

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



Proyecto de tesina:

Utilización de herramientas de afrontamiento contra el estrés y las manifestaciones de éste según sexo, edad y antigüedad en los enfermeros de áreas cerradas y guardia de una institución pública.

Por: Juan Pablo Del Valle

Director: Lic. Pérez, Gisela L.

Docente Asesor: Dra. Nancy Martínez Salomón

Rosario, 18 de Diciembre de 2017

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

“Yo antes estaba completamente sordo.
Y veía a la gente de pie, y dando toda clase de vueltas.
Lo llamaban baile.
A mí me parecía absurdo...
Hasta que un día oí la música.
Entonces comprendí lo hermosa que era la danza.”

Anthony De Mello

RESUMEN

El personal de enfermería se encuentra a cargo de la gestión del cuidado, es decir satisfacer las necesidades del individuo por lo que es reconocido como el único cuidador permanente en el proceso asistencial, lo que implica estar expuesto a diferentes estresores laborales por estar en contacto con la salud, enfermedad y la muerte. Estos estresores pueden desencadenar alteraciones físicas y psicológicas que afectan al personal de enfermería. (Zambrano Muñoz, Diaz Rumie, Gomez Torres , & Julio Villaroel, 2015)

Se realizara una investigación descriptiva de corte transversal con el objetivo de identificar la relación que existe entre las herramientas de afrontamiento y las manifestaciones de estrés laboral según edad, sexo y antigüedad en servicios de áreas cerradas y salas de guardia de un hospital público de atención a adultos mayores, durante el segundo semestre del 2018.

Como instrumento de medición se utilizara un cuestionario de “opciones múltiple” para medir manifestaciones físicas, psicológicas y técnicas de afrontamiento, en una población de 50 enfermeros.

Se efectuará un análisis estadístico de tipo descriptivo e inferencial .Se utilizarán medidas de tendencia central y la técnica de χ^2 , utilizando el paquete estadístico Epi info v 7.2.0.1.

Palabras claves: técnicas de afrontamiento- manifestaciones de estrés laboral- sala de guardia - adulto mayor.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y palabras claves	3
Índice general	4
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y objetivos	7
Marco Teórico	8
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	26
Sitio o contexto de la investigación	26
Población	26
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
Personal a cargo de la recolección de datos	30
Plan de análisis	30
Plan de trabajo y cronograma	32
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de sitio	34
II. Instrumento de recolección de datos	37
III. Resultados del estudio exploratorio	42
IV. Resultado de la prueba piloto	45
Bibliografía	46

INTRODUCCIÓN

Entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del trabajo (OIT) han reconocido la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud y la han considerado potencialmente estresante por la confrontación con la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, las dificultades cotidianas derivadas de las relaciones con la familia, los compañeros y los horarios de rotación laboral lo que constituyen factores de riesgos que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de los trabajadores. (Castillo Avila, Llanos Torres, Gomez Ahumada, Tapias Cardenas, & Castro Licon, 2014)

En un estudio realizado en la ciudad de Antofagasta Chile sobre el Impacto en la salud mental de la (del) Enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes, se concluyó que el 48.5% de una población de 70 enfermeros que trabajan en Unidades críticas y Oncológicas presenta algún grado de estrés, ya que otorgar cuidados en situaciones estresantes provoca impacto en la salud mental viéndose afectados principalmente los ambientes psicológicos, sociales y finalmente el ambiente físico. Las situaciones más frecuentes de estrés que señala este estudio, son observar el sufrimiento el 68.2%, realizar procedimientos dolorosos a los usuarios el 57.6%, tareas ajenas a enfermería el 56.1% y el déficit del personal el 53%. (Zambrano Muñoz, Diaz Rumie, Gomez Torres, & Julio Villaroel, 2015)

Según otro estudio realizado en Cartagena sobre el estrés laboral y factores asociados, el 33,97 % de los trabajadores está expuesto a altos niveles de estrés mientras que el 66,03 % a bajos niveles de estrés en una población de 156 enfermeros. Las principales causas que pueden constituirse como situaciones estresantes son el contacto con la muerte 42,9 %, conflictos con médicos 61,5 %, falta de contención emocional el 42,9%, conflictos con otras enfermeras 35,3 %, carga laboral 69,9 % y la incertidumbre acerca de que informar al paciente y su familia sobre su estado de salud 52 %. (Castillo Avila, Llanos Torres, Gomez Ahumada, Tapias Cardenas, & Castro Licon, 2014)

Frente a este contexto surge la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento. Desde el comienzo de la vida, los seres humanos y el medio ambiente viven extraordinarios cambios y se predisponen a situaciones de estrés. Un estudio de revisión integradora, que tuvo como pregunta guía ¿Cuál es la producción del conocimiento de las Prácticas integradas complementarias (Pic) relacionadas al tratamiento del estrés laboral en el periodo del 2003 a 2013??; concluyo que las

