



INSTITUTO UNIVERSITARIO AERONÁUTICO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
LICENCIATURA EN RECURSOS HUMANOS

PROYECTO DE GRADO

“Estrés Laboral en el Personal de Enfermería del Hospital de Urgencias”

Alumnos: FANGANO, Cristina Inés  
TORANZO, Francisco Alejandro

Docente Tutor: BUTELER, Constanza

## Índice

Dedicatoria .....	4
Agradecimientos.....	5
Informe de aceptación del proyecto de grado .....	6
Resumen.....	7
Objetivos de la Investigación .....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos específicos .....	8
Introducción: descripción y justificación .....	9
Marco Teórico .....	10
Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.....	10
Estrés .....	23
Estrés Laboral .....	48
Violencia .....	56
Violencia Laboral .....	58
Violencia hospitalaria.....	60
Organizaciones del sistema de salud en Argentina/Córdoba .....	62
Enfermería .....	65
Presentación de la Organización .....	74
Historia del Hospital de Urgencias .....	74
Organigrama del Área de Enfermería .....	77
Pregunta de investigación .....	78
Hipótesis.....	79
Operacionalización de Variables.....	80
Metodología de Investigación .....	81
Tipo de estudio:.....	81
Diseño de investigación .....	81

Herramientas utilizadas .....	81
Análisis e interpretación de datos .....	83
Insumos y Recursos .....	84
Infraestructura.....	92
Las relaciones con superiores, compañeros y personal a cargo .....	101
Relaciones con pacientes y familiares de los mismos .....	127
La actual configuración del tiempo de trabajo .....	143
Respecto a la calidad de vida laboral en general .....	150
Conclusiones.....	165
Insumos y recursos .....	166
Infraestructura.....	168
Las relaciones .....	170
La actual configuración del tiempo de trabajo .....	174
Respecto a la calidad de vida laboral en general .....	176
Diferencias entre sexos.....	179
Diferencias etarias .....	180
Sugerencias.....	182
Bibliografía.....	185
Anexos .....	189
Anexo I. Entrevista a la Titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo.....	189
Anexo II. Cuestionario aplicado al personal de enfermería. ....	195
Anexo III. Observación y los criterios usados para realizarla .....	204

## **Dedicatoria**

Cristina: Dedicado a mis abuelos y mis padres por enseñarme el camino académico y de auto superación personal. Dedicado también a mis familiares y seres queridos que me apoyaron en cada decisión que tomé, que estuvieron a mi lado en cada etapa y confiaron en mis capacidades.

Francisco:

Dedicado especialmente a Francisco y a María Inés, quienes siempre me guiaron por el camino de las buenas acciones. A mis hermanas por hacerme formar parte de su vida, por alegrarse de cada triunfo y respaldarme en cada momento. A Salvador por su apoyo y presencia, a Eduardo por su incondicionalidad, a mis amigos y a Annika por demostrarme con profundo cariño que siempre se puede ser mejor.

A todo el personal de enfermería, por su incansable labor altruista.

## **Agradecimientos**

Agradecemos a Marta Gil, a Martín Toranzo, al Departamento de Capacitación y Desarrollo del Hospital de Urgencias, al personal de enfermería y a las autoridades del Hospital de Urgencias que hicieron posible el desarrollo del presente trabajo.

Agradecemos a Constanza Buteler, Rossana Malaman, Susana Barrale y Olga Singeser por el acompañamiento brindado desde el comienzo de nuestro proyecto de grado.

A los docentes que con dedicación nos impartieron no solo conocimientos sino también experiencias y nos dieron herramientas para poder analizar y observar la realidad desde perspectivas enriquecedoras.

Agradecemos a nuestra familia, amigos y seres queridos por todo el apoyo que nos brindaron y por estar siempre presentes a nuestro lado.

FORMULARIO C



I  
U  
A  
NSTITUTO  
NIVERSITARIO  
ERONAUTICO

Facultad de Ciencias de la  
Administración  
Departamento Desarrollo Profesional  
Lugar y  
fecha:.....

INFORME DE ACEPTACIÓN del PROYECTO DE GRADO

“Estrés laboral en el Personal de Enfermería del Hospital de Urgencias”

Integrantes: FANGANO, Cristina Inés

TORANZO, Francisco Alejandro

Profesor Tutor del PG: BUTELER, Constanza

Miembros del Tribunal Evaluador:

Presidente: GARCÍA, Isabel

Vocal 1:PUJOL, Alejandra

Vocal2: MALAMAN, Rossana

Resolución del Tribunal Evaluador

- El PG puede aceptarse en su forma actual sin modificaciones.
- El PG puede aceptarse pero el/los alumno/s debería/n considerar las Observaciones sugeridas a continuación.
- Rechazar debido a las Observaciones formuladas a continuación.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Resumen

El Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba se dedica a la atención primaria de personas que sufren accidentes o enfermedades que ponen en riesgo su vida, y requieren atención inmediata.

Estos pacientes son atendidos de manera integral, y para ello es necesario que el hospital cuente con un bagaje completo de profesionales especializados en el tratamiento de lesiones y enfermedades de amplio espectro, con carácter de emergencia.

Uno de los principales profesionales de apoyo y curación de pacientes en este hospital son los enfermeros. Los enfermeros que trabajan en el Hospital de Urgencias, deben tener una preparación especial, con pleno conocimiento de recepción y tratamiento de pacientes en estado crítico o riesgo de muerte.

A través de entrevistas previas, identificamos potenciales factores estresores, que podrían estar afectando directa o indirectamente a los enfermeros de este hospital en particular.

El presente trabajo tiene como objetivo principal identificar tales estresores, analizarlos y verificarlos a través de herramientas de estudio como encuestas, observaciones y entrevistas.

## Objetivos de la Investigación

### Objetivo General

Describir sobre los factores que están provocando estrés en el personal de enfermería del Hospital de Urgencias y el efecto de estos sobre el comportamiento.

### Objetivos específicos

- 1- Descubrir si la descoordinación de la provisión en tiempo y forma de insumos y recursos se presenta como un factor estresor.
- 2- Develar si la agresividad en el ambiente de trabajo genera estrés en los enfermeros.
- 3- Evidenciar si la actual configuración del tiempo de trabajo está haciendo padecer de estrés a los enfermeros.
- 4- Conocer si existe diferencia de impacto físico y mental de estos factores entre enfermeros y enfermeras.
- 5- Averiguar si estos factores tienen diferente incidencia física y mental entre los diferentes grupos etarios del personal de enfermería.



## **Introducción: descripción y justificación**

El siguiente proyecto esta direccionado a conocer cuáles son los factores que provocan estrés en los profesionales de enfermería con especialidad en emergencias y urgencias, y de qué forma se manifiestan estos factores en el comportamiento.

Nos decidimos por esta temática por nuestro interés en cómo el estrés del ambiente de trabajo puede afectar la salud de los trabajadores, y porque al ser una temática de actualidad, no existen suficientes antecedentes en nuestra región.

Hoy en día, se tienen cada vez más pruebas de lo perjudicial que puede ser el estrés en trabajadores dependientes, y de cómo trasciende a sus otros ámbitos sociales, como la familia y demás relaciones personales, afectando su calidad de vida en general.

Para las organizaciones es igualmente perjudicial, porque afecta su desempeño de forma sistémica. Es por esto que estas, deben dedicar sus recursos para identificar síntomas y causas de estrés en sus trabajadores.

Consideramos factible la realización de este proyecto de estudio: ya que tuvimos acceso a bibliografía para respaldar nuestra investigación y personal docente cualificado y especializado para acompañar y orientar nuestro desempeño durante la investigación. También dispusimos de tiempo, recursos materiales y económicos. Las autoridades del hospital manifestaron su acuerdo y buena predisposición para colaborar. Es por ello, que vimos viable la realización del presente trabajo.

## Marco Teórico

### Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

“Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT,) están constituidas por los factores socio - técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento (o condiciones de trabajo) y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo. Ambos grupos de factores constituyen las exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo, cuya articulación sinérgica o combinada da lugar a la carga global del trabajo prescripto, la cual es asumida, asignada o impuesta a cada trabajador, provocando de manera inmediata o mediata, efectos directos o indirectos, positivos o negativos, sobre la vida y la salud física, síquica y/o mental de los trabajadores. Dichos efectos están en función de la actividad o trabajo efectivamente realizado, de las características personales, de las respectivas capacidades de adaptación y resistencia de los trabajadores ante los dos grupos de factores antes mencionados.” (Neffa, 1988).

Existen dos concepciones o formas de ver las condiciones y Medio Ambiente de Trabajo:

#### La concepción tradicional

Neffa explica esta concepción, hablando de que hay una forma tradicional, reduccionista y muy cuestionada pero aún vigente en la idiosincrasia de trabajadores y empleadores, que pone el acento en el trabajo como una obligación, o incluso como un castigo. Esta concepción no considera ni al contexto económico y social ni reconoce la subjetividad del trabajador.

Los riesgos del trabajo se enfocan en “la higiene y la seguridad” que impactan directamente sobre el cuerpo humano, pero que se consideran inherentes e indisolubles de toda actividad laboral. Esos riesgos deben tolerarse con medios de protección como cascos, dispositivos de protección auditiva protectores auditivos, calzado especial, etc.

Además, Neffa resalta que bajo este punto de vista, como los riesgos no se podrían supuestamente eliminar, las empresas justifican la negociación para fijar por anticipado un precio monetario a las consecuencias de dichos riesgos sobre la salud, implementando lo que se conoce como “**primas por riesgo**” y a su vez, Neffa también menciona algunos ejemplos como primas en concepto de trabajo nocturno, en turnos rotativos, por trabajo por turnos u horas extraordinarias, compensación por trabajo en altura, sometido a ruidos molestos, a altas o bajas temperaturas, o a radiaciones, etc.). Neffa se lamenta por el hecho de que muchos dirigentes sindicales han permitido que se instauren las primas por riesgo, lo que considera significa ponerle un precio a la salud porque se acepta la idea de que los riesgos serían imposibles de eliminar.

Para esta concepción, **sólo cuenta el riesgo objetivo**. El riesgo objetivo es el que se puede medir por un tercero ajeno fuera del ámbito de la institución que se vale de instrumentos científicos y metodologías propias de ciencias: la ingeniería y la toxicología. Esto ocurre en desmedro del punto de vista y las experiencias de los trabajadores. Desde dicha perspectiva los accidentes y enfermedades profesionales se conciben como hechos fatales, imprevisibles, determinados necesariamente por los insumos, la tecnología y las características del trabajo, ante lo que corresponde pagar indemnizaciones para poder tratar de reparar *ex-post* el daño.

“Existiría una propensión natural a accidentarse y enfermarse, atribuyendo en principio siempre la responsabilidad y la culpabilidad de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a quienes son alcanzados por los riesgos, es decir, atribuyéndola a las víctimas debido a su ignorancia, imprudencia, desobediencia a las consignas, la negligencia de los trabajadores. Visto así el problema, la solución propuesta es la obligación del trabajador de usar sus equipos de protección individual, lo cual implica un esfuerzo físico suplementario como lo es trabajar con protectores auditivos sin poder comunicarse fácilmente con los compañeros, usar barbijos de seguridad que impiden respirar libremente,

portar un pesado casco sobre sus cabezas durante larga parte de la jornada, etcétera.” (Neffa, 1988).

### Concepción renovadora

“Existe la necesidad de adoptar una visión global y de conjunto cuando intervienen diversos factores, que se relacionan con el bienestar físico, psíquico y mental del trabajador” (Conferencia Internacional del Trabajo, 1974). Durante los años 1984-89, producto de trabajo y diálogo entre el Ministerio de trabajo y el CONICET, el concepto nombrado con el CyMAT. Gracias a eso, la perspectiva no se acota solamente a la Seguridad, Higiene y Medicina del trabajo.

**La filosofía de la Concepción Renovadora de CyMAT**, según lo describe Neffa, se caracteriza por los siguientes aspectos:

- El trabajo no es visto como un castigo sino como un derecho y una necesidad del hombre.
  
- El trabajo es una actividad fundamental del hombre:
  - Social: porque el trabajo depende de nuestra vida familiar, nuestra recreación, la relación con nuestros amigos y la comunidad, etc.
  - Cultural: porque a través del trabajo, el hombre se realiza como ser humano y transforma la naturaleza desarrollando sus capacidades.
  - Económica: porque con el trabajo se producen los bienes y servicios que necesitamos para vivir y desarrollarnos. El trabajo proporciona el ingreso con el que la persona se mantiene a la familia.
  
- No somos todos iguales: nos diferenciamos unos de otros por el género, la edad, las dimensiones corporales, los orígenes, las vivencias, experiencias, y expectativas. Además en la jornada laboral nos diferencia la capacidad de trabajo, la resistencia y la adaptación.

- Para conocer cómo los riesgos afectan la integridad física del trabajador, individual/colectivamente, es necesario otorgar un espacio para que escuchar a los trabajadores. No solamente implementar mediciones científicas sino también conocer lo que piensa el trabajador. Esto es lo que Neffa describe como dimensión subjetiva de las CyMAT.
- Las CyMAT se modifican a través del tiempo. Es menester una revisión permanente para evolucionar y mejorarlas: cuestiones de índole política, social y económica de un país cambian, como también se producen modificaciones a través de la incorporación de tecnologías y formas de organizar la labor, etc.
- El trabajo no es un fenómeno individual sino colectivo. Los trabajadores establecen relaciones, forman grupos y crean regulaciones del oficio y la actividad e ideas defensivas frente a los riesgos a los que se exponen. A esto Neffa lo llama Colectivo de Trabajo.
- Las CyMAT afectan al colectivo de trabajo: ya que el riesgo no afecta sólo a un trabajador sino a todos, por lo que es necesario eliminar, reducir o controlar la fuente del riesgo.
- Trabajo y riesgo no son sinónimos: la prevención es posible. El trabajo no significa directamente un riesgo, sino que los mismos son consecuencias de las malas CyMAT. Existe la posibilidad de actuar sobre las fuentes de riesgos previniendo sus efectos sobre la salud.

- La salud no se vende, ni se le pone precio. Debe protegerse.
- Los trabajadores son víctimas: los accidentes se producen esencialmente por la falta de prevención. Los trabajadores no son sus propios verdugos, porque aman la vida y merecen disfrutarla. No existe la verdadera propensión al accidente.
- Las causas de los accidentes son de dimensiones múltiples y complejas. Es necesario tener una visión global, integrada y multidisciplinaria.
- Las buenas CyMAT, facilitan el equilibrio indispensable para preservar la salud del trabajador. La salud varía y debe preservarse. La salud no permanece si no se toman los recaudos necesarios. El equilibrio se logra gracias a mecanismos de regulación y adaptación. Neffa afirma que las buenas CyMAT contribuyen a la mejora de la eficiencia organizacional: se disminuyen costos y el nivel de conflictividad en el trabajo.

#### Factores integrantes de la noción renovadora de las CyMAT

- El proceso de trabajo es el resultado del modo de desarrollo, de las regularidades económicas que constituyen el régimen de acumulación y también de las formas institucionales que se articulan y constituyen el modo de regulación de la economía. A nivel microeconómico influyen la dimensión, estructura y el funcionamiento de la empresa como así también las tecnologías utilizadas, los procesos productivos, la naturaleza de los productos o servicios generados, la situación financiera, las relaciones de trabajo, etc.

- La libertad para elegir un empleo donde existan condiciones y medioambiente de trabajo aptos para la salud del trabajador es reducida. La situación económica y laboral condiciona a los trabajadores a no abandonar puestos de trabajo que conllevan peligros o a aceptar condiciones de trabajo precarias para poder mantener un salario que le permita subsistir.
- El trabajo repercute de forma directa o indirecta en los trabajadores. Esa relación se mediatiza, según describe Neffa, por los factores de las CYMAT.
- El proceso de trabajo determina las CyMAT a través de:

A) El medio ambiente de trabajo donde se realiza la tarea:

- Medioambiente físico (ruido, temperaturas muy bajas o elevadas, iluminación, vibraciones, humedad y radiaciones).
- Medioambiente biológico (virus, bacterias, hongos, parásitos, picaduras y mordeduras de animales e insectos).
- Medioambiente químico (polvos, líquidos, gases y vapores tóxicos).
- Factores tecnológicos y de seguridad (riesgos de transporte, caída de objetos, lesiones y heridas debido a maquinaria en mal estado o mal utilizada, lay-out, orden y pulcritud, instalaciones eléctricas, riesgos de incendios, derrames y explosivos).
- Desastres y fenómenos naturales que pueden preverse.

B) Las condiciones de trabajo:

- **La organización del trabajo:** se compone de dos factores:

*La división social del trabajo*, la segmentación y unificación de las tareas de la producción y ejecución (sea de carácter físico o mental) grado de división, el contenido y la significación del trabajo.

*La división técnica del trabajo*: fracción de las tareas, y el ciclo de operaciones que de cada puesto, que debe cumplirse en un tiempo determinado.

- **El contenido del trabajo según Neffa** incluye:

*Descripción del puesto*: valoración, riesgos, carga global de trabajo, responsabilidad y naturaleza del puesto dictada por la dirección.

*Calificaciones requeridas*: conocimientos, estudios y bagaje académico, competencias y habilidades.

*Posibilidad de ocupar el puesto, que tiene cada persona*. Si esto no se tiene en cuenta puede generar en el trabajador, frustración, miedo, rechazo, impotencia, insatisfacción.

*Responsabilidad*: aquellos elementos o situaciones a cargo del trabajador como los materiales, maquinarias, tareas y ciclos de producción que deben realizarse junto a sus parámetros correspondientes, otros trabajadores, etc

*Carácter individual o colectivo del puesto*.

*Nivel de autonomía o subordinación del puesto*. Relaciones verticales, diagonales y horizontales del puesto.

*Posibilidades de ascenso*: posibilidades de promoción de acuerdo a la capacitación, antigüedad y desempeño del trabajador.



- **La duración y configuración del tiempo de trabajo:** incluyendo duración máxima y mínima de la jornada normal con el correspondiente intervalo de pausa, días de franco y descanso, vacaciones, licencias, horas extra, turnos de trabajo. También la edad máxima de permanencia en la actividad laboral. Los sistemas y niveles de remuneración.  
Respecto al tiempo de trabajo, algo que está directamente vinculado al trabajo por turnos y en especial al nocturno, son los ritmos circadianos (el transcurso cíclico de las diferentes etapas fisiológicas que presenta una persona en un día). Estas funciones hacen que durante 24 horas varíe en la persona, la temperatura corporal, consumo de oxígeno, circulación sanguínea, entre muchos otros cambios normales. El trabajo por turnos y principalmente el nocturno, perturban este ciclo e inclusive la vida social de los trabajadores. Al transcurrir el tiempo, produce en los trabajadores fatiga junto con la aparición de otros síntomas de cansancio, desorden del ritmo diario, y perjuicio en la salud.
- **Sistemas de remuneración:** puede afectar directa o indirectamente la salud de los trabajadores. Si la paga es por rendimiento, el sueldo dependerá del volumen de producción, por lo que los trabajadores pueden sentirse presionados a aumentar su esfuerzo o la cantidad de tiempo de trabajo, intensificando la fatiga.  
Si el pago es por tiempo de trabajo, los jefes esperarán que se cumpla un rendimiento mínimo en ese lapsus, incrementando también la tensión en los trabajadores, pudiendo recibir sanciones.

- La ergonomía de las instalaciones, útiles y medios de trabajo. La ergonomía busca la optimización del funcionamiento de producción, a través de adaptar el medio de trabajo, las herramientas, maquinarias, edificio a los trabajadores.  
El descuido de este aspecto puede producir accidentes o estropear significativamente la labor, generando sobrecarga física y mental.
- **La transferencia de innovaciones tecnológicas.** Procurar que la importación de maquinarias o tecnologías en general sean adecuadas a los recursos humanos y a la organización en general.
- **El modo de gestión de la fuerza de trabajo:** la forma de vida de cada trabajador está condicionada por la *estabilidad o precariedad de las condiciones de trabajo*, es decir si el mismo es estable o si es por temporada. Si el mismo es precario e inestable puede generar enfermedades y atender con la calidad de producción.  
*El sistema de mando organizacional* forma parte de las condiciones y medio ambiente de trabajo también. Este puede ser momentáneo, estable, rígido o flexible.  
El estilo de gestión puede hacerse de manera discrecional, democrática, autoritaria, participativa o despótica. El estilo que se imponga afecta la vida afectiva de las relaciones en el trabajo.  
*El sistema de incorporación y desarrollo del personal* es parte del modo de gestión de la fuerza de trabajo, e incluye el reclutamiento, selección, la inducción, evaluación de desempeño y la capacitación de los empleados.

- **Servicios sociales y asistenciales:** servicios de atención de la salud, guarderías, servicios hoteleros y gastronómicos, servicios de transporte, provisión de viviendas, actividades recreativas y deportivas, servicios financieros, todos estos tienen el objetivo de brindar bienestar a los trabajadores y sus familiares, mejorando su calidad de vida.
  - **Las posibilidades de participar activamente en el mejoramiento de las CYMAT:** “nadie conoce mejor las consecuencias de los riesgos profesionales y de las condiciones de trabajo que los propios trabajadores que la experimentan sobre su vida y su salud y de allí la conveniencia de su participación para prevenir y mejorar las CYMAT” (Neffa, 1988).
- El esfuerzo realizado, las condiciones de trabajo y los factores de riesgo del medio ambiente predominantes en la empresa y específicamente en el puesto de trabajo pueden ser limitados, controlados o modificados por: la existencia y el funcionamiento de Servicios de Prevención (a cargo de médicos del trabajo y de ingenieros laborales que se ocupen de higiene y seguridad); la acción punitiva de inspección o de asesoramiento del Ministerio de Trabajo y Seguridad social; y muy especialmente por la actividad de los Comités Mixtos de Higiene, Seguridad y Condiciones de trabajo
  - El uso de los equipos de protección personal puede llegar a aislar parcialmente a los empleados de peligros y riesgos que se encuentran en el medioambiente de trabajo y limitar de manera temporaria el alcance de los efectos nocivos. Eso sucede inclusive cuando estos efectos nocivos impliquen molestias, limiten sus rangos de movimientos e incrementen la fatiga laboral por el mayor esfuerzo. La utilización cotidiana puede rutinizarse, lo que puede generar que los trabajadores no se interesen en buscar la eliminación de los riesgos.

- Los efectos de la carga global de trabajo sobre los empleados son muy diferentes para cada persona, en virtud de sus respectivas capacidades de adaptación y de resistencia a los factores de riesgo. Por esta causa, si se produce una mala “selección”: algunos deben abandonar su puesto de trabajo porque no resisten o no pueden adaptarse, mientras que otros logran permanecer. La carga global de trabajo depende de las características y la intensidad específicas de la actividad y tiene tres dimensiones, que se pueden analizar por separado:

**Carga física:** el esfuerzo muscular, los gestos y posturas necesarias para realizar la actividad soportando los riesgos del medio ambiente de trabajo.

**Carga psíquica:** el grado de iniciativa y libertad, la ambigüedad de resultados, el status social de la actividad, la comunicación y cooperación con el colectivo de trabajo, las relaciones con clientes y usuarios, la responsabilidad en la adopción de decisiones y en el manejo de recursos.

**Carga mental:** para la captación de señales e informaciones, el procesamiento de la información, la utilización de la memoria, la búsqueda de resolución de problemas y la autoevaluación de la actividad.

Esas tres dimensiones se diferencian en cada actividad, según sean la complejidad de la tarea, la intensidad, el apremio de tiempo para concluir las tareas, la atención y concentración que se requiere en función de la precisión y de la minuciosidad necesaria. Las mismas están fuertemente interrelacionadas, y los trabajadores pueden resistir y adaptarlas según sus calificaciones, experiencia, capacidades y posibilidades.

Neffa describe 11 efectos de las CyMAT sobre la salud de los trabajadores entre los se encuentran:

1) La **fatiga fisiológica**. Es un estado y un proceso de desgaste de la fuerza de trabajo recuperable normalmente con la comida, el descanso, y la recreación. Los principales síntomas de la existencia de la fatiga son trastornos músculo esqueléticos, dificultades psíquicas y mentales, perturbaciones del sueño, del apetito, de las relaciones sexuales.

2) La **fatiga patológica**. Es cuando la fatiga se acumula y el descanso no ha sido suficiente para recuperar y restaurar la energía de la persona. Eso se relaciona a desequilibrios en la salud que pueden tener graves consecuencias, no sólo en el ámbito laboral sino también en la vida personal del trabajador.

3) **Las marcas del trabajo**. Deformaciones, cicatrices, huellas en el cuerpo/la mente que dejan las condiciones y medioambiente de trabajo donde la persona desarrolla su tarea.

4) Los **riesgos psicosociales** como las alteraciones de la conducta.

5) **El envejecimiento prematuro**

6) **La diferenciación de la esperanza de vida**, algunos trabajadores viven en promedio, menos que el común de la población, debido a la exposición a los riesgos. Por ejemplo, empleados de salud y miembros de fuerzas de seguridad

7) **Las enfermedades profesionales**

8) **Los accidentes de trabajo**.

9) **La invalidez parcial o permanente** como consecuencias de accidentes y enfermedades profesionales.

10) **Los accidentes “in itinere”**,

11) **La muerte**

“Deficientes CyMAT, acarrear elevados costos de prevención, de reparación y de indemnizaciones que normalmente repercuten sobre los montos de cotizaciones para los seguros contra riesgos del trabajo (ART), implican mayores gastos del sistema nacional de salud, elevadas tasas de ausentismo que requieren reemplazos, conflictos laborales justificados cuando hay compañeros que se accidentaron por falta de prevención o mueren por esa causa en el lugar de trabajo a donde fueron precisamente “a ganarse la vida”. (Neffa, 1988).

Las condiciones y medioambiente de trabajo irregulares pueden tener severas implicancias no sólo sobre una institución u organismo particular sino también sobre la macro economía, al afectar al sistema productivo. “El mejoramiento de las CYMAT constituye una fuente no despreciable de la competitividad. Si las CyMAT fueran adecuadas, normalmente permitirían la satisfacción de los trabajadores y su realización personal” (Neffa, 1988).

## Estrés

### Evolución en su conceptualización

El término estrés fue utilizado por primera vez en el siglo XIV, significando tensión, dureza, aflicción o adversidad. A finales del siglo XVIII fue utilizado por Hocke dentro de las ciencias de la física. *Stress* se utilizó como definición de una fuerza que se manifiesta en el interior de un cuerpo a partir de una fuerza externa (*load*); y *strain* como la modificación del cuerpo resultante de estas fuerzas.

A mediados del siglo XIX el fisiólogo francés Claude Bernard usó el término estrés en el contexto de la biología como un sistema de resistencia de los organismos vivos ante variaciones del ambiente. Es aquí cuando se comienza a entender el estrés como una respuesta adaptativa de los seres vivos para permanecer en equilibrio con el ambiente y sobrevivir.

Ya en 1932 fue Walter Cannon "...quien imprimió vitalidad a las investigaciones del momento sobre psicología de la emoción, consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc." (Folkman y Lazarus, 1986).

En 1936, el científico Selye consideró al estrés como un conjunto coordinado de relaciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que él denominó "Síndrome General de Adaptación" o "Estrés". En sus estudios el estrés ya no era considerado como antes "la demanda ambiental", sino la respuestas ante estas demandas, que comenzó a llamarlas factores estresores. Las investigaciones de Selye tenían un interés médico, pues notó que pacientes con enfermedades diferentes presentaban síntomas comunes. A través de esto llegó a la conclusión de que, esos trastornos físicos comunes no eran manifestaciones directas de las enfermedades, sino reacciones del organismo ante amenazas.

Selye consideró al estrés como un mecanismo adaptativo, universal en todos los organismos, y que la falta de éste, causa la muerte. Es así que Selye es considerado el padre del término moderno del “estrés”.

Por otro lado para los científicos del campo de la psicopatología de aquella época, como Freud, la palabra estrés no era utilizada todavía, pero el término ansiedad fue utilizado en remplazo de ese concepto por muchos años de forma errónea. “La ansiedad fue considerada como una clásica respuesta condicionada que llevaba a la aparición de hábitos inútiles (patológicos) de reducción de la ansiedad” (Dollard y Miller, 1950).

Por otra parte, en el terreno de los estudios militares, también se comenzó a poner especial atención al estrés. Empezó así un interés de parte de los médicos militares por el estudio del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Las investigaciones comenzaron cuando empezaron a aparecer en los soldados combatientes “...síntomas para los cuales no había ninguna explicación, utilizando términos como “corazón de soldado”, “corazón irritable” “palpitaciones” y “Shell shock”.” (Corzo, 2009).

En la primera guerra mundial, Thomas Lewis dio el nombre a este conjunto de síntomas como “Síndrome del esfuerzo”, pasando de un enfoque estático del trastorno, a uno dinámico, teniendo presente las exigencias de la época.

Hacia 1941 en Reino Unido, Paúl Wooden analizó una muestra de 175 soldados que presentaban este síndrome y descubrió que lo que parecía ser una enfermedad de características cardíacas, en realidad era una enfermedad de características psicológicas. Así es que Wooden demostró “...que los hombres con síntomas cardíacos funcionales exhibían una respuesta emocional aumentada a las actividades estresantes, concluyendo que se daba una división de subtipos en el síndrome de esfuerzo: Constitucional, Inducido Post infecciosos, Psiconeurótico y, Fatiga Física.” (Corzo, 2009).



Otro descubrimiento de la época fue gracias a las investigaciones de Roy Grinker y John Spiegel, quienes identificaron un síntoma mucho más común en soldados con este “Síndrome de esfuerzo”. Aparecía en mayor cantidad el síntoma de enfermedades gastrointestinales, como úlceras o problemas de ácido péptico, que problemas cardíacos en soldados con esta característica.

Respecto al rendimiento, en la Segunda Guerra Mundial, comenzaron a realizarse experimentos psicológicos con el fin de aumentarlo en los campos de batalla. Llegándose a la conclusión de que el estrés en los sujetos de estudio producía un desempeño ineficiente. En ese entonces Yerkes y Dodson plantearon la ley de la U invertida. En ella se explica que la *arousal* o tensión, aumentaba el rendimiento hasta cierto punto, en el cuál la persona no lo puede tolerar, y a medida que sigue aumentando, el rendimiento comienza a caer cada vez más.

Pero hasta ese entonces no se conocía sobre las diferencias individuales y de cómo el estrés podía afectar de manera distinta a cada persona. Así Lazarus y Eriksen con diferentes estudios encontraron que la ley de la U invertida no aplicaba como una constante para todos los sujetos, y que cada uno tenía rendimientos diferentes ante los mismos grados de estrés. Planteando entonces que no es predecible el rendimiento, aun teniendo pleno conocimiento de los factores estresores y su grado.

En 1952 se publicó por primera vez *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Fue en esta primera edición en la cual se redactó con gran detalle la lista de síntomas que presentaban las personas que habían vivido experiencias de estrés extremo, y se lo denominó: “Reacción a gran estrés”. Prosiguiendo con los estudios de la medicina militar, “...en la segunda edición del DSM, publicada en 1968, durante uno de los picos de la guerra de Vietnam, esa clasificación se reemplazó por la del “Trastorno adaptativo de la vida adulta” (Corzo, 2009).

Hacia 1977 aparece la medicina psicosomática con Lipowski. De forma muy reducida, explicaba que ciertas enfermedades en específico podían explicarse a través de procesos psicodinámicos, de esta forma alguien que sufría de por ejemplo una úlcera, era producto de una personalidad que lo predisponía.

Sin embargo, como lo explica Selye, las teorías psicosomáticas actuales comienzan a encontrar un equilibrio conceptual, al explicar que si bien muchas enfermedades son causadas por agentes externos que irrumpen en los organismos, como virus y bacterias, el estrés psicológico predispone a las enfermedades por desgaste y debilitamiento del cuerpo humano.

Estas últimas teorías unen a las especialidades psicológicas, sociológicas y de la medicina, dando como resultado una interacción multidisciplinaria, para el descubrimiento y explicación del estrés y su incidencia en la salud y calidad de vida de las personas.

Es así como estas ciencias, entre otros temas, se interesan por los cambios en la sociedad, o de las diferentes culturas sociales y su afrontamiento desde el punto de vista individual y colectivo. La sociedad demanda a través de valores y obligaciones a sus miembros, y estos deben responder para poder permanecer y adaptarse a ella.

## Conceptos actuales

A partir de finales del siglo XX, varios científicos se interesaron por el estrés, e hicieron varios aportes teóricos al respecto. Gracias a los aportes de Selye y Cannon, nuevos investigadores se basaron en sus estudios para contribuir a entender este fenómeno.

Como concepto “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Folkman y Lazarus, 1986).

“Fue Richard Lazarus (1922-2002) quien, junto a sus colegas, observó que los efectos de las condiciones estresantes sobre los seres humanos no son siempre predecibles: puede suceder que un mismo factor de estrés comporta para algunos sujetos una notable disminución de su eficacia, mientras que para otros favorezca el rendimiento y, en un tercer grupo carezca de efectos demostrables.” (Bustos Villar, 2015).

El Doctor Rostagno da a entender que el estrés es un mecanismo normal que se manifiesta en la persona en momentos de amenaza. “El estrés es una defensa natural del organismo que se encuentra dentro de nosotros mismos y que sirve para hacer frente a demandas de experiencias difíciles en nuestra vida diaria.” (Rostagno, 2005).

Para que el individuo perciba las demandas del entorno o de su interior, debe poder captar los estímulos que provienen de ellos. El medio o su mismo organismo, comunican mediante estas señales, que la persona debe dar respuestas a ellas, ya sean conscientes o inconscientes, para poder adaptarse o sobrevivir. “Los **estímulos generadores de estrés** se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto. Las definiciones de estímulo incluyen también determinadas condiciones originadas en el interior del individuo, como por ejemplo el hambre...” (White, 1959).

No todos los estímulos llegan a provocar estrés, sino que este se produce cuando el sujeto percibe que no tiene los recursos para dar una solución a ellos y poder adaptarse satisfactoriamente.

En 1967 Seligman y sus colaboradores de la Universidad de Minnesota, descubrieron a partir de experimentaciones con animales, que cuando éstos no podían escapar o defenderse de acontecimientos estresantes, perdían por un tiempo la capacidad de dar respuestas de evitación, entregándose ante los estresores. Su explicación fue que el animal sufre un estado de déficit cognitivo, motivacional y afectivo, que denominó “Síndrome de indefensión aprendida”. Ante la falta de control situacional, desarrollan un déficit en su aprendizaje.

Cuando Seligman observó a personas ante situaciones estresantes que no podían controlar, el resultado no fue el mismo. A partir de la teoría del “Síndrome de indefensión aprendida”, científicos como Abramson, Seligman, Teasdale y Alloy en 1978, integraron a esta teoría el concepto de “Estilo Atribucional”. Estos investigadores encontraron que las personas que enfrentan situaciones estresantes que no pueden controlar, se preguntan a qué se debe ese hecho, y que la respuesta que cada una se dé, determinará su reacción.

Este estilo explica, que cuando un individuo se encuentra ante un hecho estresante que le resulta incontrolable, primeramente comprende que efectivamente esta fuera de su poder, que realmente no puede hacer nada para modificarlo, y luego realiza una *atribución* respecto de la causa que lo provoca. Si su atribución resulta en la conclusión de que no puede modificar la situación, y que su predicción resulta en que continuará ocurriendo la situación estresante, debido a su incapacidad, tendrá como respuesta la indefensión. Los efectos serán más graves para el sujeto, si su atribución concluye en que los factores estresores ocurrirán siempre, a diferencia que si resulta en que serán momentáneos.

Lazarus y Cohen exponen la existencia de tres **tipos de estímulos estresantes**:

- Cambios mayores que afecta a una cantidad grande de personas, como los desastres naturales, guerras, encarcelamiento masivo, desarraigo y readaptación siguiente, etc.
- Cambios mayores que afectan a una o algunas personas. Cataclismo sufrido por un número pequeño de personas, muerte de un ser querido, ser despedido del trabajo, divorcios, exámenes definitivos, etc.
- Ajetreos diarios. “Nuestras vidas están llenas de experiencias estresantes mucho menos dramáticas que surgen como consecuencia de los respectivos lugares que ocupamos en la vida.” (Folkmany Lazarus, 1986).

Por lo tanto, continuando con las características de los estímulos que provocan estrés en los sujetos, Lazarus y Folkman intentan explicar la importancia de entender que ante los mismos estímulos, los sujetos reaccionan de diferentes maneras, debido a las diferencias individuales de vulnerabilidad ante los estresores.

Es aquí cuando surge el concepto de los **locus de control**. Bustos Villar explica que el locus de control es la percepción, que tiene el sujeto, del control que tiene sobre su propia actuación ante situaciones estresantes. Las personas que tienen *locus de control interno* se caracterizan por tener independencia personal, alta capacidad de logro, ya que están convencidos de que las consecuencias que los rodean son producto de su desempeño. Por el contrario las personas que presentan un *locus de control externo*, son sujetos que piensan que no tienen control sobre lo que les pueda llegar a ocurrir, creen que otras personas, el destino o la suerte controlan las situaciones.

El estrés existe, entonces, para adaptarse a la situación demandante. La adaptación se hace cuando el individuo da una **respuesta**. Lazarus y Folkman plantean al estrés como un proceso sistemático circular en el cuál un estímulo provoca una respuesta particular ante el estrés. Es decir una respuesta es estresada, cuando se produce a partir de demandas que amenazan contra el individuo. Teniendo en cuenta entonces este proceso sistemático del estrés, éste se define como “...cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, representando una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta...” (Miller, 1953).

Por lo tanto, como explican estos autores, el estrés es una experiencia personal, y si bien pueden identificarse reacciones similares ante situaciones estresantes iguales, las diferencias individuales, como la experiencia de vida, percepciones personales, personalidad, etc., hacen que cada persona experimente estrés de diferente manera y en grados diferentes.

Existen dos tipos de estrés, dependiendo si producen beneficios o perjuicios para la persona. Por un lado, como explicó anteriormente el Doctor Rostagno, el estrés es un fenómeno natural ante demandas difíciles de la vida. Este tipo de estrés se denomina **eutrés** y es necesario y beneficioso para afrontar con éxito las adversidades o situaciones inesperadas en la vida. “No obstante, demasiado estrés es peligroso para la salud en general, ya que se alteran en forma prolongada y perjudicial las funciones de muchos sistemas del organismo. Y es lo que se denomina **distrés**.” (Rostagno, 2005).

Es fundamental entender esta diferencia entre eutrés y distrés. El primero es positivo, y como se presenta en cantidades normales es saludable, ya que el cuerpo se prepara para afrontar los factores estresores de forma que superemos esas situaciones y podamos sobrevivir. Pero si los acontecimientos estresantes son repetidos o prolongados en el tiempo, o si supera la capacidad de respuesta del individuo, este estrés pasa a ser negativo y nocivo para la salud de la persona (distrés).

Si bien compartimos la diferencia conceptual entre eutrés y distrés, utilizaremos en este trabajo la palabra estrés denotando al distrés, debido a que es más comúnmente utilizado como un estado negativo.

El Doctor Bustos Villar da a entender que las personas del presente heredamos genéticamente el estrés de nuestros ancestros humanos. El estrés en los humanos primitivos era una respuesta de carácter biológica para la supervivencia. Ante peligros del entorno, el organismo se preparaba para sobrevivir, huyendo o defendiéndose de depredadores. Hoy en día las personas no están expuestas a la misma clase de peligros, pero muchas respuestas del organismo ante situaciones estresantes siguen siendo las mismas que en la Prehistoria. Estar constantemente ante problemas o demandas sociales provoca en los individuos un agotamiento emocional y sentimientos de frustración.

Este autor explica que el estrés puede ser de varios tipos y niveles: estrés agudo, estrés episódico, estrés crónico.

El **estrés agudo**, es el que les ocurre más comúnmente a las personas. Se produce o por algún acontecimiento del pasado reciente o por un acontecimiento del futuro inmediato. En niveles menores puede ser estimulante y al mismo tiempo ser agotador. Si se da en niveles más altos puede generar molestias. “Puesto que es breve, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para producir grandes lesiones asociadas al estrés crónico.” (Bustos Villar, 2015).

Los síntomas de este tipo de estrés pueden ser:

- Desequilibrios emocionales como ira, depresión y ansiedad.
- Dolores musculares, cefaleas, tensiones musculares, lesiones.
- Problemas digestivos.
- Síntomas en general como: taquicardia, sudoración excesiva, migrañas, desequilibrio en la presión arterial, entre otros.

El **estrés agudo episódico**, se da en personas que sufren de estrés recurrentemente. Las presiones externas son percibidas por estas personas como altas, y suelen sentir que tienen poco o ningún control sobre estas situaciones. Estos sujetos pueden tener frecuentemente conductas ansiosas o irritables. Suelen tener dificultades para mantener relaciones interpersonales.

El **estrés crónico** es continuo en el tiempo, pudiendo ser o no intenso. Las demandas de adaptación son tan prolongadas, que sobrepasan la resistencia del individuo pudiendo provocar enfermedades de adaptación. Esto ocurre porque el organismo de la persona es permanentemente sobreestimulado, agotando las normas fisiológicas.

Elliot y Eisdorfer también especificaron los tipos de estrés según su duración temporal:

- Estresantes agudos, limitados en el tiempo, por ejemplo chocar con el auto, ser asaltado, etc.
- Sucesiones de acontecimientos que ocurren en un tiempo prolongado, separaciones familiares, despidos de trabajo, muerte de seres queridos, etc.
- Estresantes crónicos intermitentes como asistir una cantidad de días a la semana a un lugar desagradable, reuniones mensuales en el trabajo con jefes exigentes, trámites anuales.
- Estresantes crónicos como trabajar en malas condiciones, todos los días bajo presiones excesivas, con elementos tóxicos, ser víctima de violencia doméstica o laboral, etc.



## Proceso del estrés

### **1º Etapa: Evaluación cognitiva**

Como Lazarus y Folkman lo explican, a través de los procesos cognitivos personales, se hacen visibles las diferencias individuales que median entre el estímulo estresor y la respuesta. Es aquí donde entra en juego el estado psicológico del individuo, resultado de la conjunción de su entorno y sus factores individuales.

Para sobrevivir es muy importante reconocer la diferencia entre situaciones favorables de las que son amenazantes. Esta distinción es sutil, compleja y depende de un eficiente sistema cognitivo.

Arnold expresó que la evaluación cognitiva determina de manera rápida e intuitiva la emoción, y esto se da en un proceso cognitivo automático, pero a la vez complejo. Una vez que el individuo percibe el **estímulo**, ya sea externo o interno, pone en marcha **procesos de evaluación cognitiva**-momento de vigilia ante la situación estresante- mediando en sus reacciones.

Lazarus y Folkman explican que en la evaluación cognitiva se aprecia la compleja relación entre el sujeto y su entorno, determinando las consecuencias que una situación generará en el individuo. Estos autores dividen a la evaluación cognitiva en dos etapas: evaluación primaria y secundaria.

En la etapa de **evaluación primaria**, el sujeto distingue entre estímulos relevantes de los que no lo son, para actuar solamente ante los que lo sean. Esta evaluación puede ser de tres clases, *irrelevante*, cuando el estímulo del entorno no tiene implicaciones para el individuo, por lo tanto no le será necesario reaccionar ante estas; evaluaciones *benigno-positivas* que tienen consecuencias placenteras para el sujeto y *evaluaciones estresantes* cuando el sujeto percibe perjuicios, amenazas o desafíos del exterior.

Las evaluaciones que resulten benigno-positivas son a partir de situaciones que generarán placer o bienestar y desencadenarán emociones como alegría, tranquilidad, regocijo.

Las evaluaciones que resulten estresantes, se interpretan de situaciones amenazantes, de desafío o daño. El **daño** se produce cuando el individuo se perjudica.

La **amenaza** refiere a daños o pérdidas que aún no han ocurrido pero se presienten y desencadenan emociones negativas de peligro como miedo, ansiedad, mal humor.

El **desafío** al contrario de la amenaza, desencadena emociones positivas, como impaciencia y excitación, que lleven a la valoración de fuerzas personales para afrontar la situación. La evaluación que resulte desafiante será fundamental para lograr estrategias de adaptación, porque significan un reto a superar.

Los sentimientos de amenaza y desafío no son excluyentes y pueden coexistir en una misma situación.

Cuando la evaluación primaria da como resultado que la situación es amenazante o desafiante, entra en juego la **evaluación secundaria**. Aquí se pone en marcha el análisis necesario para afrontar la situación. Se evalúa ahora el potencial personal de afrontamiento, observando las opciones de acción y estableciendo estrategias.

Las evaluaciones primarias y secundarias se relacionan constantemente determinando el nivel de estrés. “Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interaccionan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional.” (Folkman y Lazarus, 1986).

Después de estas evaluaciones, pueden surgir reevaluaciones, es decir la recepción de una nueva información del entorno o un cambio en la primera evaluación. Según el resultado del análisis de esa nueva información se aumentará, mantendrá o disminuirá el grado de tensión en el sujeto.

Como se dijo anteriormente, teniendo en cuenta siempre las diferencias individuales de cada persona, existen características propias que influirán en el proceso de evaluación cognitiva. Las características que tienen una influencia fundamental son las creencias y los compromisos.

Siguiendo con las exposiciones de Lazarus y Folkman, los **compromisos** representan todo aquello que es relevante para el sujeto. Si una situación conlleva un alto compromiso para el sujeto, la misma será altamente significativa. Los compromisos presentan un conjunto de opciones que tiene el individuo, enmarcadas por sus ideales.

Wrubel explica que los compromisos influyen en la evaluación cognitiva en tanto que, ante mayor sea el grado de responsabilidad o importancia del sujeto hacia la situación, mayor serán las emociones como amenaza, desafío, beneficio o daño. Es decir que los compromisos aumentan la susceptibilidad del sujeto hacia la situación.

De esta forma, ante mayor compromiso del sujeto con la situación, más vulnerable a sufrir estrés.

Por otro lado la evaluación cognitiva también está influida por las creencias. “Las **creencias** son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente.” (Wrubel, 1981).

Las creencias enmarcan la realidad según las certidumbres que el sujeto tiene hacia el mundo que lo rodea. Un tipo de creencias que juegan un papel fundamental en la evaluación sobre el control de situaciones estresantes son las creencias sobre el control personal.

Averill explica que el grado de confianza que tenga la persona sobre su poder de dominio o modificación de su entorno, van a influenciar significativamente sobre su percepción de las situaciones como amenazantes o desafiantes.

En caso de ambigüedad del entorno, el poder de control sobre la situación será mínimo o nulo.

Garber y Hollon demuestran que personas sumidas en depresión o baja autoestima subestiman su poder de rendimiento ante situaciones difíciles. Por el contrario, como manifiesta Langer, existe la posibilidad de que el sujeto tenga una falsa idea de control sobre la situación denominada ilusión de control.

Como explican Lazarus y Folkman, es fundamental entender si las creencias influyen sobre la evaluación cognitiva, ya que de esta forma tendrán influencia sobre las estrategias de afrontamiento luego.

Por último también juegan un papel a nivel general, las creencias existenciales. Éstas conllevan esperanzas y motivaciones sobre la vida, que animan al sujeto a sobrellevar situaciones difíciles, a pesar de las malas experiencias que haya vivido.

Así como existen factores individuales que influyen en la evaluación cognitiva, también existen los factores situacionales. Lazarus y Folkman mencionan ciertas características que pueden hacer de una situación que sea estresante.

Si una situación es totalmente **novedosa** para la persona, y no existe conocimiento sobre si puede ser o no dañina, no existirá una evaluación de amenaza. Es muy poco probable que un sujeto se encuentre con una situación de estas características, porque aunque no la haya experimentado, probablemente tendrá conocimientos básicos como para distinguirla entre una situación gratificante de una amenazante.

Sin embargo si una situación resulta con esta característica, la novedad en sí misma puede llegar a provocar sentimiento de amenaza, principalmente si el miedo a fracasar ante esta.

Otro tipo de característica de una situación es su **predictibilidad**. Se produce cuando los elementos del ambiente pueden descifrarse o aprenderse, "... el hecho de que el estímulo venga precedido de una señal permite la posibilidad de afrontamiento anticipatorio lo cual es, en esencia, la hipótesis de la respuesta preparatoria." (Folkman y Lazarus, 1986).

El poder de control sobre la situación y la predictibilidad de ésta, están estrechamente relacionados, ya que a mayor predictibilidad mejor preparación tiene la persona.

Como otra característica, la **incertidumbre** de un acontecimiento, establece un nivel de probabilidad de ocurrencia de una situación. La incertidumbre desencadena en el sujeto un análisis probabilístico subjetivo. Aquí es más probable que aumente la *arousal* (estado de alerta que produce activación fisiológica y psicológica), provocada por una inseguridad de la situación. “Una de las razones más importantes por las que la incertidumbre de un acontecimiento puede resultar estresante en la vida real es que tiene un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio.” (Folkman y Lazarus, 1986).

Existen más características de factores situacionales. Lazarus y Folkman continúan su clasificación, ahora respecto al aspecto temporal de los acontecimientos.

La primera trata de la **inminencia** de la situación. La inminencia es el lapso anticipatorio a un acontecimiento. Si el tiempo anterior a una situación es corto, la evaluación cognitiva deberá ser hecha precipitadamente, volviéndose más estresante, principalmente si conlleva anticipación a un daño o amenaza. Si la situación presenta una inminencia larga, provocará en la persona un estado de hipervigilancia para afrontar la situación, y por lo tanto será aún más estresante. Esto sucede porque el sujeto se encuentra pendiente del acontecimiento a suceder. Sin embargo si el tiempo a suceder un acontecimiento es extremadamente largo, el nivel de *arousal* decaerá, y el nivel de vigilancia necesario para evaluar la situación y luego tomar una decisión en base a eso decaerá y el resultado de la respuesta será de menor calidad.

Otra característica temporal es la **duración** de la situación estresante. La duración es la cantidad de tiempo que transcurre un acontecimiento. Respecto a esta característica, Selye describió el Síndrome General de Adaptación. En este síndrome se explica los tres tipos de respuesta a estrés. Son: *reacción de alarma*, *etapa de resistencia* y *etapa de agotamiento*.

La **etapa de alarma** se subdivide en dos partes: *fase de shock*, que es el efecto inmediato ante el agente estresante, y luego la *fase de contrashock* en la cual se reúnen los esfuerzos defensivos del sistema psicológico.

Luego surge la **etapa de resistencia**, en la cual el esfuerzo se concentra únicamente en el factor estresor, dejando de lado a otros estímulos.

Finalmente, cuando la persona permanece mucho tiempo expuesta ante un factor estresor, deviene en la **etapa de agotamiento**, reapareciendo síntomas de la etapa de alarma, produciendo en la persona lo que denominó Selye como *enfermedades de adaptación*.

Por otra parte, Lazarus y Folkman hablan de la posibilidad de disminución de *arousal*, debido al acostumbramiento en el tiempo del agente estresor. La habituación emocional producto de esto, genera una reducción de la orientación. La presencia de un **estresante crónico**, le permite al sujeto a aprender a afrontarlo o a aprender a distanciarse de éste.

Mientras que existen acontecimientos estresantes crónicos persistentes, pueden existir también los **crónicos intermitentes** como problemas legales, en los cuales el sujeto tiene conocimiento de que van a volver a ocurrir. Éstos permiten al individuo disponer de intervalos libres para poder olvidar. También existen los **agudos limitados en el tiempo**, como exámenes importantes.

Como otra característica temporal, se encuentra la **incertidumbre temporal**, en la que el individuo no prevé un acontecimiento estresante futuro. Cuando ocurre un acontecimiento estresante de improviso, en un primer momento la *arousal* es alta, disminuyendo a medida que pasa el tiempo. Cuando la persona sabe que va a ocurrir un acontecimiento, pero no se sabe cuándo, genera mayor estado de vigilancia y un tipo de afrontamiento de evitación.

Luego de estas evaluaciones, comienza el afrontamiento, “en el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés.” (Folkman y Lazarus, 1986).

Al final si la situación estresante perdura en el tiempo y en el grado, el individuo no puede tolerar más y su organismo lo demuestra colapsando de diferentes maneras y pierde su capacidad de activación.

Prosiguiendo con las particularidades de las situaciones de la evaluación cognitiva, Lazarus y Folkman exponen por último el de **ambigüedad**. Estos autores explican, que la mayoría de las situaciones en las cuales el sujeto debe evaluar, presentan muy poca información, y muchas veces puedan ser confusas. El individuo difícilmente sabrá la naturaleza del acontecimiento, el momento en el que ocurran los hechos y la duración de los mismos, dando como resultado que la situación sea ambigua.

“Distinguimos entre ambigüedad (falta de claridad situacional) e incertidumbre (confusión del individuo sobre el significado de la configuración del entorno).” (Folkman y Lazarus, 1986). La situación puede ser clara y que al mismo tiempo provoque incertidumbre en la persona.

La ambigüedad de una situación hace que la persona no sepa cómo actuar. En cuanto más aumente la ambigüedad situacional, más influencia tendrán los factores personales, como experiencias, valores y creencias.

La ambigüedad por sí sola genera una situación de amenaza, ya que influye directamente en la percepción de control del individuo sobre el entorno. Cuanto menos clara esté la situación, menos será el sentimiento de control del individuo. Esto puede provocar emociones como ansiedad, desesperanza y miedo.

## 2º Etapa: Afrontamiento

“Definimos afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Folkman y Lazarus, 1986).

Según esta definición, y al contrario de teorías cognitivas y de la psicología del ego, el afrontamiento es un proceso y no un rasgo personal. El afrontamiento es la respuesta a demandas desbordantes del entorno, y por lo tanto no incluyen las respuestas automáticas de adaptación, sino que implican un gran esfuerzo de parte del individuo. El individuo se moviliza para manejar las condiciones en las que se encuentra, y por lo tanto no implica tener control absoluto de la situación, sino que se trata de evitar, tolerar o minimizar las condiciones estresantes.

Para entender el afrontamiento, hay que tener en cuenta tres aspectos. Primero las observaciones entre lo que la persona verdaderamente piensa o hace, y lo que generalmente hace o haría en condiciones particulares. Segundo, lo que la persona realmente piensa o hace se analiza dentro de un contexto específico. Tercero, el afrontamiento no es un proceso estático, sino dinámico, ya que constantemente ocurren cambios en el pensamiento y en los actos, mientras transcurre la interacción con la situación estresante, intercalando entre estrategias defensivas y de resolución del problema.

Es un proceso dinámico porque la relación individuo-entorno así lo es. En el afrontamiento se producen al mismo tiempo evaluaciones y reevaluaciones, mientras que el entorno cambia constantemente. Estos esfuerzos re-evaluativos, tienen el objetivo de obtener más conocimientos de la situación y reinterpretar el significado de la misma.



Según Shontz, el afrontamiento está compuesto por sub-etapas. La primera es el **estado de shock**, principalmente cuando el acontecimiento ocurre de improviso. Esta sub-etapa se puede caracterizar por un repentino distanciamiento y a veces una sorprendente eficacia en el análisis de la situación.

Le sigue a esta sub-etapa la de **encuentro**, que resulta muy intensa para el individuo, donde él puede sentirse desesperanzado, con pánico y confusión.

Luego prosigue la sub-etapa de **retirada**, influida por un sentimiento de negación de la situación, sin embargo es una herramienta necesaria que tiene la persona para prevenir un desmoronamiento súbito. Poco a poco esta sub-etapa es reemplazada por la de **comprobación de la realidad**.

Estas sub-etapas ocurren de forma cíclica hasta la resolución de la situación problemática. Shontz explica que, luego que la persona resuelve exitosamente la situación estresante, la persona logra una maduración psicológica acompañado por un sentimiento del aumento de la autovaloración personal. Por último la persona recibe una recompensa de satisfacción y una disminución importante de la ansiedad.

El afrontamiento tiene múltiples funciones. Según White: proporcionar información necesaria del medio, mantener satisfechas las condiciones del interior y lograr flexibilidad de expresión a través de la autonomía de los movimientos.

Otros objetivos del afrontamiento son "...afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas." (Mechanic, 1974).

Como explican Folkman y Lazarus, todos los objetivos del afrontamiento se dividen en dos: los dirigidos a la emoción y los dirigidos al problema.

**Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción**, suelen emplearse cuando la persona percibe que tiene poco o ningún control sobre la situación estresante, y el individuo debe enfrentarse a condiciones lesivas inevitables. Las estrategias pueden ser: distanciamiento, minimización, comparaciones positivas, evitación, proyección de consecuencias positivas devenidas de situaciones negativas, o hacer algún tipo de actividad paliativa de la situación amenazante, como ejercicio físico, meditación, encontrar apoyo emocional y psicológico.

“Utilizamos el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor...” (Folkman y Lazarus, 1986).

**Las estrategias dirigidas al problema**, buscan la resolución de éste. Incluyen: descripción del problema, exploración de soluciones alternativas y análisis costo-beneficio de esas posibles soluciones.

Kahn explica que hay dos tipos de estrategias principales dirigidas al problema: unas **dirigidas al entorno y otras al sujeto**. Las primeras tienen el objetivo de reducir la presión del medio, incluyen superación de obstáculos, implementar y buscar recursos, realizar los procedimientos. Las segundas están encargadas de la motivación, búsqueda de canales distintos de gratificación, obtención de recursos, adquisición de nuevas pautas de conducta, procedimientos. Estos dos tipos de estrategias se interrelacionan entre sí, facilitando o perjudicando el desempeño de la otra.

La evaluación cognitiva va a determinar la estrategia de afrontamiento, principalmente la evaluación secundaria que le permitirá saber al sujeto qué se va a hacer. Si bien la evaluación cognitiva estará influida por las características personales del sujeto, la forma final del afrontamiento estará determinada por los recursos que disponga el mismo y de los obstáculos con los que se vaya a encontrar.

Asimismo, la manipulación de estos recursos dependerá de la habilidad del individuo para aplicarlos, y podrán ser útiles por sí mismos o proporcionar una ventaja para adquirir otros.

Por otra parte el estado de salud de la persona en la etapa de afrontamiento es fuertemente determinante. Porque es en esta etapa en la cual habrá que resistir ante adversidades que van a exigir un gran esfuerzo de parte del individuo.

Prosiguiendo con las estrategias de afrontamiento explicadas por Folkman y Lazarus, algunas técnicas para resolución de problemas son: habilidad para conseguir información, analizar situaciones, predecir acontecimientos y opciones a tomar, hacer una planificación eficaz.

Estos autores presentan a las habilidades sociales, como la aptitud de comunicarse y de actuar con el resto de las personas, de forma aceptable para la sociedad, facilitando la solución de problemas. Por esta razón, comenta Mechanic, que en las organizaciones es tan importante enseñar capacidades comunicativas, ya que se facilita mucho más la solución a los problemas de forma grupal que individual.

Otro factor que facilita el afrontamiento es el apoyo social y emocional que pueda recibir el sujeto. También los recursos materiales como el dinero, si el individuo lo sabe organizar, genera más opciones para solución del problema, además de que reduce significativamente la vulnerabilidad del sujeto.

Sin embargo, como explican Folkman y Lazarus, puede ocurrir que la persona tenga todos los recursos pertinentes para la resolución del problema y no los pueda utilizar al máximo porque podría generar conflictos. Estos factores que obstruyen el desempeño del afrontamiento son llamados *coactores*, derivando de los factores ambientales que tienen una significativa influencia sobre la persona.

Estos coactores son las creencias y valores personales, ya que estos le establecen qué es lo correcto y qué no para actuar en sociedad. Estos factores pueden, en algunos casos, dificultar el afrontamiento de la persona, si implican para ella una prohibición de utilización de recursos disponibles.

Otro factor que puede obstaculizar el buen funcionamiento del afrontamiento es la amenaza percibida por el sujeto. La amenaza puede desencadenar un círculo vicioso, ya depende por una parte, de la evaluación que tenga de los recursos disponibles, de la evaluación de su estado interno y externo, y de los condicionantes que obstruyen la aplicación de los recursos.

La amenaza interfiere en el análisis de la información, y por consiguiente a una evaluación incorrecta de ésta, producto de la hipervigilancia. Este estado de una excesiva vigilancia produce en la persona premeditaciones obsesivas sobre la problemática, funcionamiento cognitivo ineficiente, y establecimiento precipitado de conclusiones.

Según Anderson, en cuanto mayor sea la amenaza percibida por la persona, mayor será el grado de estrés que sufra. En este caso cuando el nivel de estrés permanece moderado, el sujeto emprende estrategias dirigidas al problema, mientras que si el estrés es alto, las estrategias estarán dirigidas a la emoción, presentando mayormente técnicas defensivas. Cuando predomina el afrontamiento dirigido a la emoción el rendimiento para solucionar el problema disminuye significativamente, ya que se pone menos esfuerzo en el afrontamiento dirigido al problema.

Sin embargo, las técnicas de afrontamiento dirigidas a la emoción son igualmente válidas dependiendo de las características del problema. Puede ocurrir que el problema que enfrenta el individuo no tenga solución, y en todo caso mantener control de las emociones es clave y representa la consecuencia de la situación.

Igualmente como explican Folkman y Lazarus saber de qué recursos dispone el individuo no es suficiente para predecir cómo será su afrontamiento, ya que el resultado dependerá de la conjunción de las coacciones de factores personales y del entorno más la percepción de amenaza. “Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo; tienen capacidad para expandirse y contraerse y algunos son más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondientes a los distintos períodos de la vida.” (Folkman y Lazarus, 1986).

### **3º Etapa: Adaptación**

Como explican Folkman y Lazarus, el objetivo conjunto de la evaluación cognitiva y el afrontamiento es la adaptación. Por lo tanto, la calidad de vida de la persona y su salud física y mental están influenciadas por la evaluación y el afrontamiento.

Estos autores no consideran al estrés como una cuestión desadaptativa, pues inclusive a través el estrés que ocasiona crisis para las personas, el individuo desarrolla o descubre recursos adaptativos que pensaba no tenerlos.

Existen tres clases de resultados adaptativos: el funcionamiento social, el estado moral y la salud del organismo.

El **funcionamiento social** representa la manera en que el sujeto lleva a cabo sus roles en la sociedad, ya sea padre/madre, hijo/hija, compañero/compañera de trabajo, esposo/esposa, etc. Platt comenta que las múltiples y diferentes culturas presentan expectativas diferentes para cada rol.

Como se dijo anteriormente tanto los factores individuales como ambientales influyen en la evaluación y en el afrontamiento. Y a su vez no existe un tipo de estrategia de afrontamiento mejor que otra, sino que la efectividad de éstas, estará en función de lo apropiado que sea tanto para las demandas internas y externas.

Lo mismo sucederá con la evaluación, ya sea el resultado de daño, amenaza, situación beneficiosa, etc., ninguna es más apropiada que otra, sino que dependerán de la situación en todo su conjunto y de sus características.

Respecto al funcionamiento social, si bien no es perjudicial que las evaluaciones cognitivas en una relación sean erróneas a veces, sí lo serán si lo son constantemente.

Si erróneamente la persona se siente amenazada en un tipo de relación, y si esta es constante, dará como resultado conductas defensivas como hostilidad o distanciamiento. Si se producen periódicamente y con varios tipos de relaciones imposibilitarán a la persona una inclusión social exitosa.

Por otro lado, si la evaluación de la relación resulta desafiante, aumentará la motivación de la persona por la comunicación y la resolución de conflictos.

Prosiguiendo con los resultados adaptativos comentados por Folkman y Lazarus, **el estado moral** es el conjunto de las percepciones que cada sujeto tiene sobre el mismo y sobre la condición de vida que tiene, teniendo estrecha relación con su felicidad, la satisfacción y el bienestar subjetivo.

Esto se puede analizar desde perspectiva de corto o largo plazo. En el estado moral, es decir conjunto de estados anímicos, puede experimentarse emociones negativas o positivas durante los acontecimientos estresantes y representan la evaluación sobre un momento específico de la situación. Por otra parte, influirán en el afrontamiento los sentimientos negativos o positivos en la forma de sobrellevar la adversidad.

En el largo plazo, la persona evaluará sus condiciones de vida de acuerdo a sus propias normas personales. Los acontecimientos impactarán en su moral a largo plazo, si éstos tienen influencia directa sobre los objetivos principales de la vida, compromisos a largo plazo y el sistema de creencias. La moral a largo plazo, resultará positiva o negativa, si la persona tiene una tendencia a evaluarlas como desafiantes o amenazantes.

Respecto al afrontamiento, “los individuos que sean afrontadores efectivos experimentarán menos estrés o se sentirán menos presionados por los acontecimientos estresantes habituales en la vida, ya que dominarán las situaciones de forma que se prevendrá el estrés o quedará mitigado en caso de aparecer.” (Folkman y Lazarus, 1986).

El último resultado adaptativo comentado por Folkman y Lazarus es respecto a **la salud de la persona**. Las teorías de la especificidad respecto de la relación estrés-salud, pretende hacer énfasis en la influencia causal de las situaciones sobre las enfermedades.

Cada caso debe analizarse de forma específica, ya que el estado de salud del individuo no depende únicamente de factores externos, sino su estado global. En esta teoría se remarca que la especificidad no está únicamente vinculada con una situación ambiental en específico, sino que se tiene en cuenta el conjunto complejo de elementos personales.

El afrontamiento puede influir sobre la salud de diferente manera: “1) dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales, 2) dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables, y 3) expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es en sí mismo perjudicial.” (Folkman y Lazarus, 1986).

El afrontamiento puede perjudicar gravemente la salud cuando el sujeto utiliza sustancias tóxicas y viciosas como las drogas, el alcohol, el tabaco, etc.

## Estrés Laboral

Así como el estrés puede presentarse en cualquier ámbito social, el trabajo es uno de los principales. Como explica Kalimo, esto se debe a que las personas deben permanecer mucho tiempo de su vida en estas actividades. El estrés laboral ha aumentado en las últimas décadas por varias causas: debido al incremento del valor que la sociedad da al trabajo, la tendencia a aumentar la productividad y eficiencia en las organizaciones, la ineficiente administración de recursos y procesos organizacionales, entre otras, que han hecho que se desatiendan aspectos vinculados a las condiciones de trabajo dignas, necesidades de las personas y características individuales.

Respecto a esto, el Doctor Bustos Villar comenta que hoy en día la eficiencia de la mayoría de las empresas actuales, sigue siendo evaluada únicamente en términos de beneficios económicos, indicadores del mercado y calidad de producto. Pero el hecho de descuidar aspectos y resultados vinculados con los trabajadores en sí, puede llevar a que los rendimientos económicos y de calidad disminuyan significativamente.

Son muchos y muy variados los factores que pueden ocasionar estrés laboral. Las condiciones y medioambiente de trabajo no solo causan enfermedades o accidentes específicos sino que trascienden hacia la condición de salud global del trabajador, influyendo en otros ámbitos que no sea el espacio laboral.

Baker planteó un modelo que explica en qué medida el ambiente laboral da la posibilidad a los trabajadores de modificar las respuestas al estrés. El modelo se denomina *Modelo de Control de Decisiones de Trabajo*, y plantea que el estrés en el trabajo se produce cuando hay un desequilibrio entre las demandas impuestas a un trabajador y su capacidad de respuesta a estas. A mayor capacidad de respuesta sobre las exigencias, menor nivel de estrés experimentado por las personas.



“...El trabajo constituye una de las actividades más estructurantes y dadoras de sentido para el ser humano. En la sociedad actual el desarrollo de las organizaciones laborales se encuentra influido por las condiciones del entorno.” (Bustos Villar, 2015). Las condiciones que rodean e influyen constantemente a las organizaciones hoy en día son: la globalización, estado de la economía nacional y global, demandas comerciales, formas de gobierno, cambio tecnológico, aumento del sector de servicios, inseguridad de los puestos de trabajo, entre otras.

El Doctor Bustos Villar expresa que el mayor cambio que se produjo en los últimos años, es el incremento de la carga mental y emocional en los puestos de trabajo, incluyendo un aumento de la información a procesar y la constante solución de problemas. Esto da como resultado una disfunción del nivel psicológico.

Este autor denomina al estrés laboral como **estrés ocupacional**, y lo define como “el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes nocivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de éste, pueden afectar la salud del trabajador.” (Bustos Villar, 2015). Con esta definición el análisis se concentra en la interacción *persona-ambiente*, es decir las capacidades y características de la personalidad individual, en conjunción con las características del ambiente laboral.

Sauter y Cols especifican al estrés ocupacional, como el desfasaje entre las demandas del puesto y del ambiente de trabajo y las capacidades, recursos y necesidades del trabajador. Lo definen como el resultado perjudicial, producido por la interacción entre las características del trabajador y las condiciones de trabajo, generando perturbaciones psicológicas, conductas insanas e inclusive enfermedades y lesiones.

El doctor Bustos Villar explica, que la dinámica del estrés ocupacional es la misma que en otras situaciones que producen estrés, pudiendo causar los mismos síntomas y perjuicios.

Kalimo pone especial atención a las consecuencias de los estresores laborales sobre la salud de los empleados. Estos factores de carácter psico-social, pueden generar o agravar enfermedades, e incluso pueden entorpecer los métodos terapéuticos contra las enfermedades. Este autor manifiesta, que como todo fenómeno de estrés, el estrés laboral no afecta de la misma manera a todos los empleados, sino que depende de las características individuales y principalmente del grado de vulnerabilidad de estos. Sin embargo, cuanto más agudos sean los factores psico-sociales que producen estrés, menor será la relevancia que tenga la vulnerabilidad individual sobre estos.

Existen dos tipos principales de estrés laboral, según Slipak:

- El **episódico**, que ocurre en un momento determinado y tiene límite de tiempo.
- El **crónico**, cuando perdura en el tiempo.