PIC vienen siendo utilizadas no solo para reducir el estrés, sino también en la disminución de los niveles de ansiedad, síntomas depresivos, alivio del dolor y la compulsión. Entre las principales fueron el Kouk Do, la acupuntura, la meditación, la respiración controlada, el yoga y la terapia de polaridad y programas como el Mindfulness-Based Stress Reduction. (LLapa Rodriguez, 2015)

A su vez un artículo de la revista Enfermería Global sobre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento concluyo que el afrontamiento centrado en el problema es protector contra el estrés. El objetivo del presente estudio fue Analizar el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los técnicos y auxiliares de enfermería de un hospital universitario, así como su asociación en variables sociodemográficas. Se tomó una muestra de 310 técnicos y auxiliares de enfermería en un hospital de la ciudad de Sao Paulo Brazil (Teixeira Cab, 2016)

La muestra estuvo compuesta por 236 mujeres (76.1%) con edad superior a 40 años (67.7%) y 74 Varones (23.3%) los participantes presentaban tiempo en la profesión de 15.9 años, poseían un único empleo el (79.4 %) y trabajaban hasta 30 horas semanales (78.0%) La distribución por estrés indico que el 88.4% de los profesionales participantes del estudio trabaja bajo alta demanda psicológica. El análisis a la exposición al estrés laboral de acuerdo al modelo Demanda Control evidencio que el 17.4% de los auxiliares y técnicos estaban sometidos a alto niveles de estrés ;75.5% a un nivel intermedio y el 7.1 % a baja exposición . Las habilidades utilizadas por los auxiliares y enfermeros evidencio que la estrategia focalizada en el problema es del 59.4 % (184 individuos) ;en la emoción el 1.3% (4 individuos) ; las prácticas religiosas el 20.3 % (63 individuos) y la búsqueda de soporte social el 19% (59 individuos) (Teixeira Cab, 2016)

Los estudios sobre el estrés y el afrontamiento deben ser de suma importancia para el personal jerárquico de los Hospitales o Instituciones ya que los profesionales también se enferman producto de situaciones que son propias del quehacer laboral, esta situación implica consultar desde lo político e institucional para disminuirlo. La falta de respuestas concretas para actuar sobre este problema puede incidir en el tipo de calidad de cuidado que se brindará. Como Enfermeros se debe ser portavoz de esta situación emergente y actuar sobre esto. La profesión implica el contacto con situaciones muy estresantes y por este motivo los recursos deben ser adquiridos aunque también brindado por las instituciones. La necesidad imperativa de obtener técnicas /estrategias de afrontamiento que permitan un abordaje hacia el estrés para resguardar la salud es fundamental. Enfermería también es promotora de salud y es por esto que el trato hacia la salud del personal debe ser ejemplo también. Un correcto afrontamiento contra el estrés hace la diferencia en el personal de enfermería ya que cuida al cuidador.

Los estudios sobre la eficacia de políticas institucionales para el manejo del estrés basada en técnicas/ estrategias de afrontamiento no se ha realizado y esto es un tema todavía no abordado.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la utilización de herramientas de afrontamiento contra el estrés y las manifestaciones de éste según sexo, edad y antigüedad en los enfermeros de áreas cerradas y guardia de una institución Pública de atención a Adultos mayores durante el segundo semestre del año 2018?

HIPÓTESIS

Ante la falta o escasa utilización de herramientas para afrontar el estrés, asociado a característica personal como antigüedad en la profesión y mayor edad, los enfermeros poseen mayor probabilidad a presentar signos y síntomas de estrés.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación que existe entre la utilización de herramientas de afrontamiento y las manifestaciones de estrés laboral según edad, sexo y antigüedad en los enfermeros de área cerrada y guardia de una institución que atiende a adultos mayores durante el segundo semestre del año 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar actividades de las herramientas de afrontamiento utilizadas por los enfermeros.
- Determinar las técnicas en las herramientas de afrontamiento que utilizan los enfermeros.
- Identificar manifestaciones físicas de estrés
- Identificar manifestaciones psicológicas de estrés
- Identificar manifestaciones sociales de estrés
- Identificar la edad del personal de enfermería
- identificar el sexo del personal de enfermería

-Identificar la antigüedad en la profesión del personal de enfermería.