### Fuentes de estrés laboral

El Doctor Bustos Villar clasifica a las fuentes del estrés laboral en cinco grupos:

- **Ambientales o físicas:** como por ejemplo niveles de ruido alto, poca iluminación, insuficiente ventilación, entre otros factores de infraestructura.
- **Personales o individuales:** características de la personalidad de los trabajadores, nivel de conocimientos y preparación de los sujetos para el desempeño de las tareas, expectativas del trabajador no satisfechas, incorrectos estilos de afrontamiento y locus de control.
- **De la tarea:** sobrecarga de la tarea, ritmo acelerado de trabajo, complejidad de las tareas y diseño de trabajo.

- **Relaciones interpersonales:** ineficiente comunicación, conflictos interpersonales, malas relaciones con superiores y subordinados, sexismo, falta de apoyo y cooperación de superiores, compañeros o subordinados.
- **Organizacionales:** inadecuado estilo de dirección, incorporación inadecuada de nuevas tecnologías, ambigüedad de roles, desagradables condiciones ambientales.

### Factores estresores en el trabajo

Los estresores ocupacionales son “un conjunto de situaciones físicas o psico-sociales de carácter estimular que se dan en el trabajo (sensorial o intrapsíquico) ante las cuales las personas suelen experimentar estrés y consecuencias negativas. Sobre la base de esta definición, cualquier aspecto del funcionamiento organizacional relacionado con resultados conductuales negativos o indeseables se correspondería con un estresor.” (Aguayo y Lama, 1998).

El Doctor Bustos Villar explica que, para que un estresor ocupacional provoque una reacción de estrés depende de:

- El análisis que el sujeto haga de la situación.
- Vulnerabilidad ante el estresor.
- Características individuales.
- Estrategias de afrontamiento elegidas por el sujeto.

La relación entre los factores estresores del trabajo y la salud del trabajador también es muy compleja por la gran cantidad de variables individuales, como la genética, experiencias personales, las condiciones de vida, van a influir sobre la percepción e interpretación de los factores ambientales.

Slipak a su vez, clasifica a los estresores ocupacionales en dos grupos principales: estresores intraorganizacionales y estresores extraorganizacionales.

- **Estresores intraorganizacionales:** propios de cada puesto de trabajo, de la estructura de la organización, el sistema de remuneración y beneficios de cada organización, los sistemas de recompensas, elementos del ambiente físico, estilos de liderazgo, gestión de recursos humanos, entre otros.

Los estresores intraorganizacionales se agrupan en: estresores del ambiente físico, estresores de nivel individual, estresores de nivel grupal y estresores organizacionales.

- Estresores del ambiente físico: ruido excesivo o intermitente, vibraciones, luz insuficiente o luz muy brillante, temperatura muy alta o muy baja, falta de higiene, elementos tóxicos expuestos, lay out.
- Estresores de nivel individual:

Sobrecarga de trabajo: el estrés por sobre-estimulación puede ser subjetivo u objetivo dependiendo la percepción de cada persona. Existe sobrecarga cuando el trabajador debe realizar tareas de mucha responsabilidad, ya sea de la misma tarea o decisiones que involucren a otros. La sobrecarga puede generar insatisfacción, tensión, sensación de amenaza, problemas de salud, consumo de sustancias tóxicas, problemas de autoestima.

En el trabajo puede generar falta de motivación, disminución de la calidad de toma de decisiones y rendimiento, aumento de accidentes y ausentismo, precarización de las relaciones interpersonales.

Conflicto de roles: se puede dar de manera objetiva cuando dos o más superiores dan órdenes contradictorias. De manera

subjetiva cuando el sujeto percibe a las órdenes como contradictorias a sus metas y valores propios.

Ambigüedad de roles: se produce cuando el trabajador no comprende, total o parcialmente, su rol en la organización, los objetivos y las responsabilidades de su puesto. Este factor puede llegar a producir estrés, si trasciende en el tiempo.

Discrepancias con las metas de la carrera laboral: las frustraciones sobre ambiciones profesionales, imposibilidad de ascenso y la inseguridad laboral, pueden generar dudas y discrepancia sobre la carrera profesional proyectada por el sujeto. Si esto se produce, el individuo se sentirá insatisfecho por la diferencia entre las aspiraciones y logros individuales, generando ansiedad, frustración, depresión y estrés.

- Estresores de nivel grupal: los grupos en las organizaciones pueden formarse de manera formal, en base a objetivos de trabajo, o de forma informal, propio de la interacción entre compañeros de trabajo, dentro y fuera de la organización. Si no existe suficiente cohesión grupal, apoyo entre los miembros del grupo, o si existen conflictos entre sus miembros, pueden generar problemas en la organización o producir en los individuos, ansiedad, alto grado de ausentismo, inseguridad, como medios de evitación.
- Estresores organizacionales: si los siguientes factores funcionan inadecuadamente pueden generar fuente de estrés:

Clima organizacional: la atmósfera particular de cada organización puede ser de múltiples maneras: tensa, armónica, hostil, relajado, etc.

Estilos gerenciales: pueden generar estrés si son estrictas e impersonales, si no brindan la información necesaria, si no hay participación en la toma de decisiones, supervisiones inadecuadas.

Tecnología: puede generar estrés la falta de disponibilidad de elementos necesarios para la actividad laboral, y también la carencia de capacitación vinculada a la utilización de estos. Cuando hay incumplimiento de estos dos factores, pueden generarse estrés en los individuos, ansiedad y disminuyendo la eficiencia en el trabajo.

Diseños y características de puestos: un puesto mal diseñado puede generar ineficiencia y estrés ya que puede producir ambigüedad o conflicto de rol.

Grado de control de la tarea: cuánto permite el ambiente organizacional al individuo actuar, planificar, decidir en sus tareas. Hay relación directa entre el grado de control y la satisfacción en el trabajo.

Fechas tope no racionales: puede producir estrés en los trabajadores, la fijación de metas inalcanzables y poco razonables.

- **Estresores extraorganizacionales:** son factores que suceden fuera de las organizaciones pero inciden sobre sus individuos, como factores familiares, políticos, situación económica, factores sociales en general. Estos pueden influir de manera directa en los sujetos, como producir problemas psicológicos o familiares en ellos ante una crisis económica.

## Violencia

Según la forma de manifestarse, la violencia puede clasificarse como violencia psicológica y violencia física. Se entiende por **violencia física** "el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos"(Organización Internacional del Trabajo, 2002). Y por **violencia psicológica**, "el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas"(Organización Internacional del Trabajo, 2002).

Según el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), los efectos de la violencia pueden variar de intensidad e incluyen:

- Heridas físicas de poca gravedad
- Heridas físicas graves
- Invalidez física temporal o permanente
- Trauma psicológico
- Muerte

### Conceptos relacionados con la violencia

- Agresión/ataque: Comportamiento intencionado que daña físicamente a otra persona. Se incluye la agresión sexual.
- Abuso: Comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona. (Asociación de enfermeras especialistas de Alberta).



- Intimidación/atropello: Comportamiento ofensivo y repetido en el tiempo, con intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillar o minar a un empleado o grupo de empleados. (Adaptado de Violencia en el trabajo - OIT).
- Acoso: Conducta no correspondida ni deseada que se basa en la edad, discapacidad, condición de seropositivo, circunstancias familiares, sexo, orientación sexual, género, raza, color, idioma, religión, creencias u opiniones políticas, sindicales u otras, origen nacional o social, asociación con una minoría, propiedad, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de los hombres y mujeres en el trabajo. (Ley de Derechos Humanos, del Reino Unido).
- Acoso sexual: Conducta no correspondida ni deseada, de carácter sexual, que resulta ofensiva para la otra persona y es causa de que esta persona se sienta amenazada, humillada, o avergonzada. (Organización de enfermeras de Irlanda).
- Acoso racial: Toda conducta amenazadora, no correspondida ni deseada, que se basa en la raza, color, idioma, origen nacional, religión, asociación con una minoría, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de las mujeres y de los hombres en el trabajo. (Adaptado de la Ley de Derechos Humanos, del Reino Unido).
- Amenaza: Promesa de recurso a la fuerza física o al poder (es decir, la fuerza psicológica), que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas en las personas o grupos a los que se dirige.
- Víctima: La persona que es objeto del acto o sufre el acto de violencia.

## **Violencia Laboral**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Internacional de Servicios Públicos (ISP), definen la violencia laboral como "incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo -incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud"(Organización Mundial de la Salud, 2002).

Autores como Chappell y Di Martino incluyen dentro de las expresiones de violencia, a aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, la no satisfacción de necesidades, la provisión de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, el abuso o trato injusto, ambientes no aptos para realizar actividades de cuidado, organización inadecuada, personas con escasa capacidad en el cuidado o un clima de estrés, entre otras.

Con el correr de los años, la violencia en el ámbito de trabajo ha ido adquiriendo una gran importancia y es una preocupación que crece en la mayoría de los países. La repercusión de la violencia es pluridimensional ya que atraviesa contextos laborales y grupos profesionales, afecta la dignidad de las personas, es una fuente de desigualdad, estigmatización y conflicto. "Al mismo tiempo, es necesario destacar que la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave, y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones; es más, causa perturbaciones inmediatas y a largo plazo de las relaciones interpersonales, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral" (Organización Mundial de la Salud, 2002).

## Agresores

La violencia en el ámbito laboral puede ser ejercida por las personas que desarrollan su labor en la institución o las personas que acuden a ella. La Oficina Internacional del Trabajo de Ginebra, habla de *violencia interna* cuando el acto violento es perpetrado por compañeros de trabajo, cualquiera sea su jerarquía. La *violencia externa* es la que es cometida por personas ajenas al trabajo (clientes, usuarios, pacientes, acompañantes y/o familiares).

La violencia también podría tener consecuencias negativas en la organización como baja moral y autoestima de los trabajadores, elevados niveles de estrés, amplia rotación de trabajadores, pérdida de confianza hacia la dirección y los colegas, una atmósfera de trabajo cargada de hostilidad, paranoia y en algunas situaciones extremas ansiedad y pánico.

## **Violencia hospitalaria**

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el autor Nordin observa que el sector de la atención de salud corre un riesgo grave y afirma que la violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo.

Di Martino analiza el contexto actual y resalta que por la creciente presión de las reformas y tensión del trabajo, la inestabilidad social y el deterioro de las relaciones personales, la violencia laboral se extiende rápidamente en el sector de salud. A su vez cada vez más, la violencia doméstica y la violencia callejera pasan a las instituciones de salud. Esta información se complementa por estudios recientes que confirman que la violencia laboral en el sector de salud es universal, si bien pueden variar las características locales, y que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque unos corren un riesgo mayor que otros. En conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de salud.

Los trabajadores del sector de la salud son sin duda uno de los grupos más afectados por la violencia en el ámbito de trabajo. Además, es un trabajo realizado principalmente por personas de sexo femenino. Burijovich y Pautassi L determinan además que a esta situación se le suman los condicionamientos que impactan sobre la inserción particular de las mujeres en el mercado laboral, esto es, la división sexual del trabajo, la maternalización de los roles productivos, las dificultades para conciliar trabajo y familia.

La naturaleza del trabajo de servicios de salud está caracterizada porque la tarea se desarrolla en permanente relación y contacto con personas en situaciones críticas, crónicas y de riesgo. “Se ha postulado que en el caso de profesiones como las de la salud, que exigen mucho de cada persona, la acumulación de estrés y tensión contribuye a generar manifestaciones de violencia” (Organización Mundial del Trabajo, 2003).

## Factores de riesgo que promueven la violencia hospitalaria

Los factores de riesgo que promueven la violencia varían entre los hospitales y dependen de la ubicación, el tamaño, y el tipo de asistencia médica. Los factores comunes de riesgo que promueven la violencia en el hospital incluyen:

- El trabajar con pacientes adictos a los estupefacientes o bajo la influencia de alcohol. Pacientes con antecedentes de violencia o trastornos de conducta.
- Número insuficiente de personal (de atención de salud y de seguridad) y sobrecarga de tareas
- El traslado de pacientes
- El trabajar en soledad
- Mal diseño ambiental
- Seguridad inadecuada e iluminación deficiente
- Falta de capacitación para impedir y controlar las crisis con los pacientes potencialmente conflictivos
- Acceso a armas de fuego, armas blancas y elementos contundentes
- Movimiento constante del público en el hospital

Otros factores que influyen para que se geste la violencia, son: “el tiempo prolongado de espera para recibir atención, la falta de personal, los recursos limitados e insuficientes y el estrés en general. Todo esto contribuye a la frustración del paciente, que puede traducirse en expresiones de violencia” (Miedema B., Hamilton R.; 2010)

## Organizaciones del sistema de salud en Argentina/Córdoba

Según el Ministerio de Salud de la República Argentina, el sistema de salud argentino se encuentra dividido en tres grandes subsectores:

- Público.
- De la seguridad social.
- Privado.

Esta fragmentación se expresa en: distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento, diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados, regímenes y órganos de control y fiscalización. Pero, además, continúa la fragmentación hacia dentro de cada uno de los subsectores: el subsector público, fragmentado en tres niveles (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2010)

1. Nacional
2. Provincial
3. Municipal: En el caso de Córdoba, a cargo de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

### Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba

La gestión en salud de la Secretaría de Salud de la ciudad de Córdoba, busca “fortalecer la red de Salud del Municipio de Córdoba y los Programas de Promoción, Prevención y Atención, a través de diferentes líneas de acción que permitan ampliar la cobertura y la capacidad de respuesta del Sistema, para resolver equitativa y eficazmente las necesidades de salud y demandas de atención” (Portal Web de la Municipalidad de Córdoba, 2016)

En cuanto a los lineamientos principales trazados por la Secretaría de la Salud a cargo del Dr. Gabriel Esteban Acevedo:

*Misión de la Secretaría de Salud:* contribuir a la mejora de la salud de los ciudadanos de Córdoba, atendiendo sus necesidades y problemas, y resolviendo efectivamente la demanda de los usuarios de los servicios de salud municipal.

*Visión de la Secretaría de Salud:* Conformar un sistema municipal de salud integrado en red, que posibilite un acceso más equitativo, que atienda con responsabilidad y sensibilidad las necesidades de todos, en especial los de mayores necesidades.

El Sistema de Salud Municipal está distribuido y organizado en 6 zonas sanitarias. Tiene tres niveles de atención y de acuerdo a lo publicado en el Portal Web de la Municipalidad, la plantilla de recursos humanos ronda los 3000 trabajadores.

A su vez, la Secretaria de Salud de la ciudad de Córdoba, plantea los siguientes objetivos estratégicos:

- Optimizar la integración de la Red de Servicios de Salud de la ciudad de Córdoba.
- Ampliar la cobertura de programas de promoción, prevención y atención, y la capacidad de resolución de los servicios asistenciales.
- Fortalecer el Recurso Humano de Salud.
- Promover la Participación ciudadana y la Intersectorialidad.
- Mejorar en forma continua la infraestructura y el equipamiento sanitario.
- Optimizar la provisión y disponibilidad de insumos y medicamentos para la atención.

## Sub Secretaría de Atención Hospitalaria

La Sub Secretaría de Atención Hospitalaria a cargo del Doctor Pablo Igarzábal, ofrece “Medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el primer nivel de atención” Portal Web del Municipio de Córdoba (2016)

Los hospitales municipales que conforman esta Sub Secretaría son:

- Hospital Municipal de Urgencias.
- Hospital Infantil Municipal.
- Hospital del Sur Príncipe de Asturias.
- Servicio de Emergencias Médicas Municipal (107).
- Hogar Padre Lamonaca.
- Subdirección Hemocentro Municipal.

El Portal Web del Municipio de Córdoba, en la sección de Hospitales Municipales, enuncia para la cobertura de salud de los ciudadanos además de los centros de salud anteriormente mencionados: Centros de Salud, unidades Primarias de Atención de Salud, un Instituto Odontológico Municipal, Dirección de Especialidades Médicas, Especialidades Médicas, Farmacia Municipal y Hemocentro Municipal.



## Enfermería

Los inicios de esta profesión tiene estrecha relación con el rol que cumplía la mujer hasta el siglo XV, el de atender y cuidar a los enfermos, es por esto que las que se dedicaban a esto las llamaban “cuidadoras”.

Ya a partir del siglo XVI se comenzó a utilizar los términos actuales, en inglés *nurse* que proviene del latín *nutrire*, es decir “alimentar”, o desde el término en español *enfermería*, que deriva del latín *infirmitas* que significa “enfermedad”.

Hasta los últimos siglos fue tomada como actividad humanitaria, con fines de cuidados para la supervivencia y preservación de la humanidad. Recién a principios del siglo pasado, la actividad de enfermería fue ocupando un espacio específico en la rama de la atención de la salud.

En 1958, Dorotea Orem, planteó a la enfermería, no solo como un servicio de salud aislado, sino también como un servicio humanitario esencial de apoyo hacia el cuidado de la salud de los individuos.

En 1962, Gertrud B. Ujhely, agrega a este planteamiento, el de sostén del paciente durante su proceso de recuperación. Dos años después, Lydia Hall ubica a las funciones principales de un enfermero en tres dimensiones: cuerpo-cuidado, enfermedad-curación, y agrega otra antes no incluida, persona-introspección. Esta autora dio a entender que a menor atención médica, mayor necesidad de la atención de enfermería, y que el cuidado de ellos a los pacientes acelera la curación de éstos.

En 1964, Hilderga de Peplau, destacó la importancia de la función educadora del enfermero hacia el paciente y la relevancia que adquiere la comunicación en la relación durante el proceso de rehabilitación.

Hoy en día la profesión de enfermería tiene un interés a nivel internacional, ya que fue tratada y presentada por unas de las principales organizaciones mundiales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En 1957 el Consejo Internacional de Enfermería, indicó que la profesión de enfermería es parte global del sistema de atención de la salud. Este sistema debe promoverla y apoyarla, porque, además de la curación, tiene también como objetivo la prevención de enfermedades y accidentes y el cuidado integral de los enfermos de todas las edades, en todos lados.

A partir de 1976, la Organización Internacional del Trabajo señaló que para ser un profesional enfermero en cualquier país, se debería seguir una carrera de estudio con un programa integral de formación académica, para brindar a los pacientes atención de salud en asuntos de curación, rehabilitación y prevención instituciones de atención de salud municipales, donde pueda tomar decisiones sobre la base de conocimientos, es decir que debe prestar servicios de manera profesional.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud solicitó a las organización de la salud, que las enfermeras sean integradas de forma definitiva y reconocidas como parte de los líderes y administradores del equipo de atención primaria de salud.

Las autoras Torres Esperón y Urbina Laza, clasifican a las funciones de enfermería en dos categorías: la primera categoría abarca las actividades propias de lo que implica el trabajo en sí, y la segunda categoría incluye la división de los diferentes roles en enfermería.

### Funciones de primera categoría

- Funciones independientes: actividades para las cuales el personal está capacitado y debe cumplirlas como parte de las responsabilidades básicas.
- Funciones dependientes: tareas que el personal de enfermería debe realizar cuando se las delega otro profesional, principalmente de los médicos.
- Funciones interdependientes: tareas colaborativas con el resto del personal de salud.

### Funciones de segunda categoría

- Función asistencial: las que conciernen la conservación y el restablecimiento de la salud de los pacientes.
- Función docente: acompañamiento de nuevos profesionales generando y brindándoles conocimientos acerca de la profesión. Implica la educación permanente para el crecimiento científico en la sociedad.
- Función administrativa: todas aquellas actividades de planificación, dirección y control del personal operativo de enfermería, de forma racional y sistemática. El objetivo de estas funciones es el mantenimiento y crecimiento de la eficiencia del área de enfermería.
- Función investigativa: con el objetivo del crecimiento conceptual y científico mediante el estudio y análisis de las problemáticas de la profesión.

“Para el personal de enfermería como capital humano por su relación privilegiada con las personas, familias o grupos; los conocimientos y desarrollo de valores son la esencia de sus funciones, por lo que definir estas contribuye a una mejor división del trabajo y al desarrollo de dicho capital.” (Torres Esperón y Urbina Laza, 2008).

Henderson explica que para atender a los pacientes, los enfermeros tienen que conocer las necesidades primarias. A partir de estas necesidades los enfermeros determinan y aplican los cuidados correspondientes. Las **necesidades básicas de los pacientes** son:

- Descanso adecuado.
- Respirar.
- Moverse.
- Vestir y desvestirse.
- Eliminación de desechos corporales.
- Cumplimiento de prácticas culturales y religiosas.
- Realizar actividades recreativas.
- Conservar el cuerpo limpio y los tegumentos protegidos.
- Ser protegido de riesgos del entorno y evitar dañar a otros.
- Mantener la temperatura corporal adecuada.
- Poder comunicarse con los demás, para expresar sus emociones, preocupaciones o dolencias.
- Utilización de los recursos sanitarios en cantidad y calidad.
- Aprender sobre los cuidados de la salud personal.

Por otra parte para comprender mejor el papel del enfermero en la sociedad, León Román califica a esta profesión con la cualidad de ciencia del cuidado. Lo que implica que los enfermeros deban basarse en un amplio marco teórico para la práctica de la profesión. A partir del método científico, entonces, el enfermero puede llevar a cabo un mecanismo eficiente y objetivo para la atención integral de los pacientes.

Esta práctica le permite la utilización de habilidades, opiniones y conocimientos para diagnosticar y comprender al paciente, su familia y a la comunidad en general. En este proceso profesional, se debe entender el contexto y las características individuales de estos sujetos para realizar una valoración holística e integral, permitiéndole determinar las necesidades de cada uno, para satisfacerlas correctamente, siempre que los actores estén de acuerdo y preservando su integridad física, psíquica y moral.

Los autores García Valdés y Díaz González, ponen especial atención a la estrecha relación que existe entre las disciplinas de enfermería y psicología, ya que aportan al enfermero herramientas fundamentales para poder interactuar de manera efectiva con el paciente. Al entender los componentes psicológicos y sociales que caracterizan a cada persona, el enfermero se enriquece para poder ejercer su profesión con una visión más holística y multicausal de las enfermedades y lesiones que sufren los pacientes.

Desde esta perspectiva, se torna prioritaria la **comunicación** con el paciente, porque será determinante en la calidad de los cuidados ofrecidos. “Una adecuada comunicación con el paciente es considerada como la habilidad clínica fundamental que caracteriza a un profesional competente y una de las mayores fuentes de satisfacción profesional.” (Díaz González, García Valdés, 2010).

La **empatía** que puede llegar a tener el enfermero por el paciente, es el resultado directo de una comunicación de calidad. Estos autores mencionados, detallan las acciones pertinentes para lograr una empatía de alto nivel:

- Mantener contacto visual con el paciente siempre que esté hablando.
- Hacer gestos para indicar que se comprende lo que el paciente dice.
- No interrumpir. Si el paciente hace silencio, darle espacio para que siga explicando, o hacerle preguntas.
- Resumir y ejercer conclusiones de lo que dijo el paciente para que perciba que se lo escucha atentamente y para confirmar lo que se entendió.
- No expresar posturas de acuerdo y desacuerdo constantemente.

- Mostrar objetividad de comprensión respecto al tema que entabla el paciente y no desplazar la conversación para demostrar desacuerdo por ejemplo “no pienso que sea esa la causa porque...”.

Para lograr una relación armoniosa con el paciente, es fundamental entablar una buena comunicación en doble sentido enfermero-paciente, paciente-enfermero.

### Enfermería en urgencias y emergencias

León Román explica que **la urgencia** es cualquier hecho que lleve al paciente, testigo o familiar a solicitar asistencia médica inmediata. La **emergencia** médica se corresponde con toda situación de peligro inmediato, ya sea potencial o real.

Este autor clasifica a las urgencias en:

- Urgencias de primera prioridad o emergencia: situación de peligro en el paciente que ocasiona en él el deterioro o riesgo de los signos vitales.
- Urgencia de segunda prioridad: no existe un problema inminente, pero puede perjudicar los signos vitales, con complicaciones a medida que transcurre el tiempo.
- Urgencia de tercera prioridad: afección grave que no presenta un peligro vital para el paciente.
- Urgencia sentida: es decir complicaciones que son urgentes para el paciente o su familia, pero no se presentan como problemas agudos. En estos casos se deben observar y orientar.

El papel de enfermería en condiciones de urgencias médicas es de alto interés a nivel mundial, debido a que por diferentes motivos culturales y sociales, las primeras causas de muerte e invalidez son las enfermedades cardiovasculares y los accidentes. Los enfermeros en estas urgencias médicas, tienen un papel co-protagónico junto con los médicos, ya que tipo de situaciones, implican la administración de cuidados, desde la prevención hasta las intervenciones de

soporte vital. Para ello los profesionales enfermeros están capacitados para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar las atenciones y cuidados de los pacientes, en casos de urgencias, cualquiera sea la edad.

“La práctica de esta especialidad tiene un carácter desarrollado, ya que se lleva a cabo junto con otros grupos de profesionales (médicos, técnicos, auxiliares, asociaciones e instituciones). Dentro de esta relación, el personal de enfermería de urgencias y emergencias se comunica, relaciona y comparte recursos, información, investigación, docencia, tecnología y experiencias.” (León Román, 2008).

### Ética profesional en Enfermería:

La autora Amaro Cano, comenta en su libro “Problemas éticos y bioéticos en enfermería”, sobre la estrecha relación entre la ética y las profesiones de la salud, en particular la de enfermería.

Se debe la incorporación de dos principios éticos fundamentales a Florence Nightingale en el siglo XIX: la fidelidad al paciente y la veracidad. El primero está vinculado con el cumplimiento de las obligaciones de atención de los pacientes, inclusive la de secreto profesional. El segundo se entiende como la obligación de decir siempre la verdad de los hechos, aunque la honestidad implique reconocer errores por acción u omisión.

En los inicios de la enfermería y hasta no hace muchas décadas, los enfermeros no presentaban una trascendencia moral en su actividad, debido a la visión social de dependencia de dirección y control ejercida por los médicos.

Amaro Cano explica, que ya se ha disipado hoy en día esta visión de subordinación, puesto que se reconoce a la enfermería con su propio método científico: Proceso de Atención de Enfermería. Este método consta de tres etapas:

- Valoración: análisis de la situación o problema, con el fin de realizar un diagnóstico del paciente, para especificar el grado de dependencia del enfermero respecto al médico para actuar.

- Intervención: planificar los cuidados necesarios para el paciente, teniendo en cuenta cuidados generales y particulares de este, y tomar decisiones durante la atención.
- Evaluación: examen periódico que el enfermero hace del paciente, observando las reacciones ante los cuidados.

Con esto, la autora quiere demostrar, que a pesar de que el enfermero y el medico tengan funciones diferentes, los dos son profesionales universitarios, con un mismo objetivo: el cuidado y curación del paciente, ambos tienen responsabilidad ética en su profesión, "...sus relaciones deberían estar basadas en el respeto mutuo hacia las contribuciones profesionales del otro en aras del bien del paciente. Ambos deberían respetar la autonomía del paciente y su autonomía respectiva, siguiendo el principio de fidelidad a su paciente común y actuando con justicia, para el paciente y de modo recíproco." (Amaro Cano, 2005).

Como explica Amaro Cano, para el control y regulación de los principios y normas éticas de diferentes profesiones, existen Comités Éticos.

En 1994, fue fundado el Consejo Regional de Enfermería Mercosur (C.R.E.M.), por las instituciones que regulan esta profesión en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

Este consejo aprobó principios éticos generales de la profesión de enfermería para la región. Algunos de ellos son:

- Ofrecer cuidados de enfermería seguros para el paciente.
- Conservar la confidencialidad de información.
- Prestar atención de cuidados sin discriminación alguna.
- Reconocer el derecho que tienen los pacientes de tomar sus propias decisiones en el tratamiento.
- Reconocer y recibir cargos y adjudicaciones, solamente cuando el enfermero sea capaz de desempeñarse responsablemente, y sea seguro para sí y para las personas bajo su responsabilidad.
- Promover la formación del personal de enfermería constantemente.



- Conocer y exigir que sean cumplidas las normativas éticas en investigaciones clínicas.
- Participar de programas sanitarios, en caso de epidemias o catástrofes.
- Conocer y cumplir con las legislaciones vigentes que afecten su actuar profesional.
- Relacionarse con respeto y lealtad con sus colegas.
- Conocer y exigir el cumplimiento de las condiciones dignas de trabajo.
- Hacer cumplir los principios éticos laborales de prohibición de discriminación, acceso al pleno empleo, y contratación de buena fe.
- Impedir el desempeño de la profesión de enfermería a cualquier persona que no cumpla con los requisitos establecidos por cada país.
- Denunciar ante el consejo de ética de cada país, en cualquier caso que se violen los principios éticos y derechos humanos de los enfermeros en su lugar de trabajo.

Por otra parte, y bajo la temática de condiciones dignas en el trabajo, el Consejo Internacional de Enfermería, explicita que es deber de las asociaciones nacionales de enfermería, de “ejercer influencia para conseguir condiciones de trabajo, sociales y económicas equitativas para la enfermería. Elaborar declaraciones de posición, directrices sobre problemas del lugar de trabajo.” (Consejo Internacional de Enfermería, 2012).

## Presentación de la Organización

Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba se encuentra ubicado en el Centro de la ciudad, con dirección en Catamarca 441.

Atiende únicamente a pacientes con traumatismos en carácter de urgencias y emergencias.

## Historia del Hospital de Urgencias

### Proyecto

El proyecto de construcción de un Hospital para la especialidad de Urgencias comenzó en agosto de 1944. El mismo estaría bajo la dependencia de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, así lo anunciaba en ese entonces el Director General de Asistencia Pública e Higiene, el Dr. Juan Cafferata.

El Hospital contaría con salas exclusivas para la atención de emergencias, con consultorios ginecológicos, salas de parto, policlínico para accidentes y curaciones y sala de traumatología. Asimismo contaría con Laboratorio, Farmacia e Instituto de Hemoterapia.

En ese entonces hubo mucha expectativa de parte de los ciudadanos, ya que hasta ese entonces, personas que no tenían los suficientes recursos económicos no podían atenderse de urgencia, porque los demás hospitales estaban colapsados y porque en los sanatorios privados debían endeudarse para poder ser atendidos. Incluso se decía que iba a existir una sala de Maternidad donde las mujeres podrían dar a luz con mayor comodidad e higiene que en sus hogares.

La comisión organizadora de la construcción y todos aquellos que estaban involucrados con la misma, hicieron muchos esfuerzos para conseguir recursos, logrando el apoyo de varias entidades. Un ejemplo de esto fue la donación de un día de sueldo de todos los empleados y médicos de la Asistencia Pública

Municipal. Para apoyar la causa, también La Liga de Fútbol y el Jockey Club subieron el precio de sus entradas, para entregar a beneficio la diferencia.

El proyecto recibió el apoyo económico y colaboración tanto del gobierno de la Provincia de Córdoba como Nacional de aquel entonces. Muchas colectas se hicieron en beneficio del futuro Hospital de Urgencias.

Para junio de 1945 se contaba con: \$180.000 otorgados por el presupuesto provincial, \$50.000 del presupuesto anual municipal y otros \$50.000 provenientes de las diferentes instituciones cordobesas.

### Suspensión

Se llamó a licitación para la construcción del hormigón de cemento armado a comienzos de 1946. Pero ese mismo año la construcción quedó suspendida.

No están claras las causas puntuales de esa suspensión, quizás la inestabilidad del gobierno municipal.

### Funcionamiento de actividades

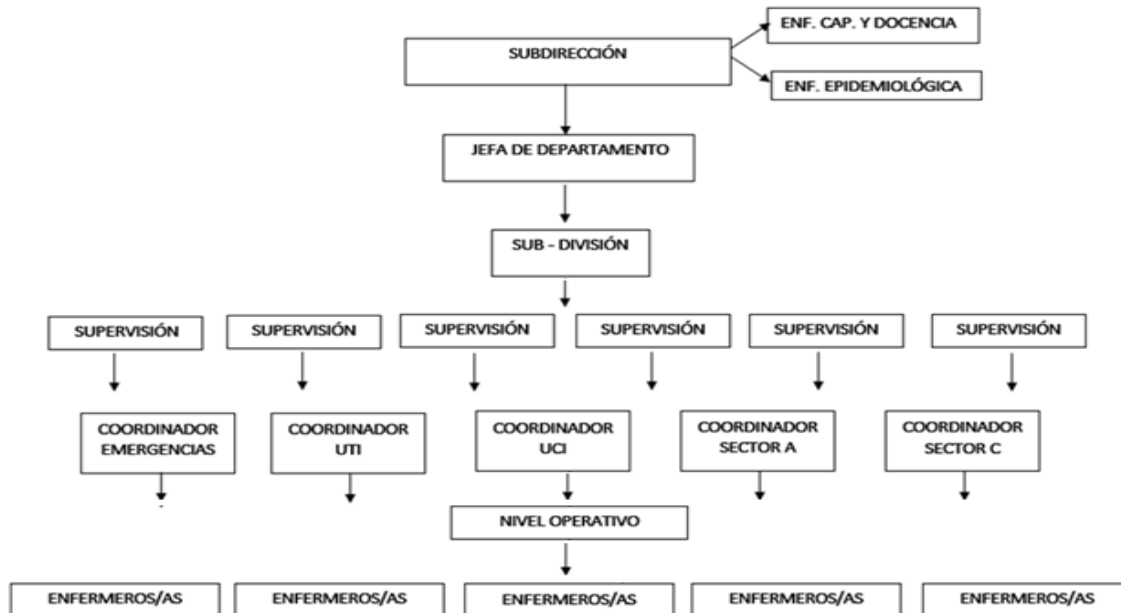
En 1948 se consiguió un pequeño inmueble en Santa Rosa 380 para la atención de pacientes, donde funcionó el Hospital hasta 1982.

Este inmueble fue conseguido gracias a quien fue el primer director del Hospital de Urgencias, el Dr. Euclides Poletto. Gracias a él y al Dr. Cafferata, comenzaba a ejercer la atención el primer hospital de Argentina encargado exclusivamente de urgencias médicas.

En 1956, Poletto ejerció en la Municipalidad, el cargo de Jefe del Departamento de Medicina Asistencial, y desde allí intentó finalizar la construcción que anteriormente había sido interrumpida, pero sin éxito, ya que en esta ocasión volvió a quedar suspendida.

Finalmente, en los primeros años de la década del '80, el crecimiento urbano de la Ciudad de Córdoba comenzó a demandar una atención mayor del Hospital de Urgencias, por lo que se consiguió su traslado a la dirección en la cual se encuentra actualmente.

## Organigrama del Área de Enfermería



## **Pregunta de investigación**

¿El estrés en los enfermeros es generado por la descoordinación de la provisión en tiempo y forma de insumos y recursos, la agresividad en el ambiente de trabajo y la actual configuración del tiempo de trabajo?

## **Hipótesis**

La descoordinación de la provisión en tiempo y forma de insumos y recursos, la agresividad en el ambiente de trabajo y la actual configuración del tiempo de trabajo se asocian a la aparición del síndrome de estrés laboral en los miembros del personal de enfermería del Hospital de Urgencias.

## Operacionalización de Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores
Los insumos y recursos.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plazo en que la farmacia consigue y entrega los insumos.</li> <li>- Disponibilidad de stock.</li> <li>- Disponibilidad de camas.</li> <li>- Infraestructura.</li> </ul>
Las relaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones con compañeros, personal a cargo y superiores.</li> <li>- Relaciones con pacientes.</li> <li>- Relaciones con familiares de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violencia física y verbal en el lugar de trabajo.</li> <li>-Conflictos.</li> <li>-Presiones.</li> </ul>
La actual configuración del tiempo de trabajo.	Jornada de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carga horaria.</li> <li>- Turnos de trabajo.</li> <li>- Descansos durante el trabajo.</li> </ul>
Estrés.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nivel de ausentismo.</li> <li>-Porcentaje de accidentes laborales.</li> <li>-Indicadores de fatiga física y mental.</li> </ul>



## Metodología de Investigación

**Tipo de estudio:** Descriptivo.

El interés principal de esta investigación es describir cómo es particularmente el estrés laboral en los profesionales de enfermería de urgencias y emergencias, y qué factores lo generan en mayor medida.

### Diseño de investigación

El diseño será no experimental, ya que no habrá manipulación de las variables de estudio. La intención es observarlas en el ámbito propio del Hospital de Urgencia en el área de enfermería, para luego realizar el análisis.

A su vez, el diseño de investigación será transeccional descriptivo. El análisis de la manifestación de las variables se llevará en un tiempo determinado para describirlas.

### Herramientas utilizadas

- **Entrevista personal**, semi-estructurada, con tópicos para la conversación. Aplicada a la Titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo (Ver Anexo I).

- **Cuestionario auto-administrado:** con preguntas cerradas dicotómicas, de varias alternativas de respuesta y también preguntas abiertas. Los cuestionarios son de elaboración propia, tomando algunas ideas del Cuestionario Breve de Burnout de los autores Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles. El cuestionario fue aplicado de forma aleatoria al personal de enfermería tanto femenino como masculino; del turno diurno y nocturno a diferentes puestos jerárquicos, entre estos puestos se encuentra el personal operativo, personal de conducción como jefes de turno, jefes de sección, y autoridades del departamento de enfermería, en total 37 empleados lo respondieron (Ver Anexo II).
  
- **Observación no participante:** realizada en el Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba, en el ambiente de trabajo de los enfermeros. Concurrimos al Sector “A” de internación donde la titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo, nos guio durante el recorrido explicando las funciones, áreas, tareas y situación del ambiente laboral de los enfermeros. En la guía de observación se tomaron en cuenta dos de las variables de la investigación: “Los insumos y recursos” y “Las relaciones” y algunos de sus indicadores: “disponibilidad de stock”, “disponibilidad de camas”, “infraestructura”, “violencia física y verbal en el lugar de trabajo”, “conflictos” y “presiones” (Ver Anexo III).  
  
En el sector de internación observado se encontraban presentes pacientes, sus acompañantes y otros profesionales, además de los enfermeros, como médicos, fisioterapeutas y personal de limpieza.

## **Análisis e interpretación de datos**

La presente interpretación de datos fue realizada a partir de su recolección desde la observación, entrevista y cuestionarios aplicados. La muestra está compuesta de la siguiente manera: 16 integrantes del personal de enfermería de sexo masculino y 21 integrantes del personal de enfermería de sexo femenino, pertenecientes al turno diurno y nocturno, de un total de 136 empleados que conforman el personal de enfermería.

La estructura del análisis es la siguiente: se usará de base para el mismo los indicadores señalados en el cuadro de variables (ver pág. 14), se detallará una descripción para las respuestas del personal tanto femenino como masculino y se comparará de acuerdo a los criterios de evaluación siguientes:

- Sexo Masculino - Femenino (diferencias y semejanzas).
- Rango de edades de cada sexo: hasta 40 años de edad y más de 40 años de edad.

## Insumos y Recursos

### Pregunta:

**¿Dispone de todos los insumos en cantidad y calidad para trabajar correctamente?**

#### Personal Masculino

Siempre	1 (6,25%)
Casi siempre	7 (43,75%)
A veces	7 (43,75%)
Raras veces	1 (6,25%)
Nunca	-

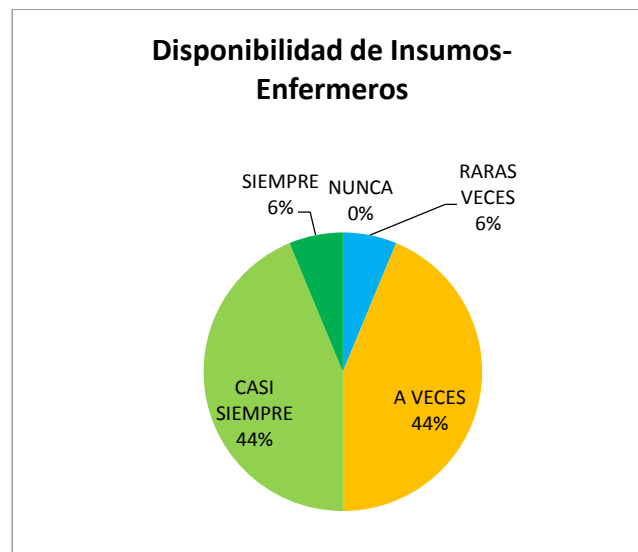
#### Personal femenino

Siempre	1
Casi siempre	9 (43%)
A veces	11 (52,3%)
Raras veces	-
Nunca	-

**Personal Femenino:** respecto a la cantidad y calidad de los insumos y recursos para trabajar correctamente, atendiendo al paciente o para actividades administrativas, el 52% de las enfermeras dice que “a veces” dispone de ellos. Seguido de un 43% de las enfermeras que respondieron que “casi siempre” los disponen en cantidad y calidad. Solamente un 5% que dice tener siempre disponibles los insumos y recursos.



**Personal Masculino:** respecto a la cantidad y calidad de los insumos y recursos para trabajar correctamente, atendiendo al paciente o para actividades administrativas, los enfermeros encuentran que disponen de los insumos a veces o casi siempre ambas categorías con un porcentaje de 44%. En tanto, sólo un 6% afirma que siempre o que raras veces dispone de los insumos y recursos a disposición.



### Comparación entre los sexos

No se observan diferencias significativas a la hora de evaluar este ítem, ambos sexos consideran casi siempre o a veces contar con los insumos y recursos a disposición.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: existe una diferencia muy pequeña, el personal mayor a 40 años de edad considera tener los insumos y recursos a tiempo en proporción mayor al personal menor a 40 años de edad.

Con respecto al personal femenino: no hay diferencia entre los grupos etarios de las mujeres que respondieron sobre la disponibilidad en cantidad y calidad de insumos y recursos.

### Entrevista

Con la entrevista realizada a la Titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo, pudimos ampliar la información respecto a la cantidad y calidad de insumos disponibles.

Entre la carencia de elementos que afectan de manera directa a la tarea de los enfermeros se encuentra la falta de camas por habitación en cantidad, porque hay en total 24 camas, pero solamente se usan 14 por falta de personal. La falta de calidad de las mismas, también es un gran problema, ya que solamente una de ellas es ortopédica. Esto genera una sobrecarga física en los enfermeros que deben hacer mucho esfuerzo para mover al paciente, lo que les genera dolores y problemas corporales, dolor en las rodillas, espalda, contracturas y hasta lesiones lumbares.

Otra falta significativa que afecta, no solamente las tareas de los enfermeros, sino también la atención de necesidades básicas de los pacientes, corresponde a los elementos para conectar las salidas de oxígeno ubicadas arriba de cada cama con los pacientes, en caso de necesitarlos para su atención. Este problema, implica un aumento en los movimientos y desplazamientos para los enfermeros, porque deben buscar estos elementos en las otras camas y transportarlos hasta donde esté el paciente. Esto conlleva una pérdida de tiempo importante para los enfermeros. Asimismo, relacionado con el suministro de oxígeno a los pacientes, hay varios paneles de oxígeno que no funcionan en condiciones óptimas. En las condiciones en las que se encuentran estos elementos de trabajo indispensables, no permite la atención de la cantidad de pacientes que necesiten oxígeno.

La titular explica que, la base de estos problemas se debe a la restricción presupuestaria, que perjudica por igual al personal administrativo en elementos de oficina y a los operarios en componentes y en la infraestructura del hospital. Este problema es producto de las políticas del municipio y del incumplimiento de los pliegos, produciendo mucho estrés a los enfermeros.

Pregunta:

**¿Si notifica la falta de un insumo, lo solucionan rápidamente?**

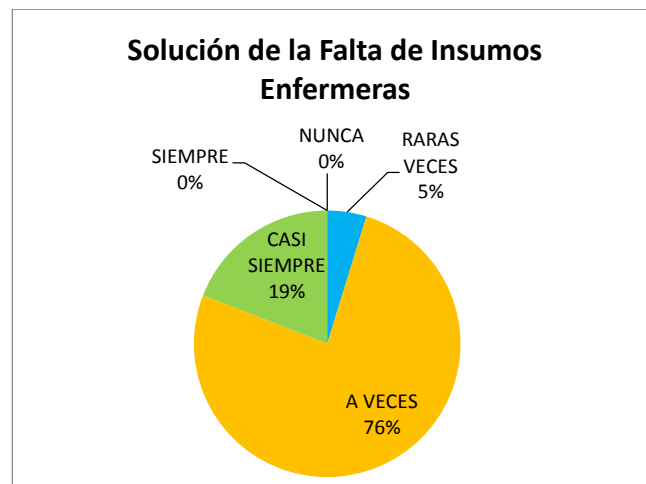
**Personal Masculino**

Siempre	1 (6,25%)
Casi siempre	2 (12,5%)
A veces	13 (81,25%)
Raras veces	-
Nunca	-

**Personal Femenino**

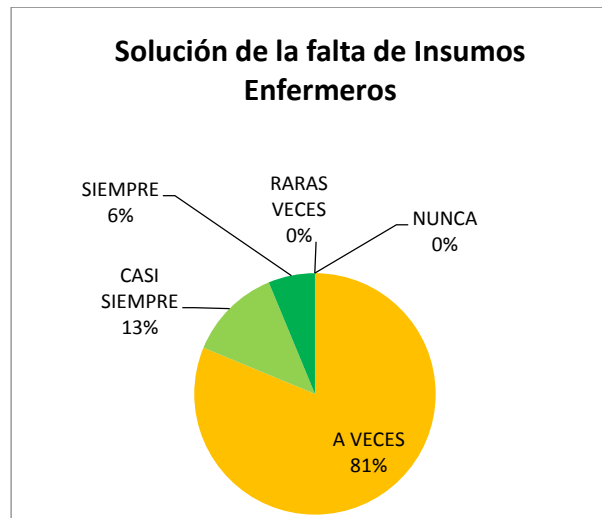
Siempre	-
Casi siempre	1 (5%)
A veces	16 (76,19%)
Raras veces	4 (19%)
Nunca	-

**Personal Femenino:** ante la falta de insumos, la mayoría de las enfermeras (76%) respondió que “a veces” les dan solución rápidamente, si ellas lo notifican. Solo una pequeña parte (19%) del total de enfermeras encuestadas, respondió que “casi siempre” solucionan las faltas de insumos rápidamente y por último un 5% de enfermeras dice que raras veces solucionan rápidamente la falta de algún insumo. Sumando la cantidad de enfermeras que respondió que “a veces” solucionan la falta más las que respondieron que “raras veces lo hacen”, se llega a un 81% que demuestra la ineficiencia en disponibilidad de insumos.





**Personal Masculino:** ante la falta de insumos, los enfermeros respondieron en un 81% por ciento que “a veces” le dan solución a los inconvenientes si lo notifican. En tanto, un 12% respondió “casi siempre”, y sólo un 6,25% respondió que “siempre” lo hacen. El porcentaje del 81% indica que no se está actuando eficientemente para solucionar los problemas de los enfermeros ante la necesidad de provisión de insumos.



### Comparación entre los sexos

Ambos sexos consideran en su mayoría que sólo “a veces” se resuelve la falta de insumos y recursos en tiempo y forma.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: no existe diferencia significativa de criterios en este aspecto.

Con respecto al personal femenino: no hay diferencia entre los grupos etarios de las mujeres que respondieron sobre la solución ante la falta de insumos y recursos.

Pregunta:

**Ante la falta de elementos de trabajo en calidad y cantidad ¿Recibe quejas de los pacientes y sus familiares por esta falta?**

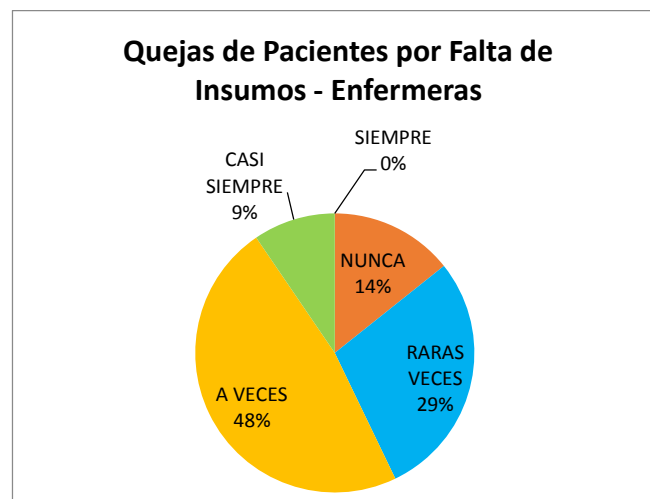
**Personal Masculino**

Siempre	-
Casi siempre	3 (18,75%)
A veces	8 (50%)
Raras veces	4 (25%)
Nunca	1 (6,25%)

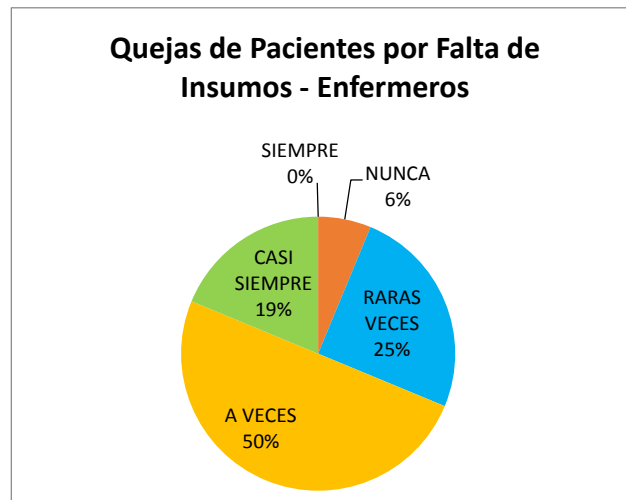
**Personal Femenino**

Siempre	3 (14,28%)
Casi siempre	6 (29%)
A veces	10 (48%)
Raras veces	2 (9,52%)
Nunca	-

**Personal Femenino:** debido a faltas de insumos, las enfermeras de la muestra respondieron en un 48% que “a veces” reciben quejas de los pacientes por estas causas, seguido de un 29% que dicen haber recibido quejas “raras veces”, un 14% que respondió que esto “nunca” sucede, y un 9% que respondió que “casi siempre” los pacientes y familiares se quejan por esta causa.



**Personal Masculino:** la mitad de los encuestados afirma que “a veces” reciben quejas por parte de los pacientes, un 25% habla de recibir quejas “raras veces”. En tanto un 18% afirma recibir quejas “casi siempre” y sólo un 6,25% aduce que “nunca” recibe quejas.



### Comparación entre los sexos

El personal femenino sufre quejas de los pacientes y familiares en mayor proporción que el personal masculino.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: el personal de menos de 40 años recibe quejas en mayor proporción que el personal de más de 40 años.

Con respecto al personal femenino: no hay diferencia entre los grupos etarios de las mujeres que respondieron sobre la frecuencia de las quejas de los pacientes ante la falta de insumos y recursos.

## Infraestructura

### Pregunta:

#### ¿Cómo se encuentran las instalaciones del hospital?

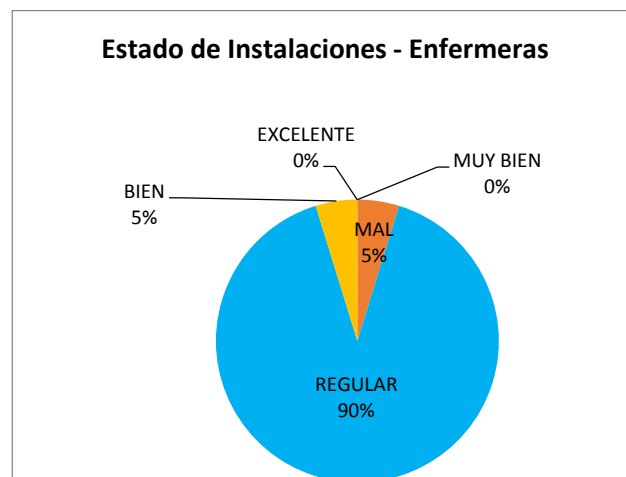
##### Personal Masculino

Mal	4 (25%)
Regular	12 (75%)
Bien	-
Muy bien	-
Excelente	-

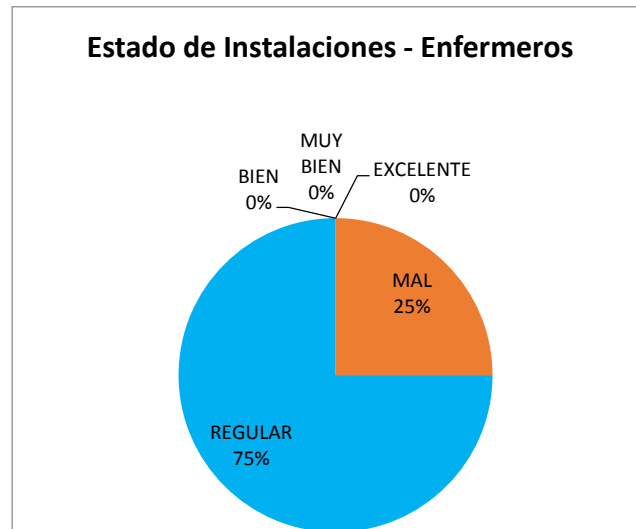
##### Personal Femenino

Mal	1 (4,7%)
Regular	19 (90,4%)
Bien	1 (4,7%)
Muy bien	-
Excelente	-

**Personal Femenino:** un porcentaje significativo de enfermeras (90%) dice que las instalaciones en general se encuentran en estado “regular”. El porcentaje mínimo de enfermeras (5%) contestaron que las instalaciones se encuentran “mal” y con el mismo número, otras contestaron que se encuentran “bien” (5%).



**Personal Masculino:** el 75% del personal masculino considera que las instalaciones son “regulares”, en tanto el 25% habla de que el estado de las instalaciones es “malo”.



#### Comparación entre los sexos

Ambos sexos encuentran en su mayoría al estado de las instalaciones como “regular” o “malo”.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al Personal Masculino: no se observa diferencia de criterios.

Con respecto al Personal Femenino: no hay diferencia entre los grupos etarios de las mujeres que respondieron sobre el estado de las instalaciones, de forma casi unánime respondieron que están en estado “regular”.

### Entrevista

Un elemento relacionado con el deterioro y la falta de mantenimiento de las instalaciones que mencionó la Titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo, es la carencia de cortinas en las habitaciones de internación. Esto abruma e incomoda a los pacientes, quienes no pueden descansar debidamente, porque la luz solar ingresa a la habitación. Por otra parte, la profesional también reparó en que no hay sillas para los acompañantes, quienes a veces se muestran molestos, pero que luego deciden traer sus propias sillas plegables.

### Observación

Luego de realizar las encuestas y la entrevista, hicimos la observación en el sector de internaciones, y corroboramos que las instalaciones son antiguas y no presentan mantenimiento adecuado.

Corroboramos, a partir de la entrevista con la Titular, que varios componentes en las habitaciones del Sector "A", estaban deteriorados o había faltantes, como por ejemplo: los placares carecían de puertas, no habían mesas de luz, no había en existencia ningún asiento para los acompañantes de los internados; no habían persianas ni cortinas que impidieran la entrada de luz por la mañana en las habitaciones.

Pregunta:

**¿La infraestructura actual entorpece su labor?**

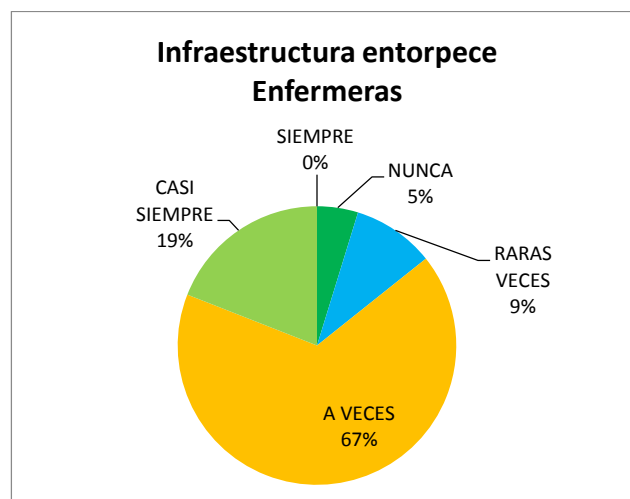
Personal Masculino

Nunca	-
Raras veces	-
A veces	12 (75%)
Casi siempre	2(12,5%)
Siempre	2 (12,5%)

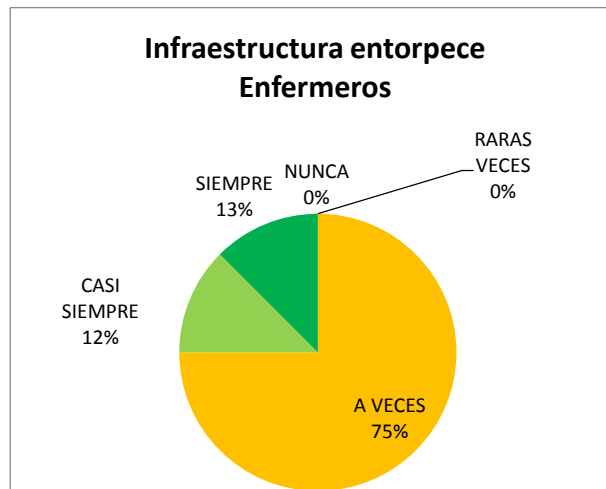
Personal Femenino

Nunca	1 (4,7%)
Raras veces	2 (9,52%)
A veces	14 (66,6%)
Casi siempre	4 (19%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** a la par del estado de las instalaciones, más de la mitad de las enfermeras (67%) dice que las instalaciones “a veces” entorpecen su labor cotidiana, obstaculizando los movimientos necesarios para desplazarse en el lugar de trabajo. Le sigue en porcentaje las mujeres que respondieron que “casi siempre” las instalaciones entorpecen en sus actividades (19%), seguido de las que opinan que “raras veces” entorpece (9%) y las que respondieron que las instalaciones “nunca” entorpecen (5%).



**Personal Masculino:** la gran mayoría encuentra que la infraestructura “a veces” entorpece su labor. Un 12,5% opina que la infraestructura entorpece la labor “casi siempre” y otro 12,5% opina que la infraestructura entorpece la labor “siempre”. Esto implica que todos los encuestados ven que la infraestructura entorpece su labor.



### Comparación entre los sexos

Los hombres perciben en mayor medida que las mujeres, que la infraestructura entorpece su labor.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: no se detectaron diferencias significativas. Ambos grupos etarios ven a la infraestructura como un factor que entorpece su labor.



Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a si las instalaciones entorpecen su labor.

### Pregunta:

#### **¿De qué forma?**

Respecto de qué **forma la infraestructura entorpece la labor**, hubo muchas coincidencias entre hombres y mujeres. La mayoría de los encuestados afirma que la infraestructura entorpece las actividades, y por ende la correcta atención a los pacientes, principalmente porque los espacios son muy chicos, porque las instalaciones son antiguas y no tienen mantenimiento adecuado, porque pierden tiempo con los obstáculos de la misma infraestructura.

Estas causas de entorpecimiento de la infraestructura, generan tanto en enfermeras como enfermeros, mucha incomodidad, al mismo tiempo les hace sentir tristes e impotentes porque sienten que no tienen poder para resolverlo.

### Observación

Además de los elementos que obstaculizan la labor, mencionados por los enfermeros, pudimos observar en los pasillos de internación, desechos potencialmente contaminantes expuestos dentro del hospital, donde transita el personal, pacientes y familiares.

Pregunta:

**¿Sufrió algún accidente por falta de mantenimiento del hospital?**

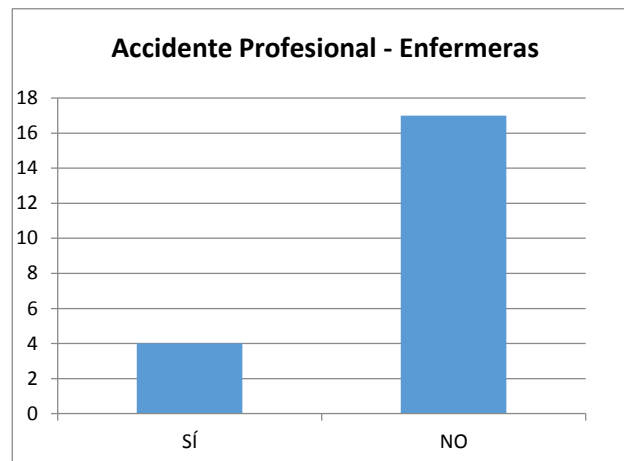
Personal Masculino

Sí	5 (33%)
No	10 (66%)

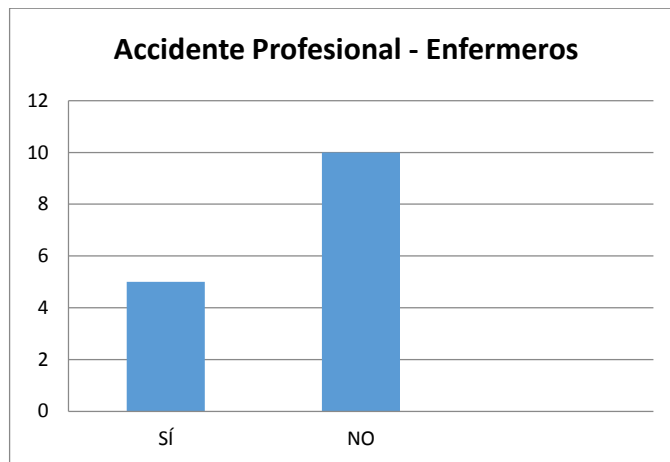
Personal Femenino

Sí	4 (19%)
No	17 (80,9%)

**Personal femenino:** un número significativo de enfermeras (17) que representa al 81% de las encuestadas, “nunca” tuvo un accidente profesional.



**Personal Masculino:** el 66% de los encuestados afirmó no haber sufrido un accidente, en tanto un 33% ha sufrido un accidente. Esto significa que al menos un tercio del personal ha sufrido accidentes.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal masculino ha sufrido mayor cantidad de accidentes que el personal femenino.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Respecto al personal masculino: no hay diferencias entre los dos rangos etarios.

Respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a si sufrieron un accidente laboral.

Entre las **causas y daños** de accidentes mencionados por los enfermeros y enfermeras se encuentran:

- Heridas cortante en cuero cabelludo por paneles con una chapa suelta en un pequeño espacio para trabajar con un paciente crítico.
- Traumatismo de pie izquierdo, ocasionado por una puerta de placard en mal funcionamiento.
- Golpes en piernas (hematomas). Por malas condiciones de las camas y espacios estrechos.
- Tendinitis supra espinosa.
- Resbalones por mal estado de las escaleras.
- Caídas y tropezones.
- Caída con lesión de partes blandas.
- Caída en escalera que provocó un esguince de tobillo por falta de iluminación y antideslizante en cada peldaño.
- Una infección en los pies por micosis contraída en las duchas.
- Lesiones leves por resbalones en las salas, debido a que las lluvias mojan el suelo.

## Las relaciones con superiores, compañeros y personal a cargo

Pregunta:

**¿Cómo calificaría la relación con sus compañeros de trabajo?**

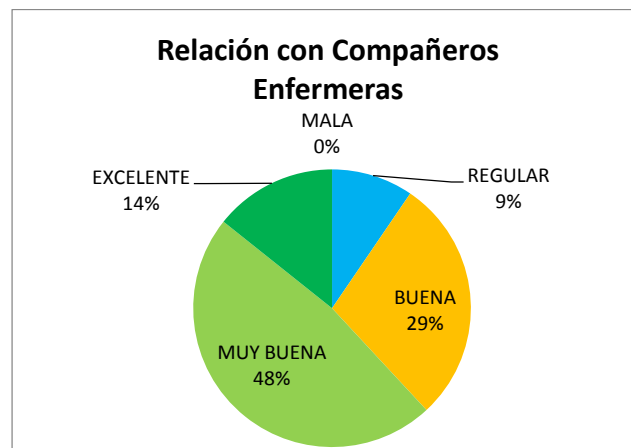
Personal Masculino

Mala	-
Regular	-
Buena	6 (37,5%)
Muy buena	9 (56,25%)
Excelente	1 (6,25%)

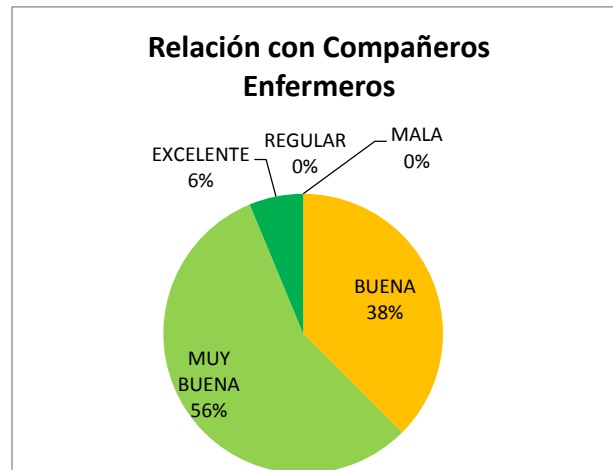
Personal Femenino

Mala	-
Regular	2 (9,5%)
Buena	6 (28,57%)
Muy buena	10 (47,6%)
Excelente	3 (14,28%)

**Personal Femenino:** menos de la mitad de las enfermeras encuestadas (48%) dice tener “muy buena” relación con sus compañeros, seguido de las que opinan que tienen “buena” relación (29%), de las que tienen “excelente” relación (14%), y por último las que dicen tener una relación “regular” (9%) con sus compañeros.



**Personal Masculino:** el 56% de los encuestados respondió que las relaciones son “muy buenas”, 37% habla de que las relaciones son “buenas” y en tanto un 7% afirma que las relaciones son “excelentes”.



### Análisis de acuerdo al Sexo

En general tanto hombres como mujeres, sienten que las relaciones son “muy buenas”.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: tanto los menores como mayores de 40 años tienen muy buena relación con sus compañeros.

Con respecto al personal femenino: en general las enfermeras de entre 33 y 41 años tienen mejor relación con sus colegas, a comparación de los extremos etarios (24-32 años y 43-57 años) que en general no tienen tan buena relación con sus compañeros.

Pregunta:

### **¿Por qué?**

La gran mayoría de hombres y mujeres dicen que la buena relación que hay entre compañeros, se debe al trabajo en equipo, al respeto entre sus pares, a la buena comunicación que tienen entre ellos y porque el grupo es atento y colaborador.

**Pregunta:**

**¿Cómo calificaría la relación con sus superiores?**

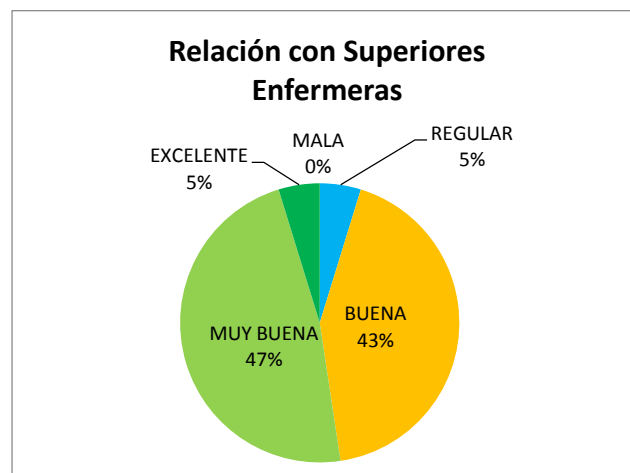
**Personal Masculino**

Mala	-
Regular	2 (12,5%)
Buena	9 (56,25%)
Muy buena	5 (31,25%)
Excelente	-

**Personal Femenino**

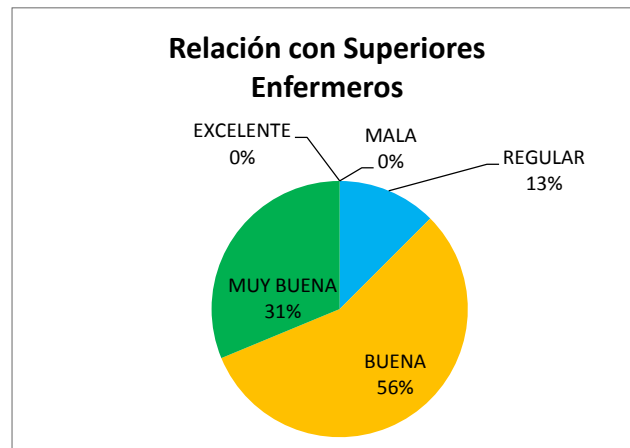
Mala	-
Regular	1 (4,7%)
Buena	9 (42%)
Muy buena	10 (47,6%)
Excelente	1 (4,7%)

**Personal Femenino:** respecto a la relación con los superiores, un 47% de las enfermeras contestó tener “muy buena” relación, un 43% de ellas respondió que tiene “buena” relación, y con el mismo número de porcentaje, las restantes respondieron que tienen una “excelente” relación con superiores (5%) y una relación “regular” con ellos (5%). No existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a la calificación de la relación con superiores.





**Personal Masculino:** respecto a la relación con los superiores, un 56% de los enfermeros manifestó tener una “buena” relación, un 31% dice que la relación con los superiores es “muy buena” y sólo un 12,5% habla de que la relación es “regular”.



### Análisis de acuerdo al Sexo

La relación con los superiores es en general entre “buena” y “muy buena”, según hombres y mujeres.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: los empleados mayores de 40 años tienen mejores relaciones con los superiores en comparación con los empleados menores de 40 años.

Respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras, respecto a la calificación de la relación con superiores.

Pregunta:

**¿Por qué?**

Hay algunas coincidencias también entre hombres y mujeres, con respecto a la relación con superiores. Varios de ellos dicen tener buena relación debido al respeto mutuo, al profesionalismo, al diálogo constructivo y buena comunicación.

Por otro lado surgen algunas diferencias de los hombres y mujeres que dicen no tener tan buena relación con sus superiores. Mientras algunas mujeres dicen que es por la diferencias de criterios con el superior, algunos hombres opinan que es porque ellos desconocen las circunstancias laborales.