MARCO TEÓRICO

El cerebro humano con su casi kilo y medio de células y jugos nerviosos, tiene un tamaño aproximadamente tres veces mayor que el de nuestros parientes más cercanos en la escala evolutiva, los primates no humanos. En el curso de millones de años el cerebro ha crecido desde abajo hacia arriba, la parte más primitiva es el tronco cerebral que rodea la parte superior de la medula espinal. No se puede decir que este cerebro primitivo piense o aprenda; más bien regula las funciones básicas como la respiración y el metabolismo de otros órganos. Este cerebro fue el predominante en la Era de reptiles. A partir de la raíz más primitiva, en el tronco cerebral, surgieron los centros emocionales. Millones de años luego en estas áreas emocionales emergió el cerebro pensante o “neo corteza”, el hecho de que el cerebro pensante surgiera del emocional es muy revelador con respecto a la relación que existe entre pensamiento y sentimiento; el cerebro emocional existió mucho antes que el racional. En consecuencia con la llegada de los primeros mamíferos aparecieron nuevas capas en el cerebro emocional. (Goleman, 2004)

Debido a esto, estas capas fueron rodeando al tronco cerebral formando lo que hoy se denomina “el sistema límbico”. Por esta razón es que cuando estamos dominados por el anhelo o la furia, trastornados por el amor o retorcidos por el temor, es el sistema límbico el que nos domina. Este sistema refinó dos herramientas; el aprendizaje y la memoria. La neo corteza del Homo Sapiens, mucho más grande que en ninguna otra especie, ha añadido todo lo que es definitivamente humano. Esta es el asiento del pensamiento, contiene los centros que comparan y comprenden lo que perciben los sentidos. A medida que fuimos avanzando en la escala filogenética, desde el reptil al macaco y al humano esta neo corteza fue creciendo; por este motivo las interconexiones cerebrales también lo hicieron. Visto que cuanto más grande es el número de estas conexiones, mayormente más amplio fue la gama de respuestas posibles; estas permitieron la sutileza y complejidad de la vida emocional, como la capacidad de tener sentimientos con respecto a nuestros sentimientos. (Goleman, 2004)

Gracias a que el temor pone en marcha al cerebro emocional, parte de la ansiedad resultante fija la atención en la amenaza que está a mano, forzando a la mente a obsesionarse acerca de la forma de enfrentarse al peligro, esto genera lo que hoy se denomina “estrés”. (Goleman, 2004)

El estrés ha acompañado al ser humano desde siempre. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el estrés es definido como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al

organismo para la acción “ (Encalada Mamani, Zegarra Obando , Malca Uribe, & Tello Vivanco, 2007).

Aunque la palabra estrés tiene poco más de 60 años, hoy en día tiene un uso muy cotidiano ya que se estudia desde 3 perspectivas fundamentales; la tradición ambiental que valora los acontecimientos externos para confrontar el ser humano, la tradición psicológica que se centra en las evoluciones subjetivas sus demandas y los recursos disponibles y por último la tradición biológica que estudia la activación de los diferentes sistemas biológicos. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003)

Según la perspectiva biológica el término estrés fue introducido por Walter Cannon en 1911 para designar a todos los estímulos nocivos que fueran capaces de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003)

A si mismo Hans Selye endocrinólogo de Montreal, establece que el estrés es una respuesta fisiológica generalizada y no una respuesta específica. Se produce mediante la activación del hipotálamo que provoca una respuesta hormonal estimulada por la hipófisis; esta segrega corticotropina activando la glándula suprarrenal produciendo adrenalina y noradrenalina las cuales son potente vasoconstrictores generadora de energía en poco tiempo. La corteza suprarrenal genera Cortisol que en situaciones de indecisión aumenta y a su vez se fabrica aldosterona favoreciendo el aumento de la presión arterial. (Salud, 2001)

En efecto Hans Selye introduce el concepto de Síndrome General de Adaptación como un conjunto de procesos fisiológicos que son descritos en 3 fases , la Alarma el cual el organismo reacciona ante un estrés activando el sistema nervioso central generando midriasis, sequedad de boca, taquicardia ,taquipnea, sudoración , hipertensión arterial el cual dura poco aunque necesita tiempo para recuperarse y si no lo hace ingresa en una fase de Resistencia esta fase implica que el cuerpo debe mantener los procesos fisiológicos anteriormente descritos , cuando el estrés es demasiado intenso se agota, ya que no puede subsistir iniciando la etapa de Agotamiento. (Salud, 2001). Cuando la activación es demasiada intensa o prolongada los mecanismos fallan y surgen las enfermedades o bien por que los mecanismo adaptativos no lo permiten o por el esfuerzo que conlleva mantenerlo. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003)