Pregunta:

**¿Cómo calificaría la relación con su personal a cargo?**

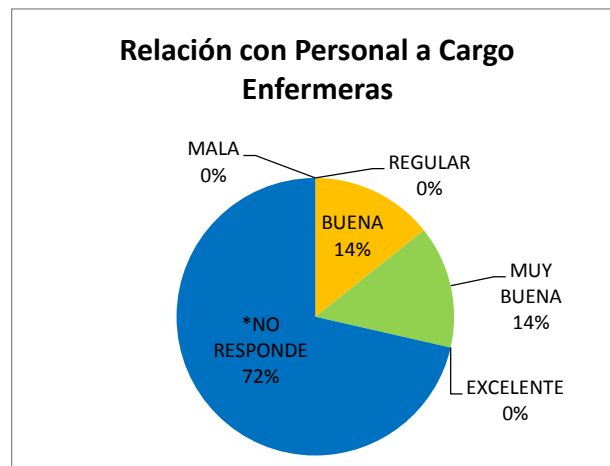
**Personal Masculino**

Mala	-
Regular	-
Buena	2 (50%)
Muy buena	2 (50%)
Excelente	-

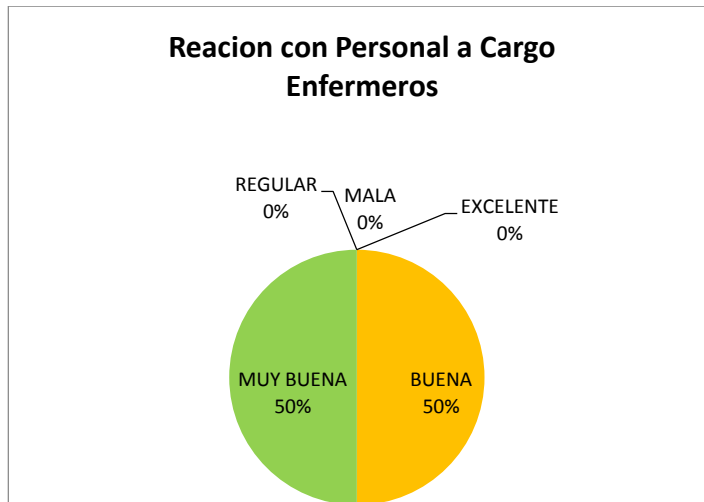
**Personal Femenino**

Mala	-
Regular	-
Buena	3 (50%)
Muy buena	3 (50%)
Excelente	-

**Personal Femenino:** a la pregunta respecto a la calificación de la relación con el personal a cargo, 15 de las 21 enfermeras encuestadas, no la respondió, debido a que no ocupan un puesto con empleados a su cargo. Las enfermeras que sí respondieron a esta pregunta suman un total de 6, de las cuales 3 (50%) respondieron tener “muy buena” relación con ellos y 3 (50%), que tienen “buena” relación con su personal a cargo.



**Personal Masculino:** sucede lo mismo que el caso del personal femenino encuestado, la mayoría de los hombres encuestados no presenta personal a cargo. De los 4 enfermeros que sí tienen personal a cargo, 2 de ellos (50%) dice que su relación es “buena” y otros 2(50%) dice que su relación con el personal a cargo es “muy buena”.



### Análisis de acuerdo al Sexo

No hay diferencias, las respuestas fueron idénticas en porcentaje.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: no hay diferencias significativas.

Con respecto al personal femenino: no hay diferencias significativas.

### Entrevista

La Titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo nos aportó una enriquecedora información, respecto al personal a cargo.

La profesional dijo que la mayoría son muy trabajadores, que tienen amplios conocimientos y facilidad para la manipulación de tecnología.

Sin embargo destacó que varios jóvenes no son lo suficientemente comprometidos a su labor y agregó que, la mayoría de ellos utilizan sus teléfonos celulares en el horario de trabajo. Sobre este problema, no existen reglas claras de parte de la dirección.

### Pregunta:

#### **¿Por qué?**

La minoría de hombres y mujeres que respondieron ante la pregunta de relación con subordinados opinan que es buena porque hay respeto mutuo entre ellos y su personal a cargo y porque ambos trabajan con profesionalismo.

Pregunta:

**Mi superior me apoya en las decisiones que tomo.**

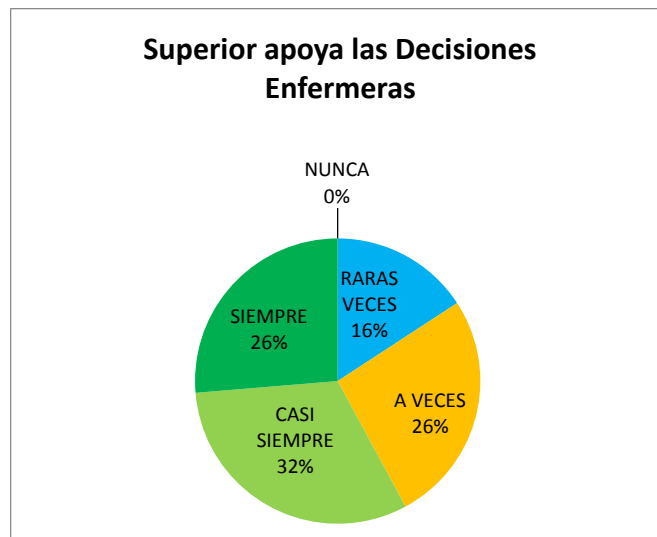
**Personal Masculino**

Nunca	1 (6,66%)
Raras veces	-
A veces	7 (46,66%)
Casi siempre	6 (40%)
Siempre	1 (6,66%)

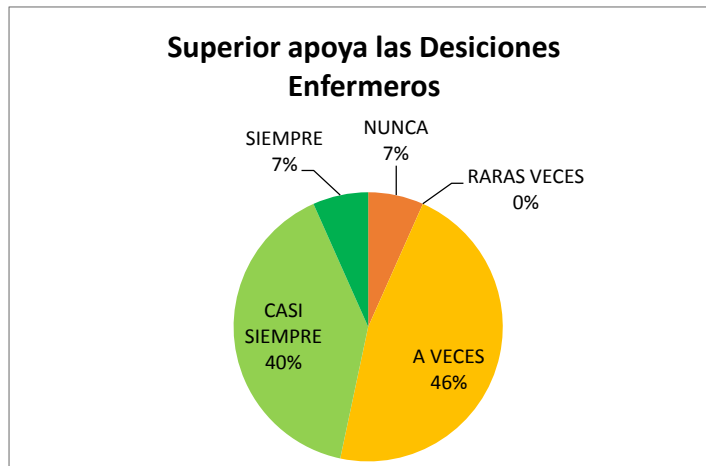
**Personal Femenino**

Nunca	-
Raras veces	3 (16,66%)
A veces	5 (27,7%)
Casi siempre	6 (33,3%)
Siempre	5 (27,7%)

**Personal Femenino:** prosiguiendo con las relaciones con sus superiores, de forma pareja las enfermeras contestaron que “casi siempre” (29%) sus superiores las apoyan en sus decisiones, seguido por las que respondieron que ellos “siempre” lo hacen (24%) y de las que respondieron que “a veces” las apoyan (24%). Un 14% respondió que “raras veces” sus superiores las apoyan. Se puede deducir con estos porcentajes que en general las enfermeras sí se sienten apoyadas por sus superiores.



**Personal Masculino:** el 46% respondió que “a veces” se siente apoyado por sus superiores, un 40% manifiesta “casi siempre” tener el apoyo de sus superiores. Un 6% dice que “nunca” tiene el apoyo de los superiores mientras que el restante 6% afirma que “siempre” cuenta con el apoyo de sus superiores.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal femenino se siente más apoyado en las decisiones que toma por parte de sus superiores que el personal masculino.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: el personal mayor de 40 años se siente más apoyado por sus superiores en comparación al personal menor de 40 años.

Con respecto al personal femenino: se observa que las enfermeras encuestadas de entre 24 y 34 años sienten en general menor apoyo de sus superiores que las que tienen entre 35 y 57 años.

Pregunta:

**Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.**

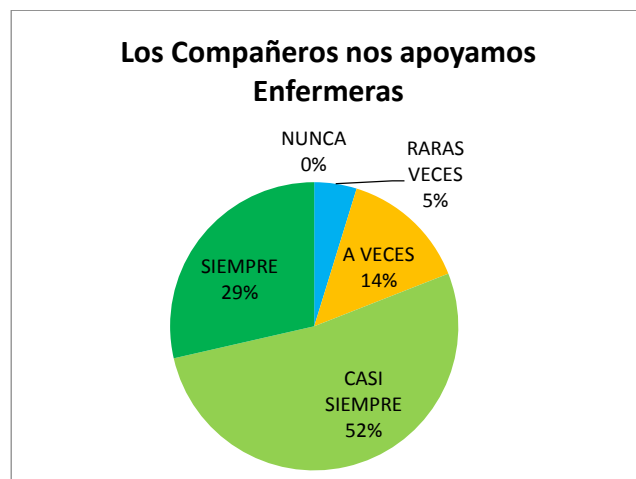
**Personal Masculino**

Nunca	-
Raras veces	-
A veces	3 (18,75%)
Casi siempre	8 (50%)
Siempre	5 (31,25%)

**Personal Femenino**

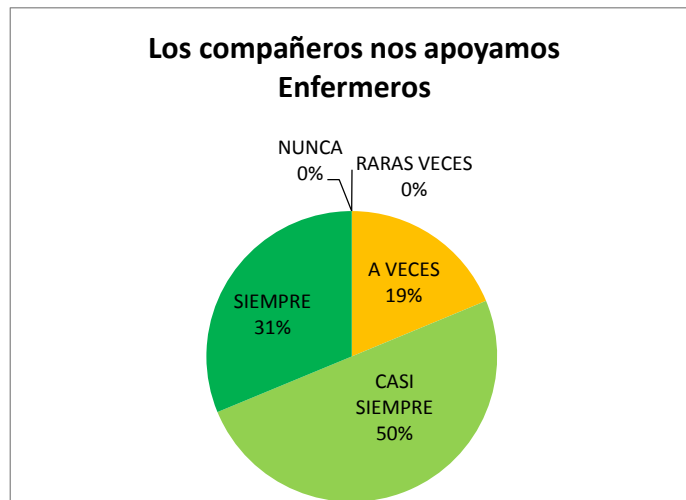
Nunca	-
Raras veces	1 (4,7%)
A veces	3 (14,28%)
Casi siempre	11 (52,3%)
Siempre	6 (28,5%)

**Personal Femenino:** respecto a la relación con sus compañeros más cercanos en las actividades laborales, se demuestra bastante cohesión grupal debido a que el 52% de las encuestadas respondió que “casi siempre” los compañeros se apoyan entre sí, seguido de las que respondieron que “siempre” se apoyan (29%), de las que opinan que entre compañeros “a veces” se apoyan (14%), y por último las que opinan que “raras veces” se apoyan con un 5% solamente.





**Personal Masculino:** un 50% de los encuestados respondió que “casi siempre” se apoyan entre compañeros. El 31% dijo que “siempre” se apoyan, mientras que el 18% sostiene que “a veces” se siente apoyado. Se observa en estos resultados que el apoyo entre compañeros es alto.



### Análisis de acuerdo al Sexo

Se observa gran cohesión grupal tanto por parte de personal masculino como de femenino.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: no se detectaron diferencias significativas, ambos afirman que los compañeros se apoyan entre sí.

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto al apoyo que se tienen entre compañeros.

Pregunta:

**Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.**

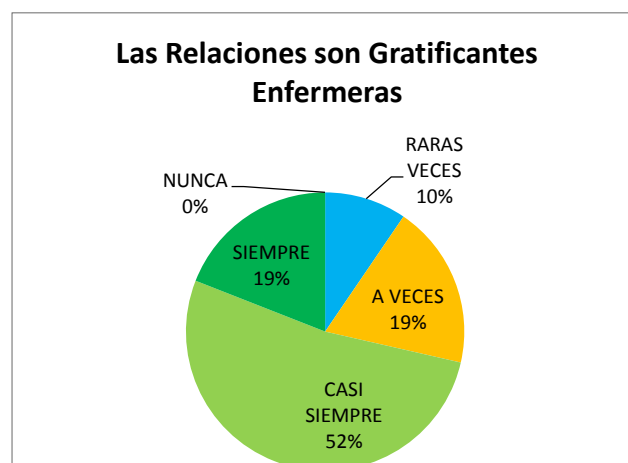
Personal Masculino

Nunca	-
Raras veces	-
A veces	3 (18,75%)
Casi siempre	5 (31,25%)
Siempre	8 (50%)

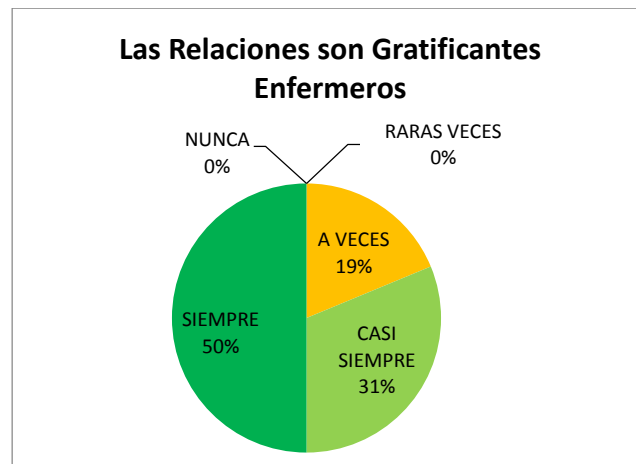
Personal Femenino

Nunca	-
Raras veces	2 (9,52%)
A veces	4 (19%)
Casi siempre	11 (52,3%)
Siempre	4 (19,4%)

**Personal Femenino:** con respecto a la consigna de si las enfermeras sienten que las relaciones que establecen en el hospital son gratificantes para ellas, la mitad (52%) respondió que “casi siempre” lo son, seguido con el mismo porcentaje las que sienten que las relaciones que tienen son “siempre” gratificantes (19%), las que sienten que “a veces” lo son (19%), y por último las que sienten que “raras veces” establecen relaciones gratificantes en el lugar de trabajo. En general las enfermeras sienten que las relaciones que establecen en el hospital son gratificantes para ellas.



**Personal Masculino:** el 50% de los encuestados asevera que las relaciones que establece en el trabajo “siempre” son gratificantes. El 31% respondió “casi siempre” y el restante 18% dijo que “a veces” las relaciones son gratificantes. Gran parte de los enfermeros siente que las relaciones que establecen en el hospital son gratificantes.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal masculino siente, con mayor frecuencia que el personal femenino, que las relaciones en el trabajo son gratificantes.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto de si las relaciones que entablan en el hospital son gratificantes.

Con respecto al personal masculino: no se observan diferencias, ambos grupos etarios consideran que las relaciones entabladas son gratificantes.

Pregunta:

**¿Ocurre u ocurrió alguna vez un conflicto entre los compañeros de trabajo?**

Personal Masculino

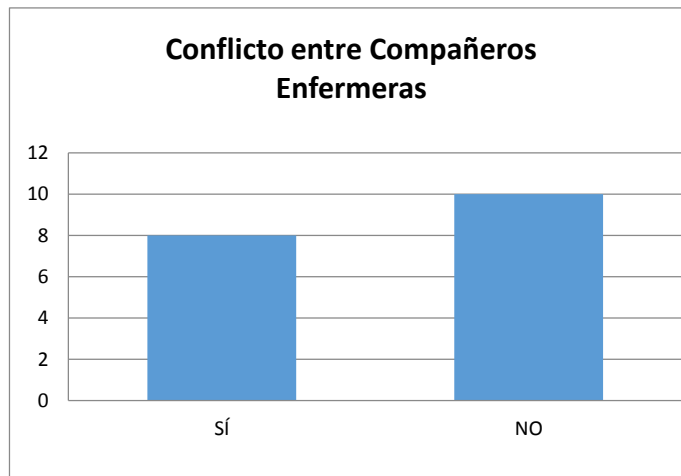
Sí	5 (33%)
No	10 (66%)

Personal Femenino

Sí	8 (44,4%)
No	10 (55,5%)

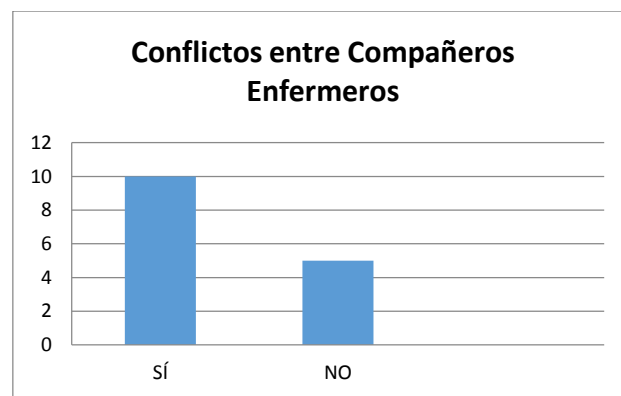
**Personal Femenino:** acerca de los conflictos entre compañeros, las respuestas de las enfermeras tomadas en la muestra, se encuentran divididas. Ya que 10 de ellas respondieron que “no” ocurrieron, ni ocurren conflictos entre compañeros, mientras que 8 de ellas dicen que “sí” sucede o sucedió.

Las enfermeras que respondieron que “sí” hay conflictos entre compañeros, opinan que esto ocurre por diferencias de opiniones y criterios entre ellos, faltas de respeto, por programación de francos, diferencias en la metodología de trabajo, competencia y guardias de más.



**Personal Masculino:** el 66% de los encuestados (10) respondió que no ocurre o no ha ocurrido conflicto entre compañeros, mientras que el 33% restante (5) contestó afirmativamente.

Entre la causa de conflictos entre enfermeros, los hombres respondieron que puede deberse a: modificaciones en los francos para favorecer a otro compañero para las fiestas de fin de año; por omisiones de trabajos o actividades; intereses personales; por malos entendidos; por motivos laborales y opiniones distintas; por falta de colaboración en el trabajo y por desacuerdos en el desarrollo de la tarea.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

Se observa un porcentaje mayor de conflictividad desde el punto de vista femenino. Con respecto a los conflictos entre compañeros, la mayoría de hombres y mujeres coincidieron en que esto se produce por mala o injusta programación de francos, diferencias personales y de criterio y diferencia en la metodología de trabajo.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: la mayoría de las enfermeras que respondieron que "sí" hay o hubo conflictos entre compañeros, tienen entre 35 y 57 años. Con respecto al personal masculino: el personal masculino de más de 40 años de edad ha respondido que ha visto mayor conflictividad.

Pregunta:

**¿Se sintió agredido física o verbalmente por un compañero?**

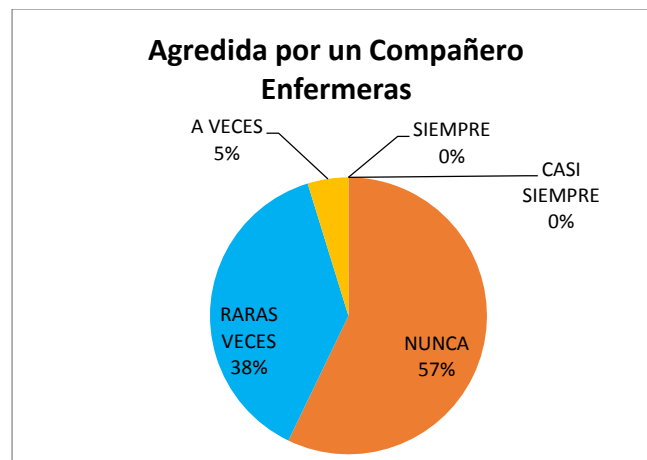
Personal Masculino

Nunca	8 (50%)
Raras veces	6 (37,25%)
A veces	1 (6,25%)
Casi siempre	-
Siempre	1 (6,25%)

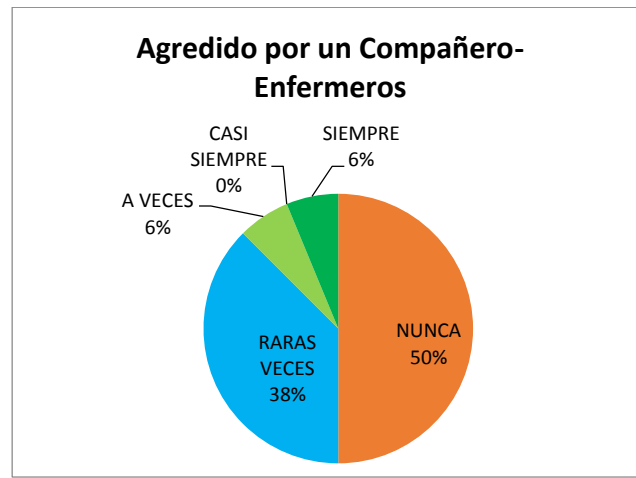
Personal Femenino

Nunca	12 (57%)
Raras veces	8 (38%)
A veces	1 (4,76%)
Casi siempre	-
Siempre	-

**Personal Femenino:** menos de la mitad de las enfermeras dicen haber sido agredidas por un compañero física o verbalmente. Si bien el 57% de las encuestadas dice que “nunca” fue agredida, el 38% comenta que “raras veces” fue agredida. El 5% de ellas que dice que “a veces” es agredida por compañeros.



**Personal Masculino:** la mitad del personal encuestado respondió “nunca” haber recibido una agresión por parte de sus compañeros. El 37% sostiene que “raras veces” ha sido agredido, mientras que un 6,25% habla de que “a veces” suele ser agredido. El otro 6,25% restante habla de haber recibido “siempre” agresiones.



### Análisis de acuerdo al Sexo

En términos generales, ni el personal femenino ni masculino ha respondido de forma categórica como para aseverar que han sido agredidos física o verbalmente por compañeros.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no hay diferencia, de forma casi unánime respondieron prácticamente no hay agresiones entre compañeros.

Con respecto al Personal Masculino: el personal menor de 40 años ha manifestado en una proporción mayor al personal mayor de 40 haberse sentido agredido.

Pregunta:

**¿Se sintió agredido física o verbalmente por un superior?**

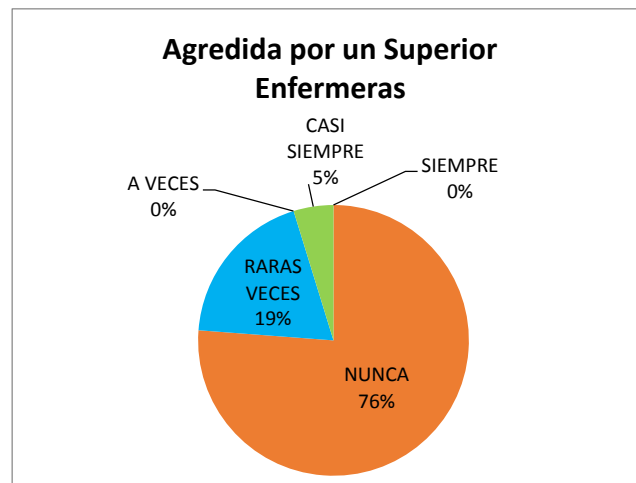
**Personal Masculino**

Nunca	12 (75%)
Raras veces	2 (12,5%)
A veces	2 (12,5%)
Casi siempre	-
Siempre	-

**Personal Femenino**

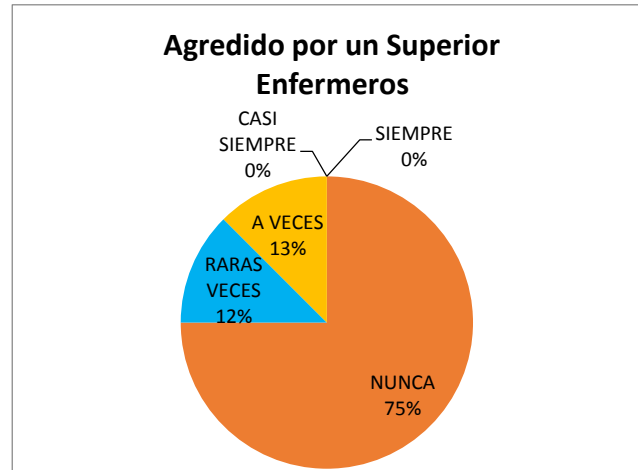
Nunca	16 (76%)
Raras veces	4 (19%)
A veces	-
Casi siempre	1 (4,76%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** del total de las encuestadas, el 76% dice “nunca” haber sido agredida física o verbalmente por un superior. Solamente un 19% de ellas dice que “raras veces” fue agredida por un superior, y un 5% que “casi siempre” es agredida por un superior. No hay un número importante de enfermeras que es o haya sido agredida por superiores.





**Personal Masculino:** el 75% de los encuestados dijo no haber sido agredido “nunca” por un superior; mientras que un 12,5% contestó “raras veces” y el 12,5% restante “a veces”. Por lo tanto no hay un número significativo de enfermeros que haya sido o es agredido por superiores.



### Análisis de acuerdo al Sexo

En términos generales, ni el personal femenino ni masculino se ha sentido agredido física o verbalmente por superiores.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: el personal de enfermería menor de 40 años de edad ha manifestado en una proporción menor con respecto al personal mayor a 40 años haberse sentido agredido por el personal jerárquico superior.

Con respecto al personal femenino: no hay diferencia entre los grupos etarios de las mujeres que respondieron sobre si fueron o no agredidas por un superior. De forma casi unánime respondieron que prácticamente no hubo agresiones de superiores hacia su personal a cargo.

Pregunta:

**¿Se sintió agredido física o verbalmente por alguna persona del personal a su cargo?**

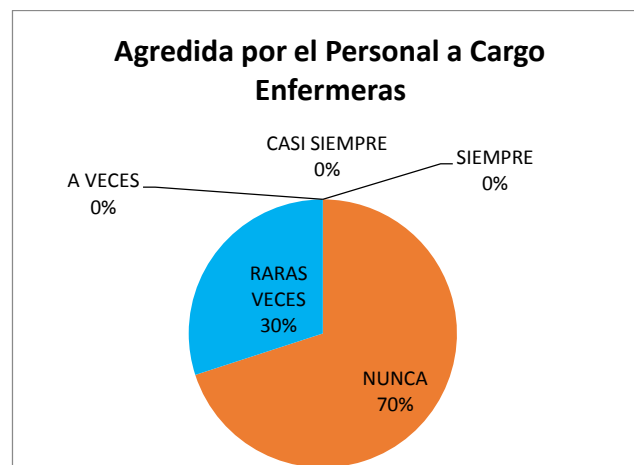
**Personal Masculino**

Nunca	6 (75%)
Raras veces	1 (12,5%)
A veces	1 (12,5%)
Casi siempre	-
Siempre	-

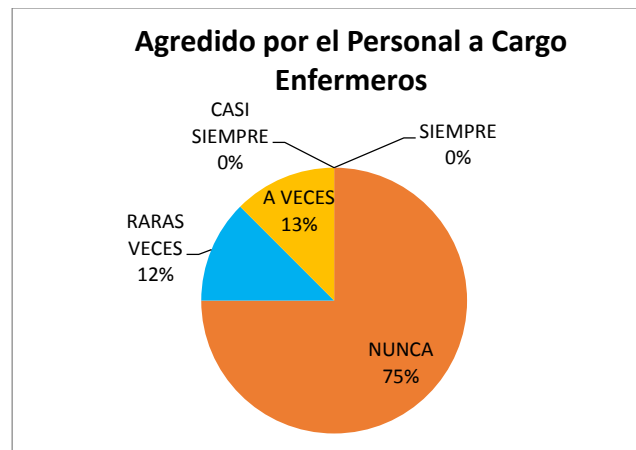
**Personal Femenino**

Nunca	7 (70%)
Raras veces	3 (30%)
A veces	-
Casi siempre	-
Siempre	-

**Personal Femenino:** cuando se les preguntó a las enfermeras encuestadas si habían sido agredidas por alguien de su personal a cargo, la mitad de ellas no contestó a esta pregunta debido a que, como ya se dijo anteriormente, no presentan personal a cargo. De las que sí respondieron a esta pregunta, el 70% respondió que “nunca” fue agredida por alguien de su personal a cargo y el 30% restante respondió que “raras veces”. Por lo tanto se puede decir que no existe un porcentaje significativo de respuestas afirmativas en cuanto a agresiones del personal a cargo hacia sus superiores.



**Personal Masculino:** el 75% de los encuestados respondió no haber sufrido agresiones por parte del personal a cargo. En tanto el 12,5% habla de raras veces y el restante 12,5% habla de que a veces se ha sentido agredido. No se observa entonces un que haya agresión de parte del personal a cargo hacia sus superiores.



### Análisis de acuerdo al Sexo

En términos generales, ni el personal femenino ni masculino se ha sentido agredido física o verbalmente por su personal a cargo.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal masculino: el personal de enfermería menor a 40 años de edad se ha sentido agredido en una proporción mayor al personal mayor de 40 años de edad.

Con respecto al personal femenino: de forma casi unánime respondieron que no existe tales agresiones de parte de su personal a cargo.

Pregunta:

**¿Cómo reaccionan en general sus compañeros cuando son agredidos? ¿Si existe agresión hacia algún enfermero quién los defiende?**

Tanto los hombres y mujeres encuestadas, coincidieron en que si los enfermeros son agredidos, son defendidos por sus mismos compañeros, por un superior, algún médico o kinesiólogo que esté cerca, o por el guardia de seguridad. Algunos hombres y mujeres también contestaron que nadie los defiende.

Pregunta:

**Si hubo agresión, ¿Siente que este hecho ha afectado negativamente su desempeño del trabajo cotidiano?**

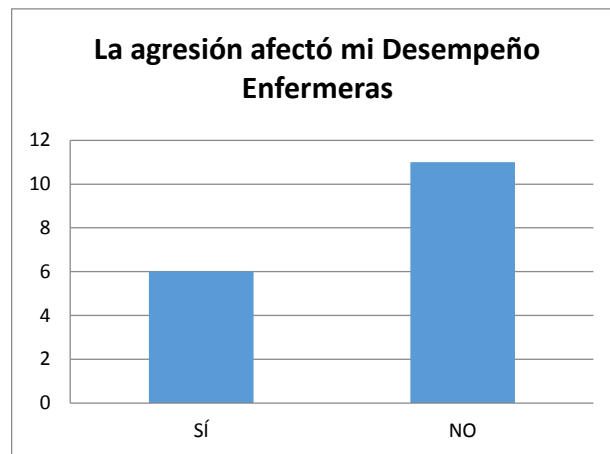
Personal Masculino

Sí	8 (50%)
No	8 (50%)

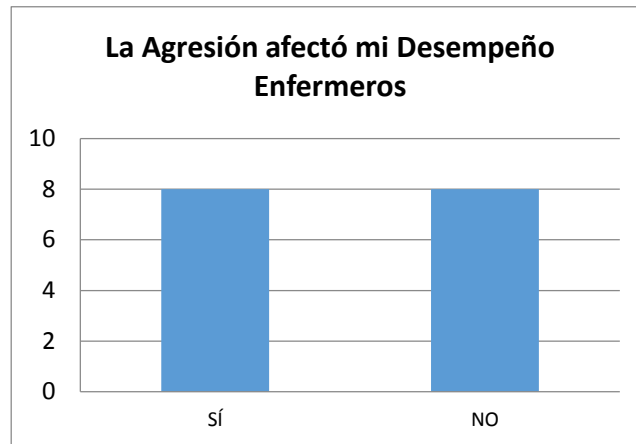
Personal Femenino

Sí	6 (35,3%)
No	11 (64,7%)

**Personal Femenino:** 11 de las 21 encuestadas respondió que “no” les afectó negativamente su desempeño en el trabajo, 6 de ellas respondió que “sí” les afectó negativamente y 4 no respondió a la pregunta. Las que respondieron que “sí” les afectó, la mayoría contestó que sintió miedo, otras contestaron que se sintieron tensionadas, con desconfianza temporal, desmotivadas y que les afectó negativamente en el estado anímico.



**Personal Masculino:** la mitad del personal encuestado contestó afirmativamente, mientras que la otra mitad respondió que la agresión recibida “no” afectó su desempeño.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal masculino siente, en mayor porcentaje que el personal femenino, que estos hechos han afectado negativamente el desempeño del trabajo.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

El personal tanto masculino como femenino menor de 40 años ha visto su desempeño afectado en mayor proporción al personal mayor de 40 años de edad.

#### Pregunta:

##### **¿De qué forma?**

Si bien hombres y mujeres han contestado que “no” se sienten bien después de haber sufrido algún tipo de agresión, las respuestas de cómo se sintieron variaron mucho entre la totalidad de los encuestados. Esto puede deberse a las diferencias individuales de afrontamiento de la situación estresante.

## Relaciones con pacientes y familiares de los mismos

Pregunta:

**¿Puede comunicarse con facilidad con los pacientes?**

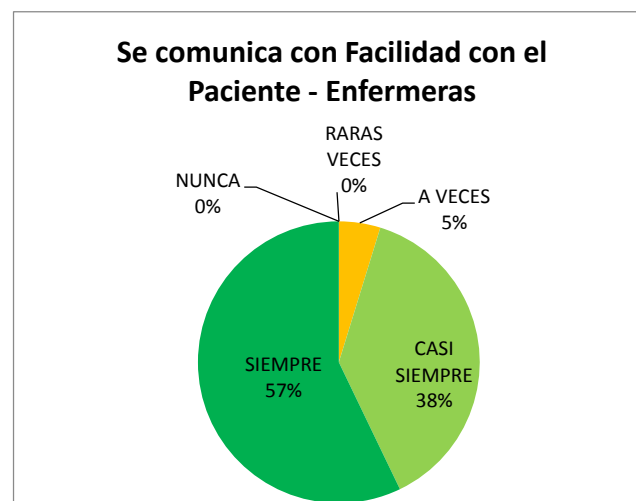
Personal Masculino

Nunca	-
Raras veces	1 (7%)
A veces	3 (20%)
Casi siempre	5 (33%)
Siempre	6 (40%)

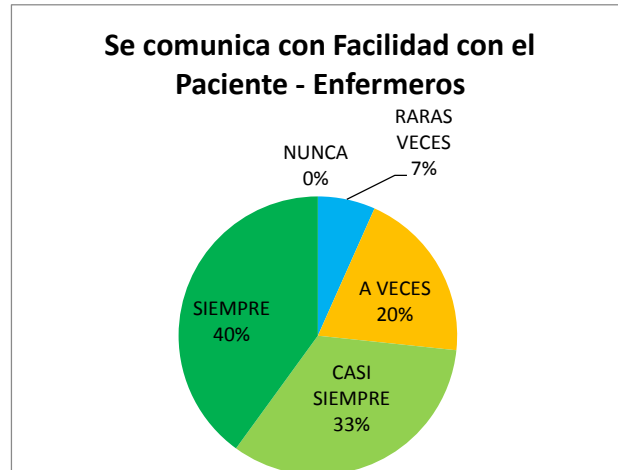
Personal Femenino

Nunca	-
Raras veces	-
A veces	1 (4,76%)
Casi siempre	8 (38%)
Siempre	12 (57%)

**Personal Femenino:** más de la mitad de las enfermeras (57%) dijo que “siempre” tiene facilidad para comunicarse con sus empleados, seguido de las que respondieron que “casi siempre” lo pueden hacer (38%), y un mínimo porcentaje de ellas (5%) respondió que “a veces” se puede comunicar fácilmente con ellos. No parece haber problemas de comunicación entre las enfermeras y los pacientes.



**Personal Masculino:** el 40% de los encuestados hablan de que siempre se comunica con facilidad con los pacientes, el 33% habla de que casi siempre mientras que un 20% dice hacerlo a veces y sólo un 7% sostiene que raras veces se puede comunicar con facilidad.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal femenino se comunica con los pacientes con mayor facilidad que el personal masculino.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

No se observan diferencias significativas en el análisis realizado.



Pregunta:

**¿Por qué?**

Con respecto a la comunicación con los pacientes, hubo varias respuestas entre hombres y mujeres. Varios de los encuestados contestaron que pueden comunicarse con facilidad con sus pacientes debido a varios aspectos: la buena actitud y predisposición de ellos para con los pacientes, porque los enfermeros son empáticos y tratan de ponerse en el lugar del paciente, porque tienen vocación de enfermeros y adquirieron experiencia y porque tratan de tener una comunicación cortés con los pacientes. Algunas respuestas difirieron, ya que algunas mujeres que piensan que no tienen tan buena comunicación con pacientes es debido a que varios de ellos están intoxicados. En cambio los hombres que dicen no poder comunicarse siempre de manera efectiva, es porque los pacientes tienen problemas neurológicos o están en estado crítico.

Pregunta:

**¿Son frecuentes las quejas de los pacientes y familiares?**

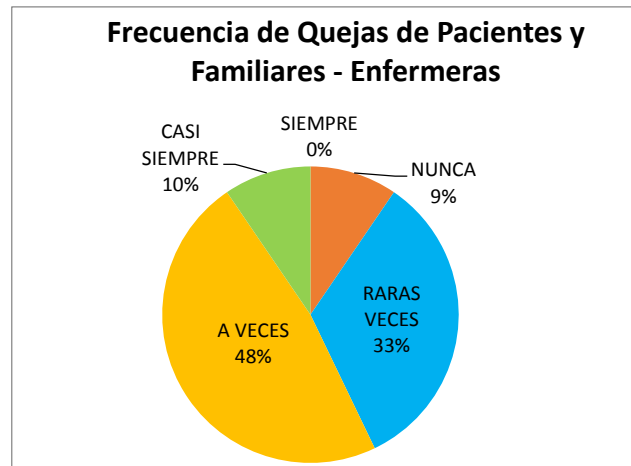
**Personal Masculino**

Nunca	-
Raras veces	5 (33,3%)
A veces	6 (40%)
Casi siempre	2 (13,33%)
Siempre	2 (13,33%)

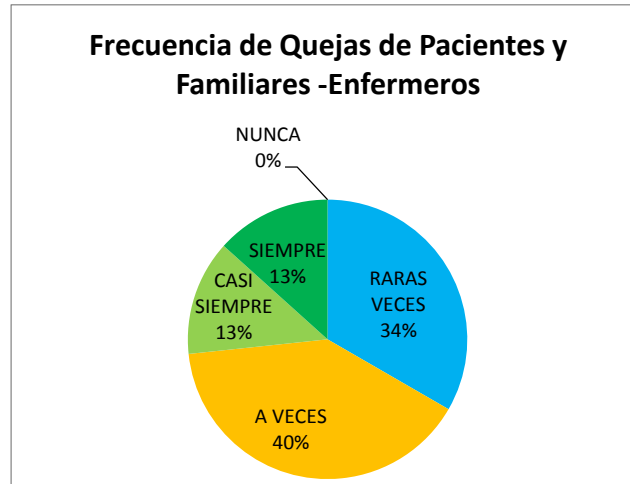
**Personal Femenino**

Nunca	2 (9,5%)
Raras veces	7 (33,3%)
A veces	10 (47,6%)
Casi siempre	2 (9,52%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** con respecto a la frecuencia en que los pacientes y sus familiares se quejan por diversas causas, casi la mitad de las enfermeras (48%) contestó que “a veces” sucede esto, seguido de las que dicen que “raras veces” ellos se quejan (33%). El 10% contestó que “casi siempre” se quejan, y por último las que respondieron que nunca reciben quejas de ellos (9%).



**Personal Masculino:** el 40% de los encuestados respondió que “a veces” reciben quejas por parte de pacientes y familiares, seguido de un 33% que dijo que eso sucede “a veces”. En tanto un 13% respondió que “casi siempre” recibe quejas y el otro 13% restante habló de que eso sucede “siempre”.



### Análisis de acuerdo al Sexo

No se observan diferencias significativas en cuanto al nivel de queja de los pacientes y familiares

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: las enfermeras encuestadas mayores de 40 años, en general, perciben que hay un poco más de frecuencia de quejas de pacientes y sus familiares.

Con respecto al Personal Masculino: los menores de 40 años reportaron mayor frecuencia de quejas que los mayores de 40 años.

Pregunta:

**¿Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellas?**

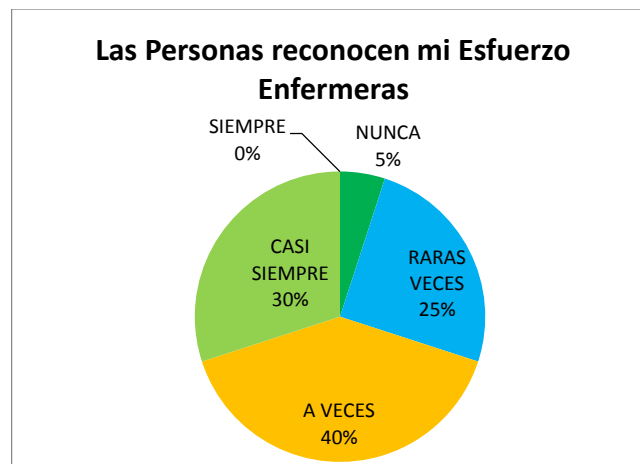
**Personal Masculino**

Nunca	1 (6,66%)
Raras veces	5 (33,3%)
A veces	7 (46,66%)
Casi siempre	2 (13,33%)
Siempre	-

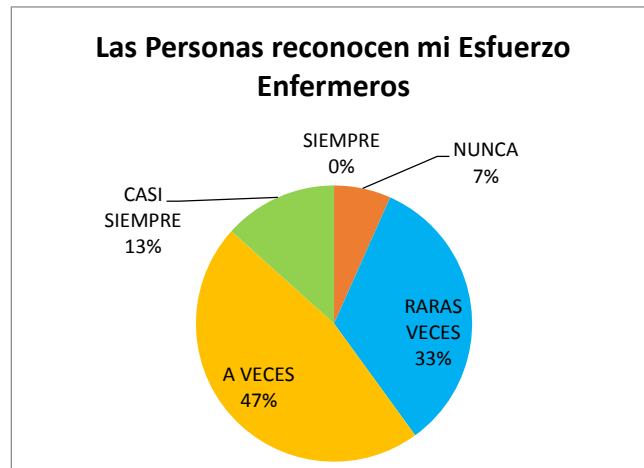
**Personal Femenino**

Nunca	1 (5%)
Raras veces	5 (25%)
A veces	8 (40%)
Casi siempre	6 (30%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** cuando se les preguntó a las enfermeras si sentían que sus esfuerzos eran reconocidos, las respuestas se dieron de forma algo similar. El 40% de las encuestadas respondió que “a veces” los pacientes y sus familiares reconocen sus esfuerzos, seguido de las que sienten que “casi siempre” se lo reconocen (30%). Un 25% de ellas contestaron que “raras veces” lo hacen, y con un pequeño porcentaje las que contestaron que “nunca” reconocen sus esfuerzos (5%). Sumadas las que piensan que piensan que “a veces”, “raras veces” y “nunca” reconocen sus esfuerzos, se puede decir que no es mucha la frecuencia con la que son reconocidas.



**Personal Masculino:** casi la mitad del personal encuestado respondió que se reconoce su esfuerzo. El 33,3% sostiene que su esfuerzo se reconoce “raras veces” y un 6,6% contestó que eso “nunca” sucede. Sólo un 13,33% manifiesta que “casi siempre” es reconocida su labor.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal femenino siente ligeramente más reconocido en su tarea, con respecto al personal masculino.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no hay diferencia entre los grupos etarios de las mujeres que respondieron sobre si son reconocidas o no por los pacientes y sus familiares.

Con respecto al personal masculino: no se observan diferencias significativas.

Pregunta:

**¿Algunas conductas de los pacientes dificultan su trabajo? Si es así ¿Cuáles? ¿De qué manera?**

Varios enfermeros y enfermeras coinciden que algunos pacientes dificultan su trabajo debido a que muchos de ellos están intoxicados, son agresivos, se niegan a recibir los tratamientos y no respetan las normas del hospital o no están bien instruidos. En menor medida, algunos contestaron que se debe a familiares poco colaboradores, que tienen dificultad para controlar a los pacientes, que no pueden ingresar a veces a las habitaciones porque están contaminadas de humo por pacientes que fuman, dificultad para medicarlos y por la prolongación de su internación.

Entrevista

La Titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo nos aportó información respecto al comportamiento de los pacientes y sus familiares dentro del hospital.

Según su descripción, la mayoría de ellos no generan inconvenientes para los enfermeros y los empleados en general, entendiendo en muchas ocasiones los problemas que tiene el hospital para atenderlos y aceptan la convivencia con pacientes delincuentes o adictos.

Sin embargo, la profesional deduce que por cuestiones sociales o condiciones de vida de los pacientes o sus familiares, un número considerable de ellos tienen malos comportamientos y hasta a veces generan problemas para el personal. Entre las malas actitudes, mencionó que algunos de los familiares tienen exigencias desmesuradas. También hay familiares que filman con sus celulares, para obtener muestras de la atención dentro del hospital. Eso puede llegar a traer perjuicios al hospital, y genera mucha tensión y estrés en los enfermeros, porque quedan expuestos a potenciales problemas legales. Estos familiares pueden estar siendo influidos por algunos abogados que suelen llegar al hospital con el fin de ofrecer sus servicios para sacar provecho haciendo juicios. Ante estas problemáticas, los superiores y profesionales del Departamento de Enfermería, aconsejan a los enfermeros que tengan precaución y que se comporten con cautela.

Pregunta:

**Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.**

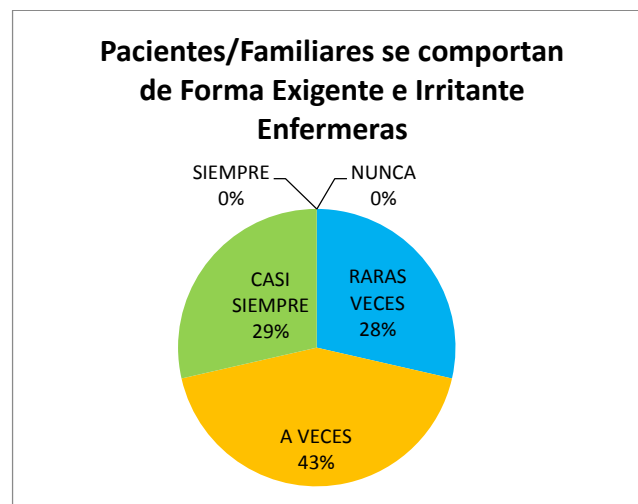
Personal Masculino

Nunca	-
Raras veces	5 (33,3%)
A veces	6 (46,66%)
Casi siempre	2 (13,33%)
Siempre	2 (13,33%)

Personal Femenino

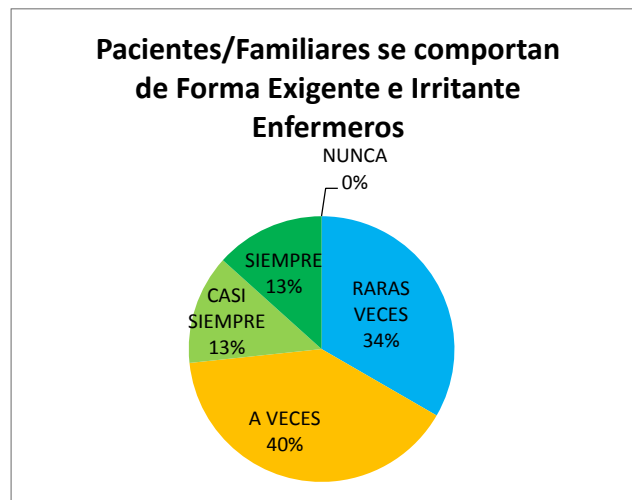
Nunca	-
Raras veces	6 (28,5%)
A veces	9 (42%)
Casi siempre	6 (28,5%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** cuando se les preguntó a las enfermeras si los pacientes y sus familiares tenían exigencias excesivas y comportamientos irritantes, menos de la mitad de ellas (43%) respondió que a veces lo son, seguido del porcentaje parejo entre las que respondieron que casi siempre lo son (29%) y las que dijeron que raras veces actúan así. Se puede decir que existe una frecuencia moderada de las veces que los pacientes y familiares son excesivamente exigentes o irritantes con los enfermeros que los atienden.





**Personal Masculino:** el 40% de las respuestas indican que a veces los pacientes y familiares tienen comportamientos exigentes e irritantes. El 13% de los encuestados ve que esto ocurre casi siempre y un 13% ve que esto ocurre siempre. En cambio, un 33% sostiene que esto raras veces ocurre.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

No hay una diferencia significativa en este ítem.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto a Personal Femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto si los pacientes y sus familiares son exigentes e irritantes o no.

Con respecto al Personal Masculino: no se observan diferencias significativas

Pregunta:

**¿Alguna vez fue agredido física o verbalmente por algún paciente o familiar de este?**

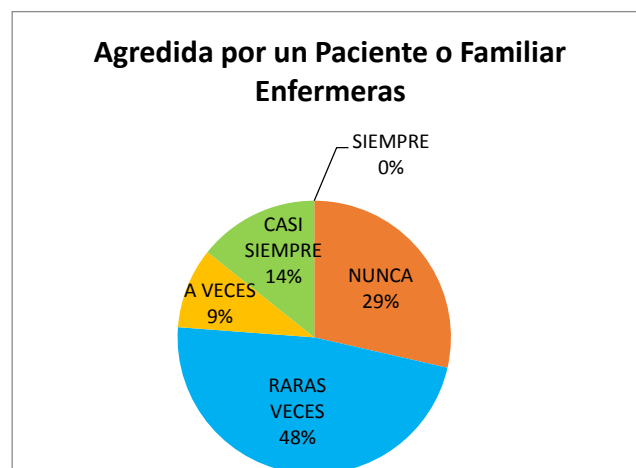
**Personal Masculino**

Nunca	3 (20%)
Raras veces	4 (26,66%)
A veces	6 (40%)
Casi siempre	1 (6,66%)
Siempre	1 (6,66%)

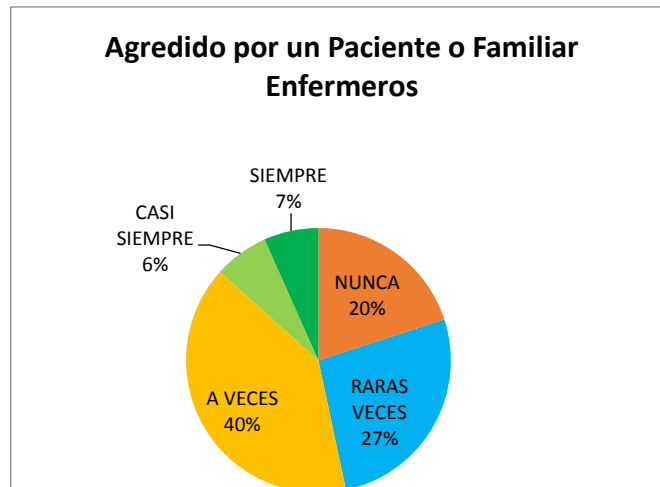
**Personal Femenino**

Nunca	6 (28,5%)
Raras veces	10 (38%)
A veces	3 (14,2%)
Casi siempre	2 (9,5%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** si bien la frecuencia con la que las enfermeras fueron agredidas por un paciente o familiar se encuentra bastante dividida en las respuestas de las enfermeras, sin embargo es alta la cantidad de enfermeras que al menos una vez fue agredida por ellos. La mitad de ellas (48%) contestó que raras veces los pacientes o familiares tornaron agresivos, seguido de las que respondieron que nunca fueron agredidas (29%), un 14% respondió que casi siempre son agredidas por pacientes o familiares, mientras que un 9% de ellas contestó que a veces suele ser agredida por ellos.



**Personal Masculino:** el 40% del personal encuestado reporta a veces haber sufrido agresiones, en tanto que un 6% habla de siempre y otro 6% responde que esto sucede siempre. Un 26% de los encuestados sostienen que esto raras veces ocurre y un 20% del personal dice no haber sido agredido.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal masculino manifiesta haber sido agredido en mayor proporción al personal femenino.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

El personal menor de 40 años manifiesta haber sido agredido en mayor proporción que el personal mayor a 40 años de edad.

## Entrevista

Respecto a las agresiones de pacientes hacia enfermeros, la Titular señala que la principal causa está relacionada con los pacientes que son adictos a sustancias tóxicas. Desde esta problemática principal, surgen otros problemas vinculados a esta.

Los pacientes adictos presentan características más agresivas en su comportamiento a comparación de los pacientes que no lo son. Principalmente, cuando llegan al hospital, entran en estado de abstinencia, lo que hace aumentar significativamente los actos violentos.

La Titular afirma que la situación se agrava cuando algunos de los familiares de este tipo de pacientes, les traen de forma oculta, estas sustancias al hospital.

## Observación

Si bien, en el transcurso de la observación no detectamos agresiones explícitas de los pacientes o sus familiares hacia los enfermeros, presenciamos cómo una persona externa al hospital -la cual no pudimos identificarla como paciente o acompañante de paciente- se mostró excesivamente demandante por captar la atención de la titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo, la cual nos guiaba en la observación. Esta situación nos produjo sensación de inseguridad y temor. Esta persona se mostraba potencialmente agresiva cuando daba fuertes golpes en la puerta del pasillo.

En las encuestas, pocos participantes respondieron haber sido defendidos por el personal de seguridad. Sin embargo, en el momento de la observación, nadie estaba vigilando la entrada y salida de personas a las salas de internaciones.

Pregunta:

**Ante cualquiera de los dos tipos de agresiones ¿Se sintió protegido o defendido? ¿Por quién?**

Varios enfermeros y enfermeras coinciden que algunos pacientes dificultan su trabajo debido a que muchos de ellos están intoxicados, son agresivos, se niegan a recibir los tratamientos y no respetan las normas del hospital o no están bien instruidos.

Entrevista

Tratándose de pacientes adictos a sustancias nocivas, la Titular explica, que la mayoría de ellos notifica su carácter de adicción. Esto es muy común en el hospital, ya que no existen prejuicios al respecto en la institución. Para contener su agresión, se toman medidas de seguridad y se los amarra a la cama o se los medica.

Cuando fallan estas medidas, y de todas formas los enfermeros son agredidos por estos pacientes, la titular comenta que ellos se recuperan del impacto emocional y continúan trabajando normalmente al transcurrir el tiempo.

Cuando hay que atender a pacientes presidiarios, siempre hay presencia policial. Según las patologías, el nivel de peligrosidad y el tratamiento requerido que tenga cada presidiario, los policías hacen guardia adentro de la habitación o afuera.

La Titular también afirma que, los supervisores constantemente están atentos a la seguridad de los enfermeros, vigilan que los profesionales no sean agredidos. Entre una de las medidas que toman, es la reorganización de la atención de estos pacientes, procurando que los enfermeros que ya hayan sido agredidos, no tengan que volver a atenderlos. También, los superiores hacen entender a los enfermeros que ellos no son responsables de las conductas de los pacientes agresivos, presidarios o adictos.

A pesar de estas medidas de contención, no hay profesionales de seguridad que vigilen la salida y entrada de personas a las salas de internaciones, provocando en todo el personal de enfermería sentimientos de temor ante robos – que ya han ocurrido-, asaltos e inseguridades en general.

## La actual configuración del tiempo de trabajo

### Pregunta:

**¿Se encuentra Ud. satisfecho/a con la cantidad de horas diarias y días a la semana de trabajo asignados?**

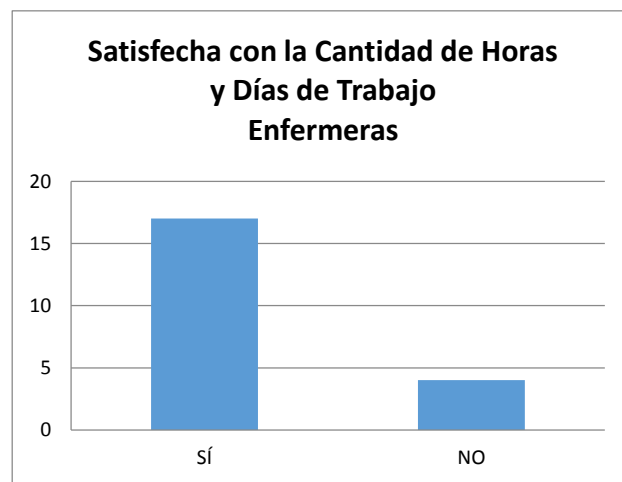
#### Personal Masculino

Sí	14 (93,3%)
No	1 (6,66%)

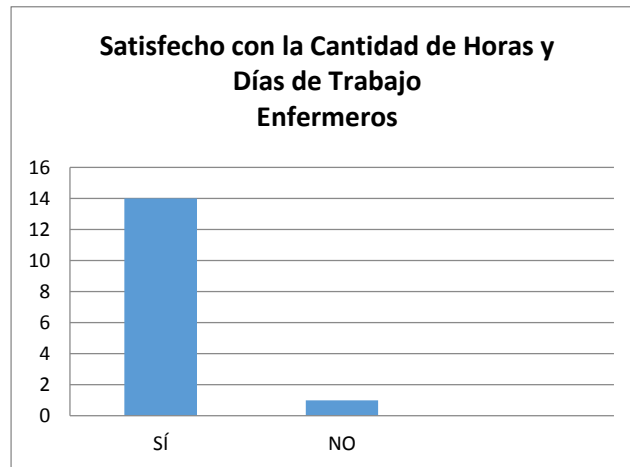
#### Personal Femenino

Sí	17 (80,9%)
No	4 (19%)

**Personal Femenino:** con respecto a la cantidad de horas y días de trabajo en la semana, la gran mayoría de las enfermeras (17) contestó que está satisfecha, mientras que solamente 4 de ellas respondió que no lo está. Por lo tanto se puede deducir que es alta la satisfacción de las enfermeras por la cantidad de tiempo de trabajo.



**Personal Masculino:** casi la totalidad de los encuestados se siente satisfecho con las horas y días de trabajo que se asignan; sólo un 6% respondió no sentirse satisfecho con la configuración del tiempo de trabajo.



### Análisis de acuerdo al Sexo

La gran mayoría de los encuestados de enfermeros (sobre todo estos) y enfermeras están satisfechos con la configuración del tiempo de trabajo. Coinciden en que las razones de su satisfacción respecto a la cantidad de tiempo que trabajan son: descanso adecuado, poder realizar otras actividades, pasar más tiempo con su familia y dedicarse mejor al trabajo.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a la satisfacción con la cantidad de horas días de trabajo. De forma casi unánime respondieron que están satisfechas con la configuración del tiempo de trabajo.

Con respecto al Personal Masculino: tanto los menores como mayores de 40 años están satisfechos con la cantidad de días y horas de trabajo.



## Entrevista

La Titular corrobora los datos de las encuestas. Los enfermeros están, en su gran mayoría, muy satisfechos con el horario de trabajo. La causa de esta satisfacción es la aprobación del “Proyecto de 120 horas” el pasado mes de noviembre.

Este proyecto, confeccionado por un grupo de enfermeras del hospital, consiste en un total de 120 horas de trabajo mensuales, y por acuerdo con autoridades, 20 horas de capacitación. Los enfermeros deben cumplir con una cantidad de 10 guardias mensuales. La carga horaria por cada una de estas guardias se aumentó, pero el beneficio consiste en el aumento de francos. Es decir que por cada 2 guardias hechas en la semana, corresponde a cada enfermero 4 días de descanso.

La Titular, afirma que fueron varios los beneficios producto de la implementación de este proyecto: disminución significativa de carpetas médicas, reducción de reclamos por cansancio, mejor provecho del tiempo de cada enfermero para su vida personal y mejor organización del tiempo dentro y fuera del hospital.

Pregunta:

**¿Con qué frecuencia siente la necesidad de realizar pausas durante el horario de trabajo?**

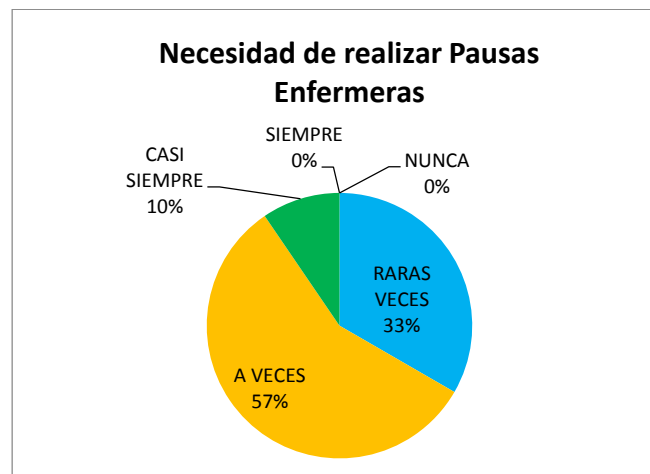
**Personal Masculino**

Nunca	-
Raras veces	4 (26,66%)
A veces	9 (60%)
Casi siempre	2 (13,33%)
Siempre	-

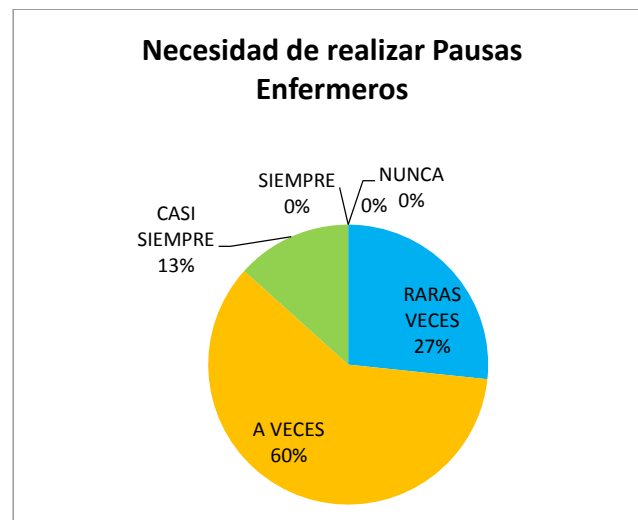
**Personal Femenino**

Nunca	-
Raras veces	7 (33,3%)
A veces	12 (57,14%)
Casi siempre	2 (9,5%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** ante la necesidad de hacer pausas en el horario de trabajo, más de la mitad (57%) contestó que necesita hacerlas “a veces”, seguido de las que “raras veces” sienten la necesidad de hacer pausas (33%), y las restantes (10%) respondieron que “casi siempre” tienen la necesidad de hacer pausas. Por lo tanto no se observa que la mayoría de las enfermeras necesiten hacer pausas reiteradamente.



**Personal Masculino:** el 60% de los encuestados sostiene que “a veces” siente la necesidad de hacer pausas durante la jornada laboral. Un 13% dice que “casi siempre” necesita realizar pausas. Sólo un 26% del personal respondió que “raras veces” siente la necesidad de realizar pausas para descansar. Tampoco se observa que los enfermeros tengan necesidad de hacer un gran número de pausas en el horario de trabajo.



### Análisis de acuerdo al Sexo

No hay diferencias significativas respecto a los grupos etarios.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a la frecuencia de necesidad de hacer pausas.

Con respecto al personal masculino: no existen diferencias significativas.

Pregunta:

**¿Considera Ud. que las situaciones de urgencia y dificultades personales son consideradas a la hora de planificar los horarios de trabajo?**

**Personal Masculino**

Sí	5 (33%)
No	10 (66%)

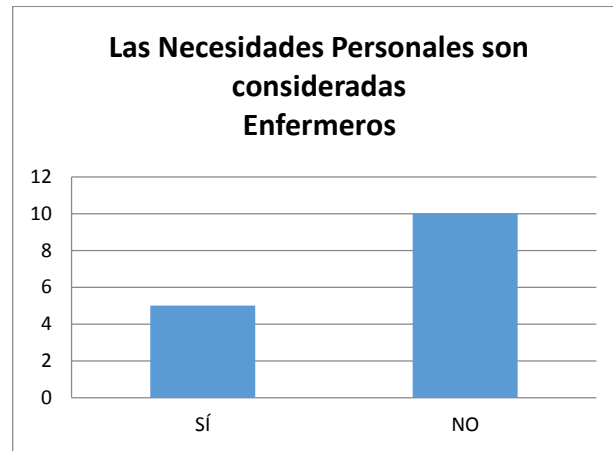
**Personal Femenino**

Sí	12 (57,14%)
No	9 (42%)

**Personal Femenino:** por último, respecto a la configuración temporal de trabajo, preguntamos si las situaciones de urgencia personales de cada enfermero eran tomadas en cuenta a la hora de planificar los horarios de trabajo (trámites, enfermedad de algún familiar). Las respuestas de las enfermeras se da un poco dividida, ya que 12 de ellas respondió que “sí” se tienen en cuenta sus urgencias personales pero 9 de ellas contestó que esto “no” es así.



**Personal Masculino:** 2/3 del personal respondió que sus necesidades personales “no” son tenidas en cuenta. Sólo un tercio contestó afirmativamente.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

Se observa que el personal femenino considera en mayor proporción al masculino que sus consideraciones son tenidas en cuenta a la hora de planificar los horarios de trabajo.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a si las necesidades personales con consideradas al momento de configurar el horario de trabajo.

Con respecto al personal masculino: el personal mayor de 40 años considera en mayor proporción que los menores de esta edad, que se tienen en cuenta sus necesidades personales al momento de configurar el horario de trabajo.

## Respecto a la calidad de vida laboral en general

### Pregunta:

**¿Considera Ud. que el trabajo que realiza repercute en su salud personal?**

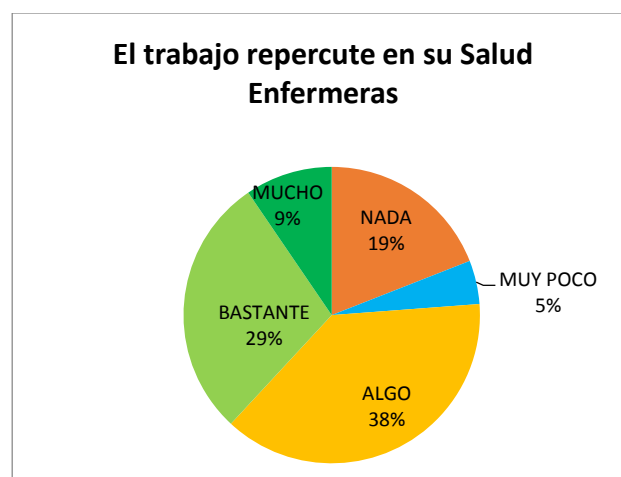
#### Personal Masculino

Nada	-
Muy poco	4 (25%)
Algo	4 (25%)
Bastante	4 (25%)
Mucho	4 (25%)

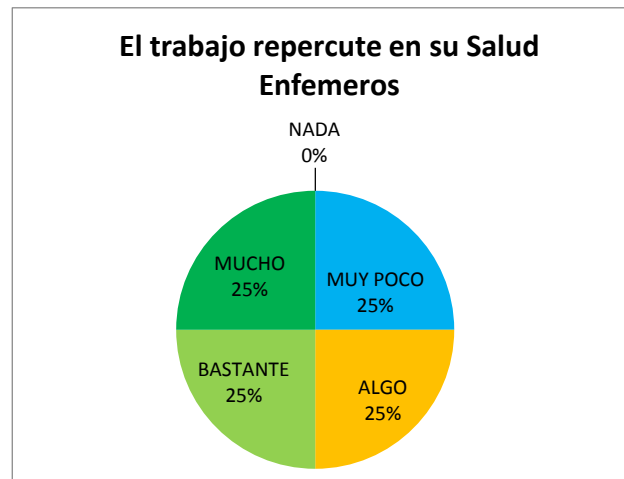
#### Personal Femenino

Nada	4 (19%)
Muy poco	1 (4,76%)
Algo	8 (38%)
Bastante	6 (28%)
Mucho	2 (9,5%)

**Personal Femenino:** un número importante de enfermeras siente que su salud es repercutida negativamente por el trabajo. Si bien el 38% de ellas respondió que a veces siente que esto es así, un 28% de ellas contestó que el trabajo repercute negativamente sobre su salud, un 19% respondió que no siente que su trabajo afecte a su salud, seguido de las que dijeron que el trabajo afecta “mucho” a su salud (9,5%), y en mínimas proporciones el 5% respondió que el trabajo les afecta “muy poco” a su salud. Se puede observar en estos porcentajes que hay indicios significativos, por los cuales las enfermeras sienten que el trabajo repercute en su salud.



**Personal Masculino:** si algo está claro en el análisis es que todo el personal ve alguna repercusión del trabajo en su salud. Ningún enfermero respondió que el trabajo no afecta su salud, en tanto el resto de las categorías: “muy poco”, “algo”, “bastante” y “mucho” tienen por igual un 25% de adhesión.



### Análisis de acuerdo al Sexo

A diferencia del personal femenino, que manifestó en una proporción correspondiente al 19% de personas encuestadas que el trabajo no repercute en su salud, todo el personal masculino respondió afirmativamente que su salud SÍ se ve repercutida, en menor o mayor medida.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: existe una tendencia un poco definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a si el trabajo repercute en su salud. Sin embargo, la mayoría de las enfermeras de entre 41 y 57 años siente que el trabajo influye negativamente en su salud.

Con respecto al personal masculino: los empleados menores de 40 años ven mayor repercusión del trabajo en su salud que los mayores de 40 años.

## Entrevista

La principal causa de carpetas médicas por problemas psicológicos es la depresión. Hubo un caso de suicido entre el personal de enfermería.

Otros trastornos psicológicos que observa la Titular de Capacitación y Desarrollo en general, son la ansiedad y la paranoia, de enfermeros que sufrieron agresiones o que presenciaron una situación de agresión dentro del hospital.