El estrés es uno de los problemas de salud más grave en la actualidad ya que no solo afecta a los trabajadores de la salud al provocarles incapacidad física o mental, sino también a los empleados de las diferentes áreas. Enfermería es uno de los grupos más afectados por el estrés en su trabajo diario. En la psicología organizacional se utiliza el término estresor para incluir a aquellos

elementos que existen en el ambiente de trabajo que pueden producir estrés. Los llamados agentes estresantes se los denominan a aquellos estímulos que provocan o desencadenan el estrés en un determinado momento. En primer lugar tenemos los factores laborales como son los inconvenientes en la iluminación, así el exceso como el defecto dificulta la percepción correcta de los estímulos visuales; los ruidos cuando los niveles son muy graves y continuos producen irritabilidad. En segundo lugar tenemos los factores dependientes del trabajo como son, la carga mental definiéndose como la energía y la capacidad mental de las personas para desarrollar el trabajo a su vez el control sobre el trabajo realizado producen un grado de tensión en el individuo como también las jornadas laborales extensas. En tercer lugar tenemos a los factores familiares por ejemplo las relaciones conyugales o más aun cuando ambos miembros de una pareja trabajan, las relaciones con los hijos sobre todo cuando se invierte el tiempo en el trabajo y no con los ellos, las convivencias con ancianos ya que se pierde intimidad y no puede relajarse cuando se retorna del trabajo, el cuidar de familiares enfermos en este caso se añade la asistencia y el cuidado; debido a esto el trabajador es absorbido por el trabajo y no se relaja transmitiendo su tensión a la familia Y por el ultimo los factores personales que hace referencia al tipo de personalidad que desarrolla el individuo existiendo dos clases el tipo "A" y "B". Tendiendo a padecer mayores niveles de estrés las personalidades tipo "A", que son las personas que necesitan constantemente conseguir logros cada vez más importante a estos no les gusta delegar responsabilidades y generalmente son candidatos a padecer problemas cardiovasculares. El tipo de personalidad "B" no son agresivas y prefieren el trabajo en equipo y delegan responsabilidades. (Salud, 2001). Sin embargo en el ámbito de la salud laboral se habla de factores de riesgo psicosociales como los elementos que existen en el ambiente de trabajo que cuando alcanzan un determinado nivel, producirán en el individuo una tensión. En conclusión el término estresor y factor de riesgo son equivalentes y se refieren a factores causales de estrés. (Encalada Mamani, Zegarra Obando, Malca Uribe, & Tello Vivanco, 2007)

La ansiedad normal sirve como un estímulo energizante eficaz para mejorar la realización de cualquier tarea. A medida que aumenta la ansiedad, se estabilizan los resultados obtenidos. El eustrés o tensión emocional sana, sirve para conseguir una mejor adaptación al medio y se caracteriza por el predominio de la capacidad exploratoria y creativa si como por la búsqueda activa y transformadora de la realidad, en diferencia a las conductas de escape que acompañan al diestrés. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003)

Hans Selye señala que es necesario una cierta cantidad de estrés para conseguir un rendimiento estimable y para sentirse feliz en el trabajo. Sin un mínimo de estrés el hombre siente apatía o aburrimiento. Cuando aumenta el estrés también lo hace la motivación. El organismo y la mente entran en un estado de alerta y se facilitan respuestas creativas a las situaciones. Se activan los recursos disponibles y se facilita un aumento del rendimiento. Inicialmente el estrés dinamiza la actividad del individuo porque provoca un proceso de incremento de recursos especialmente la atención y la memoria. Sin embargo cuando este proceso es muy intenso o dura mucho tiempo los recursos se agotan y llega el cansancio, Al crecer cada vez más el estrés, el rendimiento comienza a disminuir lentamente al principio muy rápido y luego se entra en zona de peligro. (Vera Acosta, 2008)

Teniendo en cuenta esto, los enfermeros corren altísimo riesgo de padecer estrés laboral. Dadas las características del trabajo y el entorno en el que trabajan se ha observado que el profesional de enfermería corre mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el estrés. La razón fundamental es que estos profesionales sanitarios, en gran proporción, realizan tareas administrando cuidados directos a personas con sufrimiento físico y psicológico y sobre todo los que permanecen cuidando a pacientes críticos y terminales. Es por eso que se encuentra a enfermería con pérdida de la motivación, descenso del rendimiento, deterioro de la calidad del trato ofrecido, junto al desarrollo de sensaciones de cansancio emocional, inadecuación y fracaso personal y profesional, todo esto síntomas de estrés crónico. (Encalada Mamani, Zegarra Obando, Malca Uribe, & Tello Vivanco, 2007)

Históricamente se ha pretendido que el trabajo de enfermería requería solamente vocación para desempeñar el papel, capacidad de servicio, abnegación y buen carácter. Tradicionalmente el trato que se espera es de simpatía, comprensión y en ocasiones servilismo. La valoración de sus competencias científicas-Técnicas se relegaba a un segundo término. Recién en el siglo XX se ha alcanzado al rango de Ciencia con algunos autores como Rogers (1970) el cual describen la enfermería conjuntamente como arte y ciencia. Tengamos en cuenta que la historia de enfermería se remonta a congregaciones militares y religiosas de la edad media y quizá por eso resulta difícil desembarazarse de eso. El cuidado es una actividad muy antigua, recién en la época moderna la enfermera se encuentra preparada para afrontar las demandas del trabajo esta es la etapa de su historia en que su formación es más amplia y profunda, con cuerpo de conocimientos propios. Pero se encuentra con un modelo biomédico, trabajo rutinario, con una gran dependencia médica y sin autonomía. La persistencia de este hecho genera una gran frustración. Las modernas concepciones de la salud intentan dirigir el sistema sanitario hacia una visión más integradora,

holística aunque sigue imponiéndose el modelo biomédico, este modelo impera sobre el holístico, lo cual dificulta el desarrollo profesional de algunas enfermeras y su consiguiente frustración. Resulta difícil y estresante realizar la función de cuidador, de apoyo al enfermo y familia, educador sanitario, cuando la carga de tareas delegadas llena su tiempo. Concluyendo se puede afirmar que si un profesional no está satisfecho con lo que hace, tiene mayor riesgo de agotarse emocionalmente y de sufrir estrés laboral, además del contagio de su ansiedad a los compañeros, pacientes y familiares (Jose Carlos Mingote Adan, 2003).

De ahí que a la labor de enfermería Escriba V. describe que los principales estresores de enfermería son la permanencia con el sufrimiento de pacientes en estado crítico, la falta de apoyo por parte de compañeros, la sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo, los problemas interrelacionados con el resto del equipo de enfermería, conflicto con los médicos y la falta de apoyo social. Existe un gran número de factores de riesgo de estrés laboral entre ellos se identifican los relacionados con el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad del rol, los contactos sociales, el clima organizacional, el contacto con el paciente, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una cualificación profesional, los horarios irregulares, la violencia hacia el profesional, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo. (Encalada Mamani, Zegarra Obando, Malca Uribe, & Tello Vivanco, 2007)

En las guardias los manejos de pacientes críticos en los servicios de emergencia está rodeada permanentemente de riesgos tanto para el paciente como para el equipo de salud que lo acompaña. Es por esto que la decisión rápida que se tome debe basarse en una evaluación de los beneficios potenciales para el usuario contra los riesgos posibles. Por esto es que los enfermeros que trabajan en situaciones de emergencia deben estar preparados para los peores escenarios, en un estudio relacionado sobre los estados emocionales en su desempeño se afirma que su perfil emocional sufre alteraciones en el transcurso del turno lo que puede deberse al desgaste y al estrés propio de la actividad de prestar asistencia sobre todo en las unidades donde hay una gran exigencia de altos niveles de habilidad y necesidad de respuesta inmediata en emergencias. El cansancio se lo considera una variable de intensidad fuerte, al final del turno en todas las unidades críticas, se considera situaciones de mucho estrés a los momentos en los cuales el paciente sufre, son agresivos o se encuentran nerviosos. Las áreas de emergencia son espacios donde se requiere personal de enfermería calificado para el manejo de pacientes críticos, por la gran responsabilidad que asume en salvar el mayor número de vidas. Debido a esta situación el personal de salud está expuesto a situaciones de estrés, de ahí que esto se relaciona directamente con el grado de

responsabilidad del profesional , sobrecarga laboral y la presión del tiempo, el contacto con la muerte, el sufrimiento, el conflicto, no tener oportunidades de exponer quejas, todo esto afecta a la vida del profesional. (Encalada Mamani, Zegarra Obando , Malca Uribe, & Tello Vivanco, 2007)

A saber el estrés laboral se asocia directamente a múltiples enfermedades, a mayores índices de accidentes laborales, ausentismo entre otros. Y a nivel institucional se sabe que el estrés laboral disminuye el rendimiento y la productividad. Sotillo menciona que el estrés es causa directa e indirecta en la producción de accidentes de trabajo, así como otros efectos negativos para la salud de los trabajadores. Los enfermeros están expuestos a altos grados de estrés ya que desempeñan una gran responsabilidad en su trabajo, reciben críticas de forma constante de otras personas, como médicos, supervisores, familiares de los pacientes y el paciente en sí mismo. Quick y Quick establece dos tipos de consecuencia de estrés la indirecta y la directa. La directa se encuentra el ausentismo laboral, tardanzas y retrasos en el trabajo, poca membresía y participación. La indirecta se relaciona con la cantidad y la calidad del trabajo, la productividad, accidentes. Los episodios de estrés que duran poco o son infrecuentes representan poco riesgo para quien lo sufre aunque, si las situaciones estresantes continúan y no se resuelven el organismo se mantiene activo. . (Encalada Mamani, Zegarra Obando , Malca Uribe, & Tello Vivanco, 2007)