Pregunta:

**¿Siente que el ambiente o algunas tareas laborales le provocan irritabilidad o mal humor?**

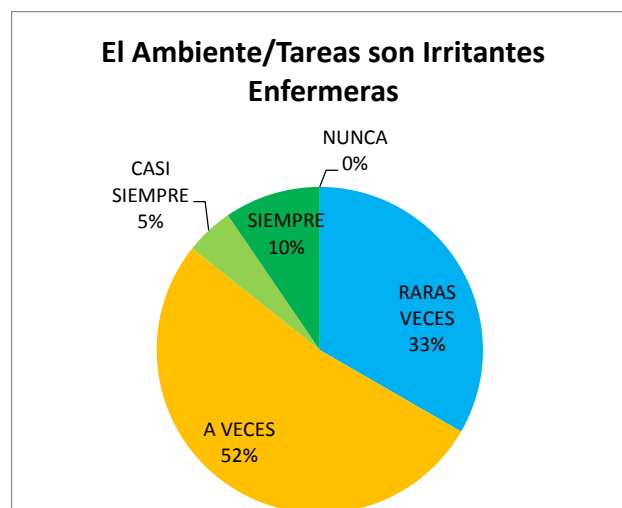
**Personal Masculino**

Nunca	-
Raras veces	4 (25%)
A veces	10 (62,5%)
Casi siempre	-
Siempre	2 (12,5%)

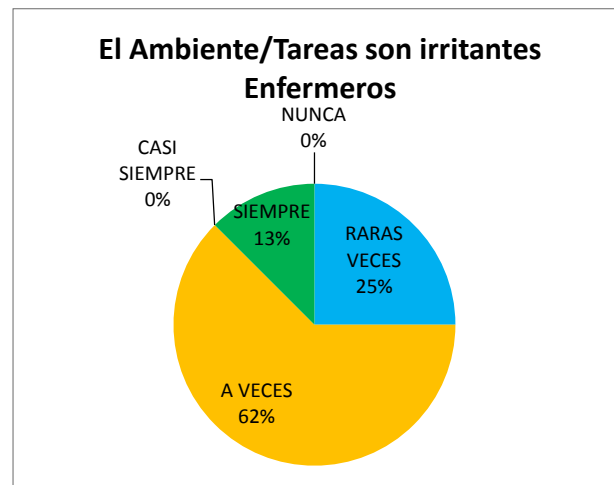
**Personal Femenino**

Nunca	-
Raras veces	7 (33,3%)
A veces	11 (52,3%)
Casi siempre	1 (4,76%)
Siempre	2 (9,5%)

**Personal Femenino:** la mitad de las encuestadas (52%) dijo que “a veces” el ambiente y las tareas laborales le provocan irritabilidad o mal humor. Luego las que respondieron que “raras veces” las tareas o el ambiente le provocan irritabilidad (33%). Seguido en menor cantidad, las que respondieron que el ambiente y las tareas “siempre” les provocan irritabilidad (10%) y las que “casi siempre” sienten que esto es así (5%). Se puede decir que de forma moderada, las tareas y el ambiente producen irritabilidad en las enfermeras.



**Personal Masculino:** la mayoría del personal encuestado respondió que “a veces” el ambiente de trabajo o las tareas son irritantes (62%). El 12,5% contestó que estos factores “siempre” son irritantes. A diferencia de eso, un 25% dijo que “raras veces” el ambiente de trabajo o las tareas son irritantes. Se observa que en algunos casos el personal masculino siente que las tareas les provocan irritabilidad.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

No se observan diferencias significativas.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a si las tareas son irritantes.

Con respecto al personal masculino: el personal menor de 40 años respondió en una proporción levemente mayor, que el ambiente de trabajo y/o las tareas son irritantes en comparación al personal mayor a los 40 años de edad.

Pregunta:

**¿Cómo es el nivel de ausentismo que usted ve en el área de enfermería del hospital, por causa de carpetas médicas o enfermedades producto del trabajo?**

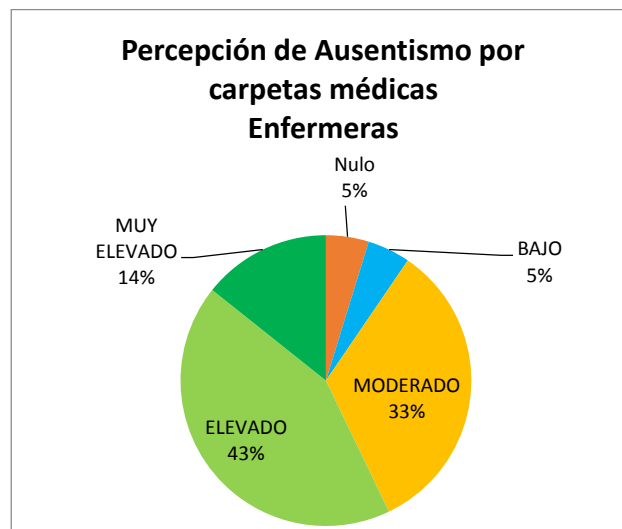
**Personal Masculino**

Prácticamente Nulo	-
Bajo	2 (13%)
Moderado	5 (33%)
Elevado	7 (47%)
Muy elevado	1 (7%)

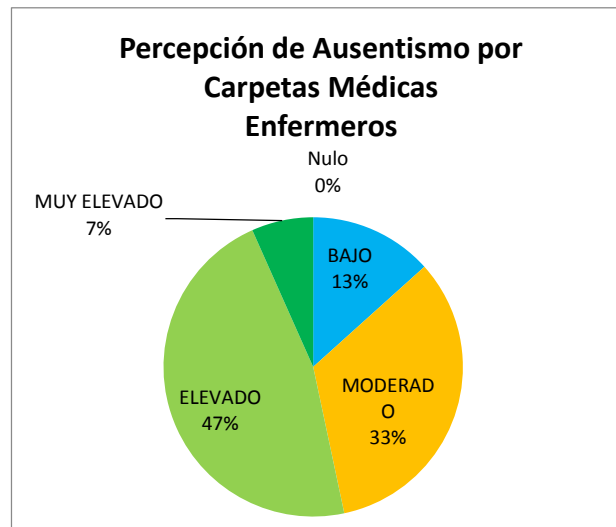
**Personal Femenino**

Prácticamente Nulo	1 (4,76%)
Bajo	1 (4,76%)
Moderado	7 (33,3%)
Elevado	9 (42%)
Muy elevado	3 (14,2%)

**Personal Femenino:** con respecto a la percepción de la cantidad de ausentismo por carpetas médicas, un número significativo de enfermeras percibe que es alta. Esto se puede observar en las respuestas que dieron las enfermeras, de que el ausentismo por carpetas médicas es “elevado” (43%) y las que piensan que es “muy elevado” (14%). El resto de las enfermeras observa que el número de carpetas médicas es “moderado” (33%), seguido con el mismo porcentaje de las que observan que es “bajo” (5%) y las que perciben que es “prácticamente nulo” (5%).



**Personal Masculino:** el 47% de las respuestas de los enfermeros, afirman que el ausentismo que se observa es elevado. Un 7% lo ve “muy elevado”. En tanto el 33% de los encuestados ve un ausentismo “moderado”, y el 13% restante lo ve “bajo”.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal femenino ve en mayor proporción ausentismo a diferencia del personal masculino.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto al ausentismo por carpetas médicas. Las respuestas se dan de forma bastante unánime.

Con respecto al personal masculino: no se observa discrepancia de criterios entre mayores y menores de 40 años de edad.

#### Entrevista

La Titular de Capacitación y Desarrollo, admite que, a pesar de la aplicación efectiva del “Programa de 120 horas”, el ausentismo se redujo por carpetas médicas, pero sigue siendo elevado.

Pregunta:

**El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.**

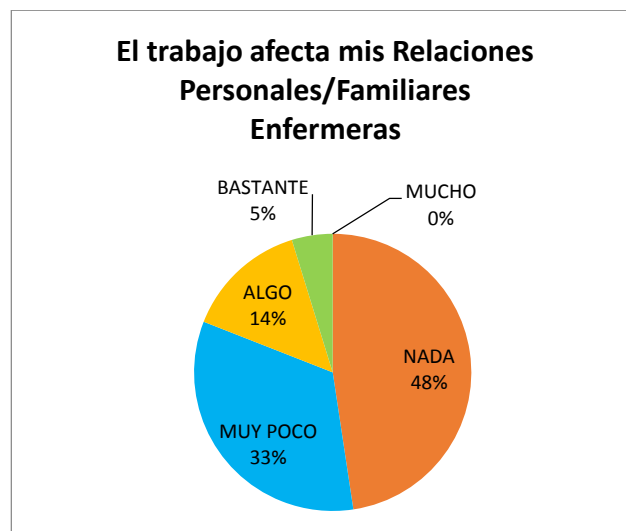
Personal Masculino

Nada	1 (6,25%)
Muy poco	7 (43,75%)
Algo	6 (37,25%)
Bastante	1 (6,25%)
Mucho	1 (6,25%)

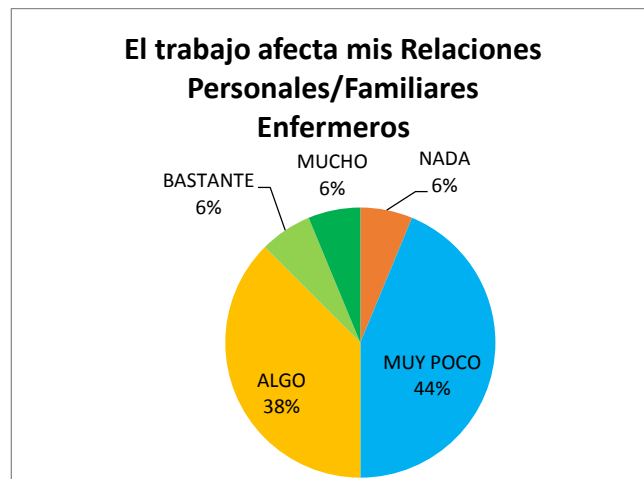
Personal Femenino

Nada	10 (47,6%)
Muy poco	7 (33,3%)
Algo	3 (14,28%)
Bastante	1 (4,76%)
Mucho	-

**Personal Femenino:** el ambiente y las actividades del trabajo, no llegan a interferir con la vida familiar y personal de las enfermeras. Esto se puede observar en que casi la mitad de la muestra de enfermeras (48%) indica que esto “nunca” sucede, seguido de un 33% que respondió que el trabajo afecta “muy poco” a su vida familiar y personal. En pocas cantidades algunas enfermeras respondieron que el trabajo les afecta en “algo” (14%) su vida familiar y personal y en mínimas proporciones las que perciben que el trabajo influye “bastante” en su vida familiar y personal (5%). Por lo tanto no se percibe que el trabajo afecte de manera significativa a las relaciones personales de las enfermeras.



**Personal Masculino:** sólo el 6% de encuestados contestó que el trabajo no afecta sus relaciones personales y familiares. El resto de los empleados contesta en alguna proporción que eso ocurre, la mayoría habla de que el trabajo afecta “muy poco” (44%). El 38% dice que el trabajo les afecta “algo”. Un 6% sostiene que eso ocurre “bastante” y el 6% restante siente que el trabajo afecta “mucho” a sus relaciones personales y familiares. Se observa que existe un índice medio de enfermeros que sienten que el trabajo afecta a sus relaciones personales.



#### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal masculino manifiesta en mayor medida que el trabajo afecta sus relaciones familiares y personales.

#### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: si bien en general las enfermeras no sienten que el trabajo afecte de forma negativa su vida personal y familiar, existe una tendencia un poco definida de respuestas. Las enfermeras mayores de 43 años sienten que el trabajo afecta sus relaciones personales más que las de menor edad.

Con respecto al personal masculino: el personal menor de 40 años ve en mayor proporción al personal mayor de 40 años que sus relaciones personales y familiares están siendo afectadas por el trabajo.

Pregunta:

**Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.**

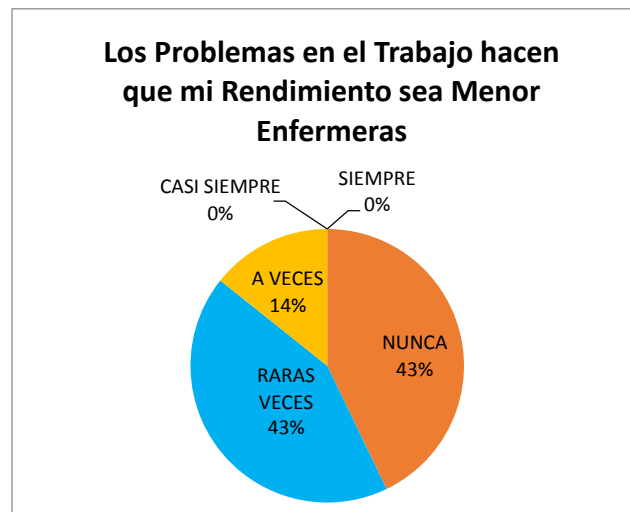
**Personal Masculino**

Nunca	2 (12,5%)
Raras veces	7 (43,75%)
A veces	4 (25%)
Casi siempre	-
Siempre	3(18,75%)

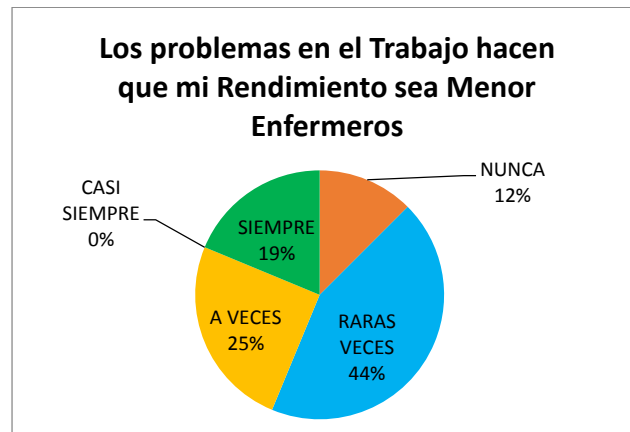
**Personal Femenino**

Nunca	9 (42%)
Raras veces	9 (42%)
A veces	3 (14,28%)
Casi siempre	-
Siempre	-

**Personal Femenino:** según la percepción de las enfermeras encuestadas, los problemas que se dan a causa del trabajo no afectan en mayor medida su desempeño. Divididas en partes iguales, se encuentran la cantidad de enfermeras que respondieron que, ante problemas laborales, su desempeño “nunca” es menor (43%) y las que respondieron que ante estos problemas su desempeño “raras veces” es menor (43%). En menor proporción se encuentran las enfermeras que sienten que ante problemas en el trabajo su desempeño disminuye “a veces” (14%).



**Personal Masculino:** el 43% del personal respondió que “raras veces” los problemas en el trabajo hacen que su rendimiento sea menor. Un 25% dice que esto sucede “a veces”. Esto ocurre “siempre” según el 19% de las respuestas, mientras que sólo un 12% responde que eso “nunca” sucede. Se observa una cantidad moderada de enfermeros que sienten que su rendimiento es menor cuando hay problemas en el trabajo.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal masculino se ve más afectado en el rendimiento por causa de problemas en el trabajo.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a si los problemas en el trabajo hacen que el rendimiento sea menor. Las respuestas son bastante uniformes.

Con respecto al personal masculino: los problemas en el trabajo afectan más a los trabajadores menores de 40 años de edad.



Pregunta:

**¿Con qué frecuencia se siente exhausto/a al finalizar la jornada laboral?**

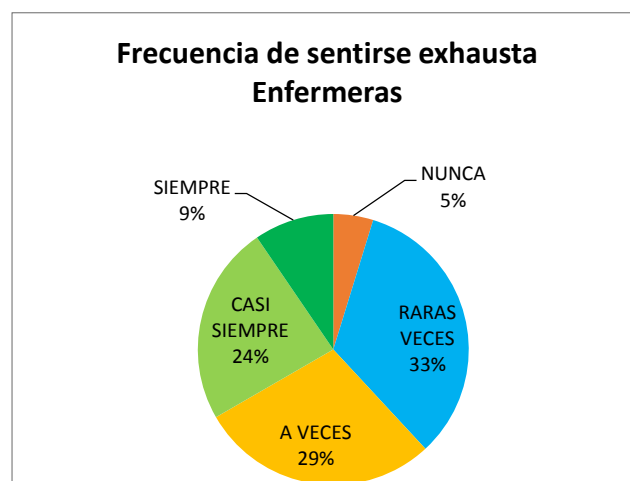
Personal Masculino

Nunca	-
Raras veces	4 (25%)
A veces	9 (56,25%)
Casi siempre	-
Siempre	3 (18,75%)

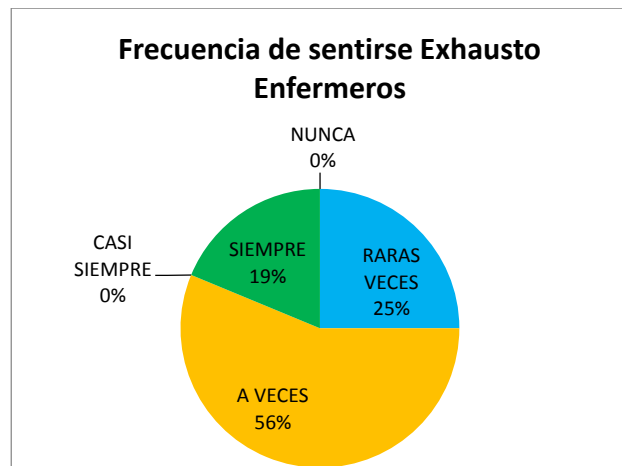
Personal Femenino

Nunca	1 (4,7%)
Raras veces	7 (33,3%)
A veces	6 (28,5%)
Casi siempre	5 (23,8%)
Siempre	2 (9,5%)

**Personal Femenino:** de forma un poco pareja hay enfermeras que dicen sentirse exhaustas y hay otras que dicen no sentirse así al finalizar la jornada de trabajo. En porcentajes no muy diferentes se encuentran las enfermeras que dicen sentirse “raras veces” exhaustas (33%), las que dicen que “a veces” se sienten así (29%) y las que contestaron que “casi siempre” se sienten así al terminar el horario de trabajo. En menores proporciones se encuentran las encuestadas que respondieron que “siempre” se sienten exhaustas y las que “nunca” se sienten exhaustas en una mínima proporción (5%).



**Personal Masculino:** más de la mitad de los trabajadores (56%) “a veces” se sienten exhaustos al finalizar la jornada laboral. Un 19% respondió que “siempre” se siente exhausto mientras que un 25% de los encuestados contestó que “raras veces” ocurre esto. Se observa una cantidad media de enfermeros que se sienten exhaustos al finalizar la jornada.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal masculino manifiesta sentirse un poco más exhausto que el personal femenino.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a la frecuencia con la que se sienten exhaustas. Las enfermeras mayores de 41 años se suelen sentir más exhaustas que las enfermeras menores a esta edad.

Con respecto al personal masculino: no existe diferencia entre los grupos etarios de los hombres.

Pregunta:

**¿Sintió alguna vez que su vida, integridad física o mental corriera peligro?**

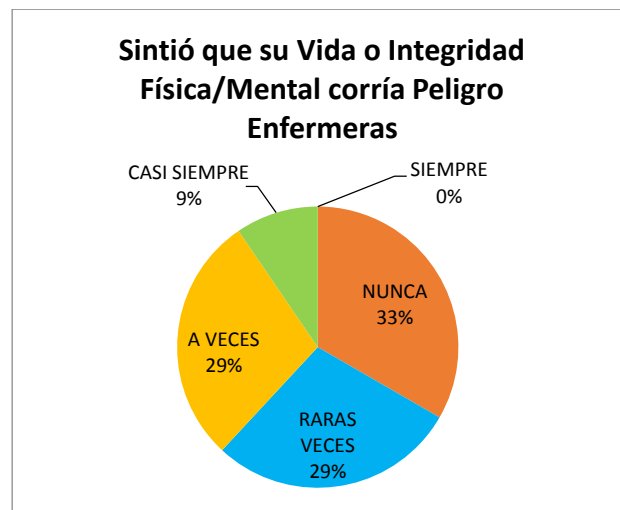
**Personal Masculino**

Nunca	4 (25%)
Raras veces	7 (43,75%)
A veces	3 (18,75%)
Casi siempre	1 (6,25%)
Siempre	1 (6,25%)

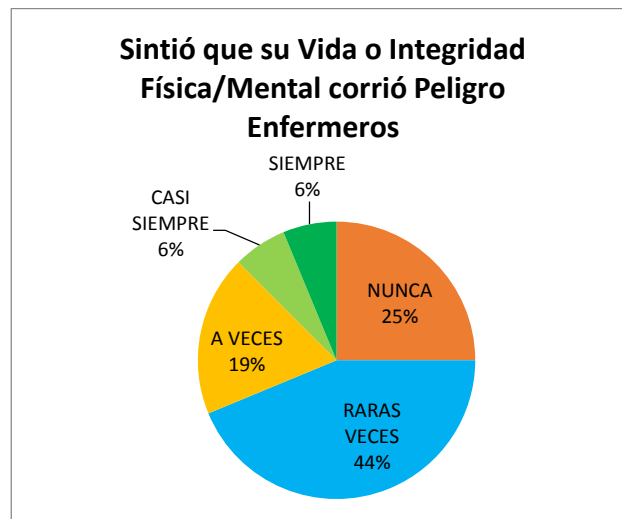
**Personal Femenino**

Nunca	7 (33,3%)
Raras veces	6 (28,5%)
A veces	6 (28,5%)
Casi siempre	2 (9,5%)
Siempre	-

**Personal Femenino:** encontramos que es significativamente alta la cantidad de enfermeras que al menos una vez sintió que su vida corrió peligro en el lugar de trabajo. Sin embargo, la frecuencia se encuentra pareja, entre las enfermeras que contestaron que “raras veces” su vida, integridad física o mental corrió peligro (29%), las que sintieron que “a veces” su vida corre peligro (29%), y las que “casi siempre” sienten que su integridad física y mental se encuentra amenazada (9%). Por otra parte también están las que dicen “nunca” haber sentido que su vida y su integridad física o mental haya corrido peligro (29%).



**Personal Masculino:** el 44% del personal respondió que “raras veces” sintió que su integridad física y mental corrió peligro en el ámbito del trabajo. Un 25% afirmó que esto “nunca” ha sucedido. En tanto, algunas respuestas fueron afirmativas: con un 19% de respuestas “a veces”, un 6% “casi siempre” y un 6% restante que afirma “siempre” su vida e integridad física y mental corre peligro. La gran mayoría de los enfermeros, por lo menos alguna una vez, sintió que su vida, integridad física y mental corriera peligro.



### Análisis de acuerdo al Sexo

El personal femenino ha sentido, en una proporción un poco mayor que el personal masculino, que su vida, integridad física y mental, corriera peligro.

### Análisis de acuerdo a rangos de edad

Con respecto al personal femenino: no existe una tendencia definida de respuestas según los grupos etarios de las enfermeras respecto a si sus vidas o su integridad física y mental corrieron peligro alguna vez.

Con respecto al personal masculino: el personal menor de 40 años ha respondido en mayor proporción que el personal mayor de 40 años de edad que siente que su vida o integridad mental/física ha corrido peligro.

## Conclusiones

En el análisis de investigación, a partir de la observación, entrevista y cuestionarios, recolectamos datos de las variables: “Insumos y Recursos”, “Las relaciones”, “La actual configuración del tiempo de trabajo” y “Estrés”.

En esta conclusión, se cumplen con los objetivos planteados al inicio de la investigación: contrastar los resultados más significativos de estas variables con la hipótesis de investigación para aceptarla o rechazarla y descubrir si existen parámetros que indiquen diferencias entre sexos y grupos etarios.

Subdividimos las variables en otros subtítulos, como en el análisis, con el fin de detallar las deducciones.

Por último, realizamos un análisis de los factores para hablar de las similitudes y diferencias según corresponda, de acuerdo con el sexo y la edad de los trabajadores.

## Insumos y recursos

La variable “Insumos y recursos” se presenta en este trabajo, con el fin de descubrir si la disponibilidad en cantidad y calidad de recursos está ocasionando estrés laboral en los enfermeros.

Durante la realización del Pre diagnóstico, detectamos que la provisión de los insumos y recursos en tiempo y forma no se estaba realizando de acuerdo a lo estipulado en los protocolos. Después del trabajo de investigación desarrollado, se observa que este factor se constituye como un agente estresor que merma la calidad de trabajo del personal de enfermería y la salud de los trabajadores. Este factor estresor organizacional está vinculado al grado de control de la tarea. Los empleados cargan una responsabilidad por la tarea que no pueden cumplir, que debe ser realizada muchas veces en apremios de tiempo por la especialidad de atención de Urgencias y Emergencias del hospital. No disponer de insumos y recursos en tiempo y forma, compromete el cuidado de la salud de las personas que el equipo de enfermería tiene a cargo, esto hace que no puedan cumplir totalmente con su compromiso y vocación profesional, ya que al no poder controlar estas variables en su trabajo ve disminuida su autonomía. Este conjunto de cuestiones, favorecen la existencia de sensaciones de impotencia y frustración, porque el trabajador no puede controlar todo lo que sucede en la órbita de su trabajo.

Si bien existe una cierta regularidad que marca que alrededor del 50% de las veces el personal cuenta con los elementos, el 50% restante habla de que muchas veces los trabajadores deben improvisar y buscar alternativas para poder realizar su labor. Esta situación se repite y, con frecuencia, sólo a veces se soluciona.

Además, hay que tener en cuenta que el personal de enfermería debe padecer con frecuencia la molestia e irritabilidad no sólo de pacientes sino también de familiares, provocada por la falta de insumos. Por lo tanto, la disponibilidad en tiempo y forma de insumos no sólo estresa al trabajador desde el aspecto de no poder realizar su tarea correctamente sino que también dificulta la convivencia en un clima de armonía entre trabajadores – pacientes – familiares. El deterioro del clima laboral puede favorecer que se produzcan enfrentamientos/fricciones entre distintos grupos de personas y se genere una atmósfera de hostilidad.

## Infraestructura

Esta sección está incluida en la variable “Insumos y recursos”, y tiene por fin averiguar si la infraestructura del Hospital de Urgencias y principalmente el lugar de trabajo de los enfermeros, es un factor estresor para ellos.

En la observación se detectó que el estado actual de la infraestructura presenta deficiencias no sólo a nivel edilicio, sino también de los componentes tecnológicos que conforman las instalaciones.

El estado actual de la infraestructura no es bueno de acuerdo al criterio de la amplia mayoría de los trabajadores encuestados. En términos de ergonomía, esto puede verse claramente en el ejemplo de la falta de camas ortopédicas, lo que lleva a los enfermeros a realizar tareas de alta exigencia física, sobretodo en el caso de pacientes con movilidad reducida y personas con sobrepeso. Otro aspecto que tiene influencia y es perjudicial para el trabajador es el de los pasillos estrechos, lo que significa que el tráfico de personas y los desplazamientos no son cómodos ni fluidos. Eso implica que el desempeño de las tareas de enfermería se ve entorpecido la gran mayoría de las veces. Otro elemento de riesgo del medio ambiente biológico que se suma es el de los residuos patógenos, expuestos en pasillos -como se evidenció en la observación- sin las medidas de protección adecuadas, por negligencia o procedimientos inadecuados del personal encargado de la limpieza y tratamiento de los desechos. Realizar la labor profesional en un medio ambiente que no brinda condiciones óptimas para la salud y la seguridad de los trabajadores significa un esfuerzo extra, por que el trabajador debe tolerar condiciones adversas para su trabajo (requiere más energía y concentración, y muchas veces debe tener cuidado de lesionarse por causa mobiliario en mal estado y chapas sueltas, tal cual lo manifestaron los trabajadores en la encuesta). Al menos un tercio de los trabajadores encuestados ha sufrido alguna vez un accidente. Cuando la frecuencia de los estímulos que la persona debe tolerar es elevada y se acumula, entonces el estrés crece.



Todo esto acarrea el estrés propio del trabajo que no puede realizarse de forma correcta como así también la hostilidad e irritabilidad del paciente y de sus familiares a causa de la inconformidad y falta de satisfacción con respecto al servicio de salud.

A esto se suma la sensación de frustración e impotencia del personal de enfermería, que ven pocas o nulas posibilidades de resolver este tipo de inconvenientes por su cuenta (por cuestiones operativas, de tiempo, políticas, de presupuesto) frente a la inacción de las autoridades a cargo del ámbito de los organismos de salud municipales. El estilo gerencial de estas autoridades no ha sido suficiente para satisfacer condiciones adecuadas para que los trabajadores cumplan sus funciones, al no cumplir los pliegos establecidos.

La infraestructura actual tiene una relación perjudicial con la carga mental, psíquica y física, Los elementos de la carga física fueron anteriormente descriptos (posturas incómodas y condiciones que exigen a los trabajadores a tener que realizar esfuerzos físicos, circulación restringida, traumatismos). En cuanto a la carga psíquica, los trabajadores no cuentan con total libertad para trabajar como les gustaría, con las instalaciones en la forma adecuada y por causa de ello siempre deben buscar nuevas alternativas y soluciones; además hay que tener en cuenta que los trabajadores tienen una responsabilidad por su tarea pero las herramientas no son óptimas para hacerlo, por lo que el efecto es aún más perjudicial. La carga mental también es muy elevada porque los estímulos que debe procesar el trabajador en estas condiciones son demasiados al cuidar su salud, buscar soluciones y el juicio posterior de la autoevaluación de su tarea (de acuerdo a los elementos descriptos por Neffa en la carga de trabajo).

Se puede decir entonces que la variable “Insumos y recursos” en su totalidad, produce estrés en los enfermeros.

## Las relaciones

La variable “Las relaciones” de la hipótesis de investigación, tiene por objetivo en este trabajo, indagar la presencia de componentes estresores en las relaciones, tanto de colegas como de pacientes y familiares de los mismos.

### Las relaciones con compañeros de trabajo

Las relaciones entre compañeros de trabajo han sido calificadas como buenas o muy buenas. Si bien es normal que existan diferencias de opiniones y criterios esto no significa que se produzcan conflictos que impliquen conductas violentas o agresivas.

La buena relación entre compañeros se traduce en la sinergia a la hora de trabajar y existe cohesión grupal. Los vínculos que se establecen entre compañeros son gratificantes.

En caso de algún conflicto, normalmente el personal de enfermería se apoya y sostiene mutuamente. La cohesión y el apoyo entre compañeros es un aspecto realmente significativo, ya que contribuye al proceso del estrés, que tiene cada enfermero como una herramienta para sobrellevar los factores estresores en el hospital.

Sin embargo, pese al grado de cohesión grupal existente, aún hay un reducido número de personas que no se sienten defendidas o respaldadas por sus compañeros o superiores.

### Relaciones con las autoridades jerárquicas

En general las relaciones con las autoridades son buenas, muy buenas o excelentes.

Las relaciones con las autoridades jerárquicas no constituyen un factor estresante cotidiano.

### Relaciones con los subordinados

Las relaciones con los empleados a cargo son muy buenas, por lo tanto no constituye un factor estresante.

Tal cual como lo expresan Folkman y Lazarus, las habilidades sociales facilitan la resolución de problemas. El apoyo psicológico, social y emocional que brindan los compañeros se puede constituir en un importante respaldo para enfrentar las situaciones estresantes. Los empleados que tienen buenas relaciones, contribuyen y colaboran con sus compañeros en el afrontamiento de la situación estresante/conflicto, haciendo aporte a la construcción de afrontamiento "emocional" como el distanciamiento y la minimización y estrategias de afrontamiento del problema como la exploración de soluciones alternativas y los análisis de costo beneficio. Desde esta manera, las situaciones estresantes se reducen, la carga se comparte, o sencillamente la ayuda y experiencia de los compañeros, favorece el cambio de perspectiva de las situaciones. Por ejemplo, las personas con experiencia o las autoridades jerárquicas comparten sus conocimientos y capacitan a sus subordinados y de esa manera, situaciones que se ven como amenazantes o traumáticas, dejan de contemplarse de tal forma.

En vista de que los compañeros de trabajo colaboran entre sí para superar sus problemas y desafíos, de que los vínculos no atentan de forma perjudicial sobre la carga de trabajo sino que ayudan a sobrellevarla y a afrontar el estrés; y teniendo en cuenta de que la gran mayoría de los empleados considera las relaciones como buenas o gratificantes, se está en condiciones de determinar que las relaciones con compañeros/ no constituyen un factor estresante cotidiano.

### Relaciones con los pacientes y familiares de estos

En general, los trabajadores pueden comunicarse con facilidad con los pacientes, salvo cuando existen dificultades, que normalmente ocurren a causa de pacientes que padecen disfunciones neurológicas que son adictos/han consumido estupefacientes.

La dotación del personal policial/servicios de seguridad es insuficiente y hay zonas del hospital que no cuentan con vigilancia, la circulación es prácticamente libre. Es por esto que los trabajadores se sienten desprotegidos y en peligro. El nivel de delitos y el nivel de agresividad que existe en este momento en la sociedad constituyen un factor estresor extra organizacional, y teniendo en cuenta que una elevada cantidad de personas asisten a las instalaciones del hospital, la amenaza de que suceda algún hecho de inseguridad o violencia es reiterada. De acuerdo a la Oficina Internacional del Trabajo de Ginebra, esto es lo que se encuadra como violencia externa, las personas que la cometen son usuarios del servicio de salud pero son a la vez ajenos al ámbito laboral del personal de enfermería del Hospital de Urgencias. Estas situaciones de violencia y agresividad pueden tener causas múltiples. Siguiendo a Chappell y Di Martino, algunas de esas causas de violencia, podrían ser situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios, la no satisfacción de necesidades y la provisión de servicios que están muy lejos de las expectativas del paciente.

Ambientes no aptos para realizar actividades de cuidado, y organización inadecuada.

Ocurre también que criminales y personas privadas de su libertad, reciben atención médica y el status de criminalidad atemoriza a algunos trabajadores: ya sea por el nivel de agresividad, por el nivel de peligrosidad que representan estas personas o por el inminente riesgo de fuga de estas personas. Además, a partir de esta situación, se presenta un dilema ético: los profesionales realizan un juramento y compromiso profesional de atender a cualquier enfermo o herido, sin importar su condición social. Pero se ven frente a la situación de trabajar por el bienestar y salud de presidiarios y malhechores, cuando muchas veces hay personas que han sido víctimas de delitos, o han atendido ciudadanos lesionados, con traumatismos o heridas producto de actos de delincuencia. Respecto a esto, si bien el Consejo Regional de Enfermería Mercosur (C.R.E.M.) establece la prohibición de discriminación a la hora de atender los pacientes, también establece entre sus principios éticos que no deben asumir responsabilidades en caso de que una situación atente contra la seguridad propia o la de los demás. Esta preservación de la integridad personal se aprecia, como puede evidenciarse en la entrevista realizada, cuando los superiores explican a sus subordinados que no deben hacerse responsables de las malas conductas de estos pacientes, es decir que en casos que la seguridad falle, que eviten atenderlos, por ejemplo si llegasen a forcejear para escaparse o si están por ser agredidos, para resguardarse.

Por las causas nombradas anteriormente, se está en condiciones de afirmar que las relaciones con los pacientes y familiares constituyen un factor estresante.