En la actualidad la muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario, se la considera un fracaso tanto a nivel sanitario como por el resto de la sociedad. Esto origina una sensación de impotencia, de no poder haber hecho más por evitarla. Estas situaciones se ven a menudo en unidades cerradas .Los pacientes que ingresan en unidades cerradas se puede pensar que a pesar de aplicar alta calidad de cuidados y una moderna tecnología, la situación puede cambiar bien para mejorar o para empeorar, incluyendo aquí lo inevitable, la muerte. En las prácticas clínicas al enfrentar el proceso de la muerte aflora con frecuencia un sentimiento de fracaso e impotencia, en el que no concebimos que la ciencia no haga de este fenómeno algo evitable. Debido a que las enfermeras son el colectivo que más tiempo pasa con el enfermo y su familia y esta proximidad espacial y temporal conlleva intensas reacciones emocionales, que de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad y estrés. Por supuesto que si a este padecimiento se añade la tensión asistencial, se puede llegar a un agotamiento emocional, lo que puede originar un distanciamiento con el enfermo o una identificación con sus problemas, no siendo ninguna de las dos actitudes la correcta porque ambas pueden interferir la buena práctica de los cuidados de enfermería. Podemos decir que actualmente no se enseña a reflexionar sobre la muerte, ni se educa para morir. El ser humano tiene necesidad

intrínseca de encontrar no una explicación a la muerte, sino una manera de adaptarse a ella. La mayoría de los enfermos mueren en un hospital, y son pocos los que saben que van a morir. Esto origina una mayor tensión emocional en la enfermería que es la que suele estar más en contacto con el paciente. Conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonal y en la atención de enfermería con pacientes y familiares (Tobajas, Ortiz, Martínez, & Gavilán, 2017)

Cuando el estrés laboral es crónico se desarrolla el síndrome de Bourn Out Herbert J. Freudenberger aplica el término Burn-out, en 1974, para hacer referencia al desgaste o sobrecarga profesional. Este concepto había sido tomado de la palabra con la que se hacía referencia al estado en que quedaba una persona “burn out” (fundida, quemada) por las drogas. A la vez que Maslach (1976), una investigadora en psicología social, comienza a estudiar esta problemática en el medio asistencial. Maslach y Jackson (1982) describen y sistematizan al Síndrome de Burnout postulando lo siguiente es una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar. En consecuencia es una entidad clínica propia de los profesionales de servicios humanos cuya tarea exige una atención intensa y prolongada con personas en situación de necesidad o dependencia. (Graciela Zaldua, 2000).

Este síndrome también llamado de Desgaste Profesional se utiliza para expresar el sufrimiento personal derivado del desgaste emocional en el trabajo directo con personas sobre todo en situaciones de enfermedad o desamparo, esto desgasta continuamente a la salud del trabajador afectando la productividad de la empresa y se asocia a insatisfacción del usuario y al deterioro de la calidad profesional. Para Chernis (1980) es un *“proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral”* en primer lugar ocurre un desbalance entre las demandas y los recursos, se trataría de un estrés psicosocial. En segundo lugar se producen estado de tensión psicofisiológica y por último suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a relacionarse con los pacientes de una forma distante, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que se presta. Para Chernis esto depende de las características organizacionales como las del sujeto. En definitiva resulta de la discrepancia entre las expectativas e ideales individuales, por una parte y la dura realidad de la vida ocupacional por otra. Es la resultante desadaptativa del estrés interpersonal laboral crónico puede ser percibido conscientemente por la persona que lo padece, o bien puede negarlo durante

mucho tiempo. Poco a poco la persona se va sintiendo afectada. El síndrome de desgaste profesional se caracteriza por presentar las siguientes manifestaciones. Manifestaciones de tipo mental como sentimiento de vacío, agotamiento vital, fracaso e impotencia personal, baja autoestima y pérdida de la realización a través del trabajo, nerviosismo, dificultad de concentración, olvidos, sentimiento depresivos y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivo hacia los enfermos, los compañeros y la propia familia. En cuanto a lo físico se describen síntomas como cefaleas, insomnio, hipertensión arterial, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, enfermedad coronaria, fatiga crónica y en las mujeres mayor frecuencia del ciclo anovulatorio. En relación a lo conductual, conductas adictivas y evitativas o de escape de la realidad con consumo aumentado de café, té, tabaco, alcohol, fármacos y drogas ilegales, abstenimiento laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.. Se han descrito varios grados, en su primer grado hace referencia a la pérdida de autocrítica, autocomplacencia excesiva y elevada competitividad interpersonal, intolerancia a la crítica vivida como agresión destructiva, problemas de relación con la familia y en el trabajo. En el segundo grado hay un progresivo deterioro físico y emocional con alteraciones del sueño, del apetito, de la libido, pérdidas de energía y desmotivación hacia el trabajo. En su tercer grado progresa la ansiedad, depresión, intensificación de los rasgos neuróticos de la personalidad, somatizaciones, conductas de riesgo adictivas, aislamiento social y suicidio. Uno de cada cuatro enfermeros acusa un severo agotamiento y deterioro profesional por sobrecarga de trabajo y falta de recursos personales y apoyo social. Lo más frecuente en enfermería es la depresión. Dublin y Spielgman describen el triple signo de ignorancia, indiferencia y falta de cuidado de los sanitarios hacia su propia salud. Generalmente los problemas emocionales son ocultados y mal afrontados. El deterioro producido es lo suficientemente importante como para afectar la práctica de su trabajo con el daño que puede ocasionar a los enfermos. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003)

La edad pareciera que no puede influir aunque puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría algunos años en los que los profesionales estarían más sensibles a esto, siendo principalmente los primeros años de la carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiendo que en este tiempo la recompensa personal, profesional y económica no son ni las prometidas ni las esperadas. En cuanto al género principalmente las mujeres serian el grupo más vulnerable ya que la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y las tareas familiares prolongaría el rol de la mujer. (Atance Martinez, 1997)

Mason en el año 1975 concluyó que la respuesta de estrés es vital para la supervivencia, aunque en sí misma no es que sea buena o mala, sino que depende de la adaptación y los recursos. El sistema inmunológico es exquisitamente sensible a los cambios de las circunstancias vitales y a las actitudes de las propias personas. Aquellos sujetos que hacen un afrontamiento más eficaz de las demandas adaptativas mantienen una mayor actividad citotóxica de las células Natural Killer que los que no lo hacen y presentan menos síntomas asociados a la ansiedad y depresión. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003)

En consecuencia de todo lo dicho podemos entender que Lazarus y Folkman definen que no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que dependen de la evaluación o interpretación que el individuo haga de ellas. Si los eventos son percibidos como amenazantes para el propio bienestar entonces se desencadena el estrés y frente a esto se responde de alguna manera. Es así que estos autores introdujeron la consideración de modos de afrontamiento o *Coping*, esto se refiere a como una persona responde ante determinadas situaciones cuando no se cuenta con recursos para ello; de esta manera distingue modo de afrontamiento dirigido al problema, que busca definir el problema y encontrar soluciones alternativas y modos centrados en la emoción en la cual se intenta regular la respuesta emocional que surge en consecuencia de las situaciones. Moos y Billings sugirieron tres dimensiones a las ya propuestas por Lazarus y Folkman en 1986 (centrado en el problema y centrado en la emoción) sumaron el afrontamiento centrado en la evaluación, que busca definir el significado para la situación causante de tensión y a reflexionar sobre sus causas y posibles soluciones. Cada dimensión cuenta con tres estrategias de afrontamiento. Los modos de afrontamiento que tienen menor control sobre la emoción son utilizados generalmente en situaciones que el sujeto valora como amenazantes, lesivas, desafiantes y sin posibilidad de modificación (Lazarus & Folkman, 1986) y junto a la evitación, podría considerárselos como menos eficientes y activos (excepto en aquellos casos en que la persona carece de control sobre el estresor y el tiempo de exposición a él es corto), mientras que el afrontamiento focalizado en el problema conduciría a un mejor ajuste y adaptación ante los estresores de la vida y a experimentar menos síntomas psicológicos. (Popp, 2008)

A la luz de conocimientos actuales, parecería que los estados de agotamiento y disfunciones biológicas, psicológicas y sociales como resultados de una prolongada exposición al estrés se deben a un nexo común relacionado con la teoría de las neuronas espejos. En 1996, el equipo de Rizzolatti estudiando el cerebro de monos, descubre un grupo de neuronas que no solo se activaban cuando el animal ejecutaba ciertos movimientos, sino que simplemente con contemplar a otros hacerlos, también entraban en acción. Las denominaron neuronas espejos o especulares. El