## La actual configuración del tiempo de trabajo

“La actual configuración del tiempo de trabajo” fue incluida dentro de las variables que podrían haber estado causando estrés en el personal de enfermería. Cuando realizamos el Pre-diagnóstico en el mes de julio del 2015, la Directora de Enfermería nos advirtió que los enfermeros estaban muy insatisfechos con la carga horaria.

Como se explicó en el marco teórico de este trabajo, el trabajo del enfermero, como cualquier otro trabajo que sea realizado por turnos y en horarios nocturnos, afectan los ciclos circadianos de los trabajadores, quienes necesitan mayor cantidad de horas de descanso que otros trabajos que no presenten esta característica. La insatisfacción que percibía la Directora de enfermería en sus empleados, claramente estaba vinculada con la falta de descanso, que producía fatiga fisiológica en ellos porque los exponía más tiempo a la carga global del trabajo. Además, la carga horaria y el descanso insuficiente de forma reiterada, desencadenaban en ellos un estado de estrés crónico, lo que explicaba un nivel importante de ausentismo por enfermedad.

El Departamento de Enfermería, recibía muchas quejas al respecto, ya que los enfermeros decían sentirse agotados y sin tiempo suficiente para su vida personal. Incluso la Directora de Enfermería nos explicó que existía un grupo de enfermeras que se sentían motivadas por cambiar este problema, y confeccionaron un nuevo proyecto horario, en el cual, se distribuían las horas de tal manera, que los enfermeros tendrían más francos semanales. Pero hasta ese entonces no lograban implementarlo.

Sin embargo, en noviembre del 2015 el proyecto, denominado “Proyecto de 120 horas”, fue aprobado y aplicado para el personal de enfermería.

Comprobamos, a partir de los resultados de las encuestas y la entrevista, que el cambio fue radical respecto a la satisfacción de los enfermeros sobre la configuración del tiempo de trabajo. Gracias a la implementación de este proyecto los enfermeros se muestran altamente conformes con la distribución del tiempo de trabajo, debido a que pueden tener el descanso necesario para recuperarse de las actividades laborales, de la carga global de trabajo además de disfrutar de su vida personal.

Como explicó el autor Neffa citado anteriormente, quienes tienen mayor conocimiento sobre las problemáticas del medio ambiente de trabajo, son los propios trabajadores, es por esto que pueden dar soluciones eficientes para resolverlos, como se comprobó con el desarrollo del programa realizado por las mismas enfermeras que padecían el problema. A pesar de las dificultades y obstáculos que tenía el área de enfermería para implementar este proyecto, se demostró que existía la característica “La posibilidad de participar activamente en el mejoramiento de las CYMAT” en las Condiciones de Trabajo en el Hospital de Urgencias, lo que a su vez le pueda transmitir el mensaje a los enfermeros, de tener un cierto control sobre los factores estresores en el trabajo.

Es por esta razón que consideramos que la hipótesis de investigación, no se aprueba en su totalidad, debido que está demostrado que “La actual configuración del tiempo de trabajo” no genera estrés en el personal de enfermería.

## **Respecto a la calidad de vida laboral en general**

Este apartado de calidad de vida laboral en esta investigación, apuntó a descubrir si existían o no, síntomas de estrés en el personal de enfermería.

A partir del análisis hecho en las encuestas y en la entrevista a la Titular de Capacitación, se puede llegar a la conclusión que sí existen indicios relevantes de estrés en los enfermeros.

Primeramente se comprueba que la mayoría de los enfermeros, manifiestan que existen tareas laborales que influyen en su estado anímico, provocándoles irritabilidad o mal humor. La sobrecarga global del trabajo en el hospital, contribuye a producir riesgos psicosociales, como cambios en el comportamiento, o fatiga patológica, lo que puede llegar a producir algunas crisis nerviosas.

Agregando a esto, encontramos que un número significativo de enfermeras y enfermeros sienten que su salud es perjudicada por el trabajo. Se corrobora esto ya que, a pesar de la satisfacción con la carga horaria, es elevado el ausentismo por carpetas médicas, y que algunas de ellas suelen ser por depresión, de acuerdo a lo manifestado en la entrevista realizada.

Al aumentarse la cantidad de tiempo de descanso entre jornadas laborales, los factores estresantes dejaron de ser de carácter crónico persistente, dándoles más tiempo a los enfermeros para recuperarse y aplicar más efectivamente las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones. Sin embargo como los enfermeros no pueden utilizar estrategias dirigidas al problema, porque no tienen control sobre las CYMAT en el hospital, los estresores siguen siendo crónicos, aunque ahora intermitentes, haciendo que estos sigan teniendo, aunque de menor manera, efectos nocivos sobre el organismo de los enfermeros, pudiendo desencadenarles enfermedades, explicando de esta manera porqué sigue siendo alto el ausentismo por carpetas médicas.



Por otro lado, uno de los factores estresores que más repercuten negativamente sobre todos los enfermeros, es la situación a la que se exponen cuando tienen que atender a los pacientes que están intoxicados, porque en algunas ocasiones fueron y son agredidos por ellos. La Titular de Capacitación asegura que, algunos enfermeros sufren de ansiedad y paranoia, claramente esto es producto de la percepción de amenaza ante el potencial daño que puede llegar a ejercer estos tipos de pacientes, y más aún cuando el daño es efectuado.

Se conjugan en este factor estresor, varias características que aumentan aún más los efectos nocivos del estrés en los enfermeros. El compromiso que tienen los enfermeros por la atención de los pacientes en general es alto, y este grado de responsabilidad por su labor, aumenta la susceptibilidad por la situación estresante.

Esta combinación de características negativas que generan la exposición de los enfermeros ante los pacientes intoxicados, los vuelve más vulnerables y favorece la posibilidad de que experimenten estrés.

Todos estos son síntomas que prueban el estrés laboral que padecen los enfermeros.

Podemos llegar entonces a la conclusión final, de que la hipótesis de investigación es aceptada, no en su totalidad pero sí en parte, ya que las variables independientes “Insumos y Recursos” y “Relaciones” contienen algunos factores estresores significativos, ya anteriormente mencionados, que causan estrés laboral en el personal de enfermería. Decimos también que la hipótesis no es aceptada en su totalidad, porque descubrimos que la variable independiente “Actual Configuración del Tiempo de Trabajo” no causa estrés en el personal de enfermería.

## Diferencias entre sexos

En la mayor parte de la investigación realizada, no se observan diferencias significativas de respuestas de acuerdo a los sexos y grupos etarios. Sin embargo, algunas presentan tendencias un poco definidas según sea el personal masculino o femenino y las edades de estos.

El estado actual de la infraestructura afecta más al personal masculino a la hora de trabajar, quien además ha sufrido mayor cantidad de accidentes laborales por falta de mantenimiento de las instalaciones del hospital. El personal femenino es quien más quejas recibe de los pacientes y familiares ante la falta de insumos y recursos para realizar la atención y el cuidado de la salud. Frente a quejas y agresiones, es al personal masculino al que más le cuesta retomar el trabajo con buenos niveles de desempeño, porque cuando sucede un acontecimiento de violencia (ya sea verbal o física), eso no sólo afecta su performance sino que también repercute más en su salud. Ligado a esto, las situaciones problemáticas y conflictivas en el ámbito de trabajo afectan más sus relaciones familiares y personales. Por ello, no resulta extraño que sean quienes más se sienten cansados al finalizar la jornada laboral. Sin embargo y pese a todos estos factores mencionados, se destaca que manifiestan en comparación al personal femenino, que las relaciones que establecen en el trabajo son más gratificantes.

El personal de sexo femenino se siente más apoyado por los superiores y siente también que sus necesidades de urgencia y dificultades personales son consideradas en mayor medida que lo que considera el personal masculino. A su vez, el personal femenino observa mayores niveles de conflictividad, puede comunicarse mejor con los pacientes y las personas le reconocen los esfuerzos realizados en la función de enfermería más que lo que reconocen al personal masculino.

## Diferencias etarias

Siguiendo el parámetro establecido de rango etario (hasta 40 años; más de 40 años de edad), también se detectaron criterios diferentes.

El personal masculino menor de 40 años de edad muestra sentirse más afectado, que el resto de la muestra de estudio, por los problemas dentro del hospital. Posiblemente, al ser principiantes en el desempeño de la enfermería, sumado a su poca experiencia en el Hospital de Urgencias, existan exigencias del ambiente laboral que son percibidas como una amenaza. Los problemas y conflictos del trabajo han afectado más negativamente su desempeño; y se han manifestado que el trabajo repercute más en su salud. Esto se observa en varias respuestas similares, por ejemplo: mayor sensibilidad ante agresiones de pacientes, mayor irritabilidad en las tareas de enfermería. Este sentimiento de amenaza ante los factores estresores, produce en ellos, emociones como miedo, ansiedad o mal humor, que se evidencia en relaciones con sus superiores.

También el personal masculino menor de 40 años de edad ha afirmado, en un porcentaje mayor al del personal masculino mayor de 40 años de edad, haber sentido que su vida/integridad física ha corrido peligro. En cuanto al personal masculino mayor de 40 años de edad, resaltan las siguientes diferencias: han visto mayor conflictividad en el ámbito de trabajo que los jóvenes y a la vez de haberse sentido más agredidos por sus superiores, se han sentido también más apoyados.

En cuanto al personal femenino menor de 40 años, reportaron haber recibido más agresiones por parte de pacientes y familiares que el personal femenino mayor de 40 años de edad y las agresiones sufridas las han afectado más a la hora de realizar su trabajo que a las profesionales adultas.

Por otra parte, el personal mayor de 40 años ha manifestado más apoyo por parte de los superiores y ha manifestado con mayor frecuencia sentirse exhausto al finalizar la jornada laboral.

En general, también se observa coincidencias de reacciones ante ciertos factores estresores, del personal masculino más joven y del personal femenino de mayor edad. Estos dos grupos, sufren más las quejas recibidas de los pacientes o familiares. También comparten el sentimiento de que los problemas en el trabajo afectan su vida personal. Esta puede deberse quizás, a la particularidad que comparten sobre el poder de afrontamiento. Evidentemente toda la muestra de estudio tiene muy poco poder de modificación y control de los factores estresores en el hospital, pero los hombres jóvenes y las mujeres mayores, parecen tener menos facilidad de manejar estrategias de afrontamiento dirigidas a sus emociones negativas, para sobrellevar y enfrentarse a estas amenazas ambientales, sufriendo más miedo, ansiedad e irritabilidad, entre otras.

## Sugerencias

Planteamos algunas soluciones ante los factores estresores que sufren los enfermeros:

- **Agresiones y comportamientos inadecuados de pacientes y familiares:**
  - Elaborar una presentación de los requerimientos en materia de seguridad, especificando sobre todo las zonas críticas (por ejemplo, las zonas que actualmente son categorizadas prácticamente de tránsito libre de las personas que no trabajan en el hospital, donde la circulación debería ser restringida). Debido a la naturaleza de la tarea del hospital de Urgencias, el personal de seguridad debe estar disponible las 24 horas. dentro de las salas de internación y controlando las entradas a las mismas. Cabe destacar que cuando se habla de la seguridad no sólo se incluye a los servicios de seguridad privada, se incluye también al personal policial que no solo cuenta con una formación especializada sino con la autorización del ejercicio de la fuerza, cuando la situación lo requiriere.
  
- **Ausentismo por carpetas médicas:**
  - Realizar auditorías y controles para medir el ausentismo por carpetas médicas, y verificar si las causas de enfermedades, están relacionadas con el estrés laboral, o si son a causa de lesiones/accidentes ocasionados por mal estado de la tecnología e infraestructura.

- **Implementación del “Proyecto de 120 horas”:**
  - Realizar controles periódicos de la satisfacción de los enfermeros respecto a la configuración de tiempo de trabajo actual, y cantidad y organización de días francos. También realizar controles de los niveles de fatiga y ausentismo. Este proyecto, implementado recientemente requiere del desarrollo y análisis, evaluaciones y seguimiento para verificar su eficiencia.
  
- **Estado regular de las instalaciones:**
  - Adquisición de camas ortopédicas especializadas: en cantidad de acuerdo a la capacidad de atención del hospital para la correcta atención de los pacientes y en calidad correspondiente a los estándares ideales ergonómicos, para que su implementación garantice la supresión o reducción del esfuerzo físico que deben realizar los enfermeros cuando trabajan con los pacientes y deben maniobrar para realizar movimientos o posturas determinadas.
  - Evaluación del estado general del hospital: pisos, escaleras, ventanas, vidrios, ventilaciones, calefacción y refrigeración del edificio, iluminación, instalaciones eléctricas, puertas, mobiliario de las habitaciones para su correspondiente adquisición, instalación, reparación y mantenimiento.

- Colocación de persianas y cortinas en las habitaciones de internación para evitar la entrada de luz solar a las mismas y así permitir realizar el descanso necesario a los pacientes durante el día.
  
- **Falta de elementos indispensables para la atención de pacientes:**
  - Controlar que se mantenga el stock en cantidad y calidad, para asegurar la disponibilidad de todos ellos (como ropa de cama, los paneles de oxígeno y sus elementos que los conectan a los pacientes, entre muchos otros). Para realizar esta tarea sería útil la confección y empleo de herramientas tales como Checklist e histogramas. De esa forma, es posible detectar con qué periodicidad se suceden los faltantes (días, turnos).

### Otras sugerencias

- Cubrir la plantilla insuficiente de personal de enfermería, para atender la demanda actual de pacientes en el hospital y para aligerar y aminorar el exceso de trabajo que cumplen los trabajadores que actualmente se encuentran desempeñando su tarea en el Hospital de Urgencias.
  
- Continuar con los Ateneos de enfermería, el Curso Anual Interdisciplinario, y la realización de simulacros de atención para el perfeccionamiento y profesionalización del personal de enfermería.



## Bibliografía

### Libros

- Bustos Villar E. M., (2015), *¿ES POSIBLE EVITAR EL ESTRÉS?*, Buenos Aires, Argentina: Sb Editorial.
- Folkman S. y Lazarus R. S., (1986), *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, España: Ediciones Martinez Roca S.A.
- León Román C., (2008), *Enfermería en Urgencias*, La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Neffa Julio, (1988), *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*, Área de Estudios e Investigaciones Laborales/SECYT - CEIL/CONICET - CREDAL/CNRS, Editorial Humanitas: Buenos Aires.
- Rostagno H. F., (2005), *EL ABC DEL ESTRÉS LABORAL*, Córdoba, Argentina: El Emporio Ediciones.
- Torres Esperón M., Urbina Laza O., (2008), *FUNCIONES Y COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA*, La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

### Libros en línea

- Amaro Cano, María del Carmen (2005), *Problemas éticos y bioéticos en enfermería*. Recuperado de: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=q-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----dte--0-1l--11-es-50---20-about-enfermeria--00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&srp=0&srn=0&cl=search&d=HASH01c68235b10d844a6b4a9738>

-Bello Fernández, Nilda L. (2006), *Fundamentos de Enfermería*. Recuperado de: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=q-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----dte--0-1l--11-es-50---20-about-enfermeria--00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&srp=0&srn=0&cl=search&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca>

-Chappell D., Di Martino V. (1998), *Violence at work*, Ginebra. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_publ\\_9221108406\\_en.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf)

-Di Martino V. (2003), *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*, Ginebra. Recuperado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf)

-Díaz González, Jorge A., García Valdés, Margarita M., (2011), *Psicología y práctica profesional de enfermería*. Recuperado de: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=q-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----dte--0-1l--11-es-50---20-about-enfermeria--00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&srp=0&srn=0&cl=search&d=HASHf2c586303dd3e586704d52>

-Kalimo R., (1988), *Los factores psicosociales en el trabajo*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37881/1/9243561022\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37881/1/9243561022_spa.pdf)

### Revistas

-Buriyovich J, Pautassi L. (2005), Calidad de empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas.

Serie Mujer y Desarrollo nº 60. CEPAL. Recuperado de [http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/Cepal\\_60.pdf](http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/Cepal_60.pdf)

-Corzo P. A., (Enero - Junio de 2009). Trastorno por estrés postraumático en psiquiatría militar. Revista Med. Volumen 17 – N° 1. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a12>

-Esteban B. L., Hernández A. R., Muñoz I. G., (mayo-junio 2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Revista Española de Salud Pública vol.86 no.3 Madrid. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272012000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000300007)

-Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH)DHHS (2002). VIOLENCIA: Peligros ocupacionales en los hospitales. N° 2002-101. Recuperado de: [http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2002-101\\_sp/](http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2002-101_sp/)

-Rivera-Flores J., (Julio-Septiembre 2013). Estrés laboral y sus repercusiones. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 36. N° 3. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cma133a.pdf>

-Slipak, O., (5 de diciembre de 1996). Estrés laboral. ALCMEON: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría, (5). Recuperado de: [http://www.alcmeon.com.ar/5/19/a19\\_03.htm](http://www.alcmeon.com.ar/5/19/a19_03.htm)

### Páginas web

-Consejo Regional de Enfermería Mercosur (C.R.E.M.) (2003), Montevideo. Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zMwJBmxkVRIJ:www.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/12\\_codigo\\_de\\_etica\\_de\\_enfermera\\_del\\_mercosur.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zMwJBmxkVRIJ:www.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/12_codigo_de_etica_de_enfermera_del_mercosur.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar)

- Miedema B., Hamilton R. (2010), Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. A minor, major, or severe problem? 101-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837705/pdf/056e101.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo, (2002), Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud, Ginebra. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44072/1/9223134463\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44072/1/9223134463_spa.pdf?ua=1)
- Secretaria de Salud, Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Recuperado de <http://www2.cordoba.gov.ar/portal/index.php/secretaria-de-salud/>
- Sub Secretaria de Atención Hospitalaria, Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Recuperado de <http://www2.cordoba.gov.ar/portal/index.php/secretaria-de-salud/subsec-de-atencion-hospitalaria/>
- Hospital de Urgencias, Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Recuperado de <http://www2.cordoba.gov.ar/portal/index.php/secretaria-de-salud/subsec-de-atencion-hospitalaria/>

## Anexos

### Anexo I. Entrevista a la Titular del Departamento de Capacitación y Desarrollo.

-Nosotros: ¿Cuáles cree que son las principales carencias en el área de Enfermería?

-Titular: Las carencias que más están afectando al Departamento de Enfermería, y por ende, al correcto desarrollo del servicio de enfermería en el hospital, son la falta de personal, ocasionado por el sistema burocrático de selección, ya que el nombramiento de personal está a cargo del municipio. También hay una escasez significativa de elementos de trabajo en número y calidad.

-Nosotros: ¿Cuáles son los elementos faltantes que afectan directamente al desarrollo de las tareas de los enfermeros?

-Titular: Los que afectan de forma directa son por ejemplo la falta de camas por habitación, que además de eso, de todas las camas en este Sector "A", solamente una es ortopédica. El resto de las camas, al no serlo, implican un sobre esfuerzo para mover al paciente, provocando en los enfermeros dolores y problemas corporales, como dolor de rodillas, espalda, contracturas y hasta lesiones lumbares. Hay en total 24 camas este momento, pero solo se usan 14 por falta de personal.

También, arriba de cada cama, hay las respectivas salidas de oxígeno, pero no poseemos en cantidad, los elementos para conectar esas salidas con los pacientes, en caso de que estos necesiten. Esto imposibilita la atención de la cantidad de pacientes que necesiten oxígeno, o generan un doble trabajo para los enfermeros, que tienen que estar buscando estos elementos en las otras camas y

trasladarlos hasta donde esté el paciente. Esto provoca también una pérdida de tiempo significativa para los enfermeros.

Todo esto está causado principalmente por la restricción presupuestaria. Afecta por igual al personal administrativo (por ejemplo la falta de cartuchos para impresora) y operarios en varios elementos de trabajo y en la infraestructura del hospital. La restricción presupuestaria es producto de las políticas del municipio y le produce mucho estrés al personal de enfermería. La municipalidad no cumple con los pliegos.

-Nosotros: ¿Y cuáles son los elementos que afectan de forma indirecta en las actividades de los enfermeros?

-Titular: De forma indirecta son todos aquellos elementos que inciden en la comodidad del paciente y de sus acompañantes, que al no estar en correctas condiciones pueden desencadenar en malestar, quejas e irritabilidad de los mismos. Entre ellos son principalmente la falta de mantenimiento en general de las instalaciones en las habitaciones.

-Nosotros: ¿Nos podría mencionar los más importantes?

-Titular: Por ejemplo, la falta de cortinas en las habitaciones generan una gran incomodidad en los pacientes, ya que ellos, debido al tratamiento que están recibiendo y al accidente sufrido, necesitan dormir más horas durante el día. Al no haber cortinas o persianas, la luz del Sol entra en las habitaciones, y ellos no pueden descansar.

Tampoco hay sillas en las habitaciones para que sus familiares se puedan sentar. Algunos de los familiares que vienen a acompañarlos por primera vez, se enojan porque tienen que pasar varias horas parados, o sentados en la cama. A la siguiente vez que vienen, traen sus sillas plegables para hacer el acompañamiento a sus familiares internados.

-Nosotros: ¿Cómo es el comportamiento en general de los pacientes y familiares?

-Titular: Hay muchos que no generan problemas, y hasta comprenden la situación propia del hospital y las carencias que hay. Entre pacientes, por ejemplo, no hay conflictos, no se quejan si tienen que compartir habitación con delincuentes. Pero cada tanto, ya sea por cuestiones sociales o condiciones de vida de los pacientes o sus familiares, algunos tienen malas actitudes y hasta a veces generan problemas para el personal, ya sea enfermeros, médicos o kinesiólogos.

Por ejemplo frecuentemente los familiares exigen permisos o hay familiares que filman dentro del hospital, para tener pruebas respecto de la atención. Filman con el objetivo de hacer juicios en contra de la Municipalidad. Eso es estresante porque se pueden exponer a juicios y problemas legales. Respecto a esto suelen venir abogados al hospital para ofrecer sus servicios a los familiares de pacientes para hacer juicio (intereses lucrativos). Ante estas situaciones el consejo de los que tienen más años de trabajo hacia los nuevos enfermeros, es que no digan nada al respecto, que tengan precaución.

Incluso muchos de los familiares de los pacientes que son adictos llevan drogas al hospital. Este tipo de pacientes siempre generó un ambiente de mucho malestar para los enfermeros es que hay mucha agresión por parte de drogadictos. En estos casos siempre se trata de evitar el síndrome de abstinencia, los pacientes colaboran informando si consumen sustancias tóxicas (no hay tabú respecto a drogas). Si los pacientes se muestran agresivos, se toman las medidas correspondientes y son medicados o amarrados.

-Nosotros: ¿Ante estas situaciones de qué forma las sobrellevan?

-Titular: Al transcurrir los días, se recuperan y siguen trabajando.

-Nosotros: ¿Reciben amparo ante estas situaciones hostiles?

-Titular: Sí, desde la posición de los supervisores, se intenta protegerlos, se trata que esos enfermeros no vuelvan a atender ese tipo de pacientes; siempre se los intenta defender y se les explica que ellos no son responsables del comportamiento de pacientes, que son delincuentes.

Sin embargo, nadie vigila la entrada y salida de personas a las salas de internaciones. Esto da inseguridad y temor a los enfermeros, ya que se sienten expuestos a robos (que ocurrieron), asaltos, inseguridades en general.

-Nosotros: ¿Cómo es el procedimiento de seguridad para atender a pacientes presidiarios?

-Titular: Cuando deben atender a presidiarios siempre hay presencia policial. A veces el personal policial aguarda dentro de la sala y otras veces afuera, dependiendo de las patologías, del tratamiento requerido y del nivel de peligrosidad del delincuente.

-Nosotros: ¿Hay enfermeros que padecen problemas psicológicos?

-Titular: Sí, hubieron varias carpetas médicas con problemas de depresión y tristemente, sufrimos la pérdida de una compañera que se suicidó. Por otro lado algunos tienen problemas de ansiedad, e incluso, después de sufrir agresiones o ver a sus compañeros ser agredidos por pacientes, quedan paranoicos.

-Nosotros: ¿Están conformes los enfermeros con la cantidad de horas que trabajan?

-Titular: Sí, puedo constatar que están muy conformes. Los últimos años recibíamos muchas quejas sobre su disconformidad, e incluso a veces surgían conflictos. Sin embargo, por suerte, el mes de noviembre del año pasado se aprobó el “Proyecto de 120 hs.”, que fue confeccionado por un grupo de enfermeras de este hospital y gracias a esto se disminuyó la cantidad de horas semanales de trabajo.

-Nosotros: ¿En qué consiste este proyecto?

-Titular: El proyecto consta de una nueva distribución y organización de horas semanales y cantidad de días mensuales. El proyecto contempla 12 horas de por cada guardia y 10 guardias mensuales. Es decir que comparado con la carga



horaria anterior se reduce en 20 horas en el mes. Si bien son 12 horas por cada turno, se disminuye significativamente la cantidad de días que el enfermero tiene que venir a trabajar, porque cada 2 guardias que realizan en la semana, tienen 4 días de franco.

Para poder aprobar este proyecto se llegó a un acuerdo que los enfermeros deberían llegar a las 140 horas, siendo 120 horas de guardias y 2 horas de capacitación.

-Nosotros: ¿Qué resultados produjo este proyecto?

-Titular: Antes de que se implemente había muchas carpetas médicas, muchas quejas por cansancio, que ya casi no hay. Además ahora tienen más tiempo para su vida personal. También se organizan mejor.

-Nosotros: ¿Cómo varía la cantidad de trabajo, es decir la demanda de pacientes a atender durante el día y en general durante el año?

-Titular: Hay una disminución en el mes de enero pero no hay diferencia de cantidad de pacientes a atender durante los días de la semana. Sí hay aumento de demanda de pacientes en fin de semana largo o primer fin de semana del mes. Durante el transcurso del día, el turno mañana es más estresante porque se realiza la revista de salas y hay otro tipo de profesionales que están en permanente movimiento: médicos, fisioterapeutas, psicólogos, personal de limpieza, que interfieren entre unos y otros. Todo ese movimiento es cansador para el enfermero y el paciente e implica una mayor carga emocional: ansiedad, nerviosismo.

-Nosotros: ¿Cómo es la relación de todos los enfermeros con el sindicato?

-Titular: No muy buena. Los delegados de hoy tienen intereses personales y llaman a paro por causas personales. Por eso el enfermero es delegado de sí mismo. En grupo, los enfermeros consiguen beneficios y mejoras por su propio esfuerzo, porque son muy unidos, hay mucha solidaridad al respecto. Antes los enfermeros se involucraban mucho más con el sindicato, el 80% del personal seguía lo que el sindicato les decía. Hoy en día solo el 10% de los enfermeros siguen al sindicato, porque perdió mucha credibilidad. Además el personal del

presente es mucho menor. No ven al gremio como eficiente defensor de sus derechos. No se comprometen. De todas formas los enfermeros pagan cuotas sindicales por la atención médica, pero es el único beneficio porque por ejemplo los clubs del gremio son muy caros.

-Nosotros: ¿Cómo está organizado el área de Capacitación?

-Titular: Es para enfermeros que no tienen tantos conocimientos o les falta práctica. Se divide en 4 ejes: atención inicial de traumatismos, que consiste en cómo manejar y atender al paciente con traumatismos particulares; jornada “Silvia Muñoz”. Cursos hacia el personal del hospital y para profesionales externos al hospital; educación permanente en el servicio y los pasantes tienen un curso anual.

-Nosotros: ¿Cómo es el comportamiento del personal a cargo y de los enfermeros jóvenes?

-Titular: El personal joven se caracteriza en parte por la falta de compromiso, y por el amplio conocimiento del uso de la tecnología. En general son muy trabajadores, pero les falta comprometerse más con su labor. Los enfermeros egresados de la UNC tienen un nivel superior a los que se recibieron en Maimónides.

En el horario de trabajo, los jóvenes suelen usar los celulares. Sobre este asunto, no hay reglamentación al respecto, no hay reglas de parte de la dirección ante este problema.

Por otro lado, a pesar de la implementación del “Programa de 120 horas”, si bien se redujo bastante el ausentismo gracias a esto, sigue siendo alto.

## Anexo II. Cuestionario aplicado al personal de enfermería.

La presente encuesta anónima es realizada por alumnos de la carrera “Licenciatura en Recursos Humanos” del Instituto Universitario Aeronáutico, con motivo de un proyecto de investigación sobre el estrés en el área de enfermería en el Hospital de Urgencias. Los datos relevados se mantendrán en carácter confidencial y sólo serán utilizados con fines académicos, para la elaboración de la tesis de grado.

### \*INFORMACIÓN PERSONAL

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Número de hijos:

### \*INFORMACIÓN LABORAL

- Puesto que ocupa:

- Antigüedad laboral en la profesión:

- Turno de trabajo: Diurno/Nocturno

- Tipo de contrato laboral:

- Cantidad de horas que trabaja al día:

- Cantidad de días que trabaja a la semana:

- ¿Trabaja horas extras?: Sí No ¿Cuántas?:

- Rotación de turnos: Sí No

- ¿Tiene otro empleo además de este? : Sí No

\*INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL

- ¿Tiene personal a cargo?: Sí No ¿Cuántos?:

- Cantidad de superiores a los que responde:

- LOS INSUMOS Y RECURSOS

1- ¿Dispone de todos los insumos en cantidad y calidad para trabajar correctamente?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

2- ¿Si notifica la falta de un insumo lo solucionan rápidamente?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

3- Ante la falta de elementos de trabajo en calidad y cantidad ¿Recibe quejas de los pacientes y sus familiares por esta falta?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

- INFRAESTRUCTURA

1- ¿Cómo se encuentran las instalaciones del hospital?

Mal      Regular      Bien      Muy bien      Excelente

2- ¿La infraestructura actual entorpece su labor?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

Si es así ¿De qué manera? ¿Cómo se siente al respecto?

---

---

3- ¿Sufrió algún accidente por falta de mantenimiento del hospital? Si es así, ¿Por qué causa y cuál fue el daño que sufrió?

---

---

- LAS RELACIONES CON SUPERIORES, COMPAÑEROS Y PERSONAL A CARGO

1- ¿Cómo calificaría la relación con sus compañeros de trabajo?

Mala                  Regular                  Buena                  Muy buena                  Excelente

¿Por qué?

---

---

2- ¿Cómo calificaría la relación con sus superiores?

Mala                  Regular                  Buena                  Muy buena                  Excelente

¿Por qué?

---

---

3- ¿Cómo calificaría la relación con su personal a cargo?

Mala                  Regular                  Buena                  Muy buena                  Excelente

¿Por qué?

---

---

4- Mi superior me apoya en las decisiones que tomo.

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

5- Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

6- Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

7- ¿Ocurre u ocurrió alguna vez un conflicto entre los compañeros de trabajo?

¿Por qué motivo?

---

---

8- ¿Se sintió agredido física o verbalmente por un compañero?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

9- ¿Se sintió agredido física o verbalmente por un superior?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

10- ¿Se sintió agredido física o verbalmente por alguna persona del personal a su cargo?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

11- ¿Cómo reaccionan en general sus compañeros cuando son agredidos? ¿Si existe agresión hacia algún enfermero quién los defiende?

---

---

12- Si hubo agresión, ¿Siente que este hecho ha afectado negativamente su desempeño del trabajo cotidiano?

Sí                      No

¿De qué forma?

---

---

- CON PACIENTES Y FAMILIARES DE LOS MISMOS

1- ¿Puede comunicarse con facilidad con los pacientes?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

¿Por qué?

---

---

2 - ¿Son frecuentes las quejas de los pacientes y familiares?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

3- Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellas.

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre



4 - ¿Algunas conductas de los pacientes dificultan su trabajo? Si es así ¿Cuáles?  
¿De qué manera?

---

---

5- Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

6- ¿Alguna vez fue agredido física o verbalmente por algún paciente o familiar de éste?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

7- Ante cualquiera de los dos tipos de agresiones, ¿se sintió protegido o defendido? ¿Por quién?

---

---

- CONFIGURACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO

1- ¿Se encuentra Ud. satisfecho/a con la cantidad de horas diarias y días a la semana de trabajo que le son asignados?

Sí              No

¿Por qué?

2- ¿Con qué frecuencia siente la necesidad de realizar pausas durante el horario de trabajo?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

3- ¿Considera Ud. que las situaciones de urgencia y dificultades personales son consideradas a la hora de planificar los horarios de trabajo? (trámites, enfermedad de algún familiar, compromisos familiares).

Sí      No

- RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN GENERAL

1-¿Considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.)?.

Nada      Muy poco      Algo      Bastante      Mucho

2- ¿Siente que el ambiente o algunas tareas laborales le provocan irritabilidad o mal humor?

Nunca      Raras veces      A veces      Casi siempre      Siempre

3-El nivel de ausentismo que usted ve en el área de enfermería del hospital por causa de carpetas médicas o enfermedades producto del trabajo es:

Prácticamente Nulo      Bajo      Moderado      Elevado      Muy elevado

4-El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.

Nada            Muy poco            Algo            Bastante            Mucho

5- Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.

Nunca            Raras veces            A veces            Casi siempre            Siempre

6- ¿Con qué frecuencia se siente exhausto/a al finalizar la jornada laboral?

Nunca            Raras veces            A veces            Casi siempre            Siempre

7- ¿Sintió alguna vez que su vida, integridad física o mental corrió peligro?

Nunca            Raras veces            A veces            Casi siempre            Siempre

### Anexo III. Observación y los criterios usados para realizarla

En la guía de observación se tomaron en cuenta dos de las variables de la investigación: “Los insumos y recursos” y “Las relaciones”, algunos de sus respectivos indicadores y unidades de observación predeterminadas para el análisis.

<b>Variables observadas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de observación</b>
Los insumos y recursos.	- Disponibilidad de stock.	-Cantidad y calidad de elementos de trabajo disponibles. Elementos para la correcta atención a los pacientes. Disponibilidad de elementos de primeros auxilios, elementos de curación, accesorios indispensables para la atención y curación de los pacientes.
	- Disponibilidad de camas.	-Cantidad de camas necesarias para atender la demanda de pacientes. -Calidad de las camas para la movilización necesaria del paciente y la minimización de esfuerzos del enfermero al realizar sus tareas.
	- Infraestructura.	-Estado de escaleras, pasillos y corredores, habitaciones, entradas del hospital. -Observar si existen obstáculos en pasillos, escaleras, habitaciones. -Existencia de desechos y contaminantes en el hospital. -Espacio de las habitaciones para el movimiento normal de pacientes, acompañantes y personal del hospital. -Estado del mobiliario de las habitaciones. -Estado de paredes, ventanas, suelo, puertas.

Las relaciones.	- Violencia física y verbal en el lugar de trabajo.	-Tono de voz de pacientes, acompañantes y personal del hospital. -Conductas agresivas de pacientes, acompañantes, o personal del hospital, como movimientos corporales bruscos, golpes a objetos o golpes a otras personas. Insultos, comentarios despectivos a personas. -Presencia de personal de seguridad dentro del hospital y en la sala de internación.
	-Conflictos.	-Discusiones y altercados entre enfermeros.
	-Presiones.	-Exigencias desmesuradas de superiores a enfermeros operativos. -Exigencias desmesuradas de pacientes y acompañantes a enfermeros.