sistema espejo permite hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás., te ponen en el lugar del otro. La base de nuestro comportamiento social es que exista la capacidad de tener empatía e imaginar lo que el otro está pensando. Rizzolati afirma que este tipo de neuronas permiten captar las intenciones de los otros. Estas neuronas se activan incluso aunque no veamos la acción, cuando hay una representación mental de ella. Su puesta en marcha corresponde con las ideas. Las neuronas espejo permiten entender la mente de los demás no solo a través de un razonamiento conceptual, sino mediante la simulación directa, sintiendo, no pensando. El personal más efectivo serían los más vulnerables a este tipo de reflejo o contagio. Los que tienen gran capacidad para sentir y expresar empatía tienden a tener más riesgos de estrés por compasión (Pere, Viñas-Salas, Gonzalez -Soler, & Pifarré, 2015). Puesto que enfermería es una relación interpersonal de ayuda con el individuo-familia implican experiencias de aprendizaje, el cual la activación de estas neuronas espejo se dan constantemente. En enfermería las características de una relación de ayuda terapéutica implican un vínculo intelectual y emocional entre el enfermero y el sujeto de cuidado y está centrado en quien recibe el cuidado, según lo expresado por la psicóloga Graciela Novoa los elementos que favorecen la relación de ayuda o relación terapéutica son la capacidad de apego, refiriéndose a la capacidad de establecer sentimientos de confianza y seguridad, empatía describiendo el reconocer al otro, poder conocer y comprender los sentimientos de otra persona, poder pensar las implicancias de cualquier procedimiento desde la perspectiva de quien sufrirá, a su vez la capacidad de discentramiento la llamada disociación instrumental que supone conocer los propios temores, las propias necesidades para resolverlas en un tiempo diferido, respetando las necesidades del otro, sus tiempos que no siempre se adecuan a los propios, esto se vincula a la capacidad de esperar y tolerar. Es no esperar allí resolver las necesidades de reafirmación profesional, es aceptar el estilo del otro con sus rasgos y fases de demanda, negación, inhibición. Por otra lado la capacidad de continencia es ser un depositario operativo de las ansiedad del sujeto, ser depositario es no solo aceptar lo depositado (angustia, ansiedad, o agresión) sino también poder entenderla, descifrando para poder llegar luego a realizar una devolución orientadora. La distancia óptima es la cercanía que permite seguir desempeñando un rol instrumental, la actitud de apertura es opuesta a los prejuicios y por último el pensamiento dialéctico capaz de reconocer procesos y a los cambios como producto de la lucha entre los aspectos contradictorios. Todo esto implica vencer las propias resistencias vividas como impotencia, imposibilidad de reconocer las posibilidades en sí mismo y en su medio, es un aprendizaje. (Escuela De Enfermería U.N.R). Estas habilidades del enfermero son necesarias para un buen profesional de salud, por esto debido al gran estrés que genera la aplicación de esto encontramos el Mindfulness como estrategia preventiva.

La traducción más extendida del *mindfulness* es la atención plena o conciencia plena. Para Ka-Zinn, pionero y creador del programa significa prestar atención de un modo particular, centrado en el momento presente, a propósito y sin establecer juicio de valor. Incluye cualidades amables y compasivas en la persona que presta atención. Hoy en día el *mindfulness* se lo relaciona con la neuroplasticidad, la integración neural y el equilibrio neurológico. Posibilitando responder de una manera más espontánea, más natural, con más discernimiento, en lugar de actuar de forma muy restringida y determinada por los condicionantes internos y externos que nos afectan. En consecuencia se ha relacionado esta práctica con un incremento del bienestar general, mejoras en el funcionamiento corporal, salud, respuestas inmunológicas, bien estar físico, claridad mental y reducción de tensión corporal; por un lado la función más importante atribuida es facilitar y favorecer el equilibrio cognitivo y por el otro el afectivo. Treadway y Lazar recogen una serie de resultados obtenidos por la meditación *mindfulness*, estos son mayor capacidad para tomar distanciamiento de las emociones negativas, mayor efecto positivo con un patrón emocionalmente estable de actividad cerebral, menor reactividad al estrés y mayor vitalidad cognitiva; a su vez se encontraron efectos neuroprotectores y de reducción del deterioro cognitivo asociado al proceso de envejecimiento. (Pere , Viñas-Salas, Gonzalez -Soler, & Pifarré, 2015).

Cuando el *mindfulness* se afronta como una estrategia consiste en intervenciones basadas en la práctica de ejercicios de meditación y ejercicios experienciales Esta intervención no constituye un protocolo único, sino que son actividades que se seleccionan según el objetivo del terapeuta o del investigador que implican el seguimiento de instrucciones guiadas y la práctica personal. Su objetivo es diseñar ejercicios que fomenten que las personas atiendan a las experiencias internas que ocurren en cada momento, tales como: sensaciones corporales, pensamientos y emociones. Otros fomentan la atención a los aspectos del medioambiente, como imágenes y sonidos. En algunos estudios se han utilizado para el tratamiento contra la ansiedad , el estrés, regulación emocional y violencia de género cuando es utilizado como estrategia se realiza una intervención compuesta por una serie de pasos ajustado por los objetivos del terapeuta, con el fin de generar cambios en variables dependientes. (Muñoz Martínez A., Monroy-Cifuentes A., & L., 2017)

Se ha demostrado que el *mindfulness* ejerce una poderosa influencia en la salud, el bienestar y la felicidad de quienes lo practican. Así lo atestiguan las pruebas científicas y médica presentadas. No obstante, y dado que no se trata simplemente de una buena idea, sino de una práctica, su cultivo es un proceso que se desarrolla y profundiza con el tiempo. Resulta más beneficioso si se adopta un sólido compromiso, con constancia y disciplina. Mark Williams y Danny Penman construyeron un programa de guía y estructura dentro de la cual puede observarse la propia

mente, el cuerpo y el devenir de la vida, además de un enfoque sistemático y fiable para trabajar con lo que vaya surgiendo. Esta arquitectura se basa en pruebas y surge de la reducción de estrés basada en el *mindfulness* (REBM) y de la terapia cognitiva basada en el *mindfulness* (TCBM). Se le ha dado una forma de programa coherente, convincente y razonable de ocho semanas para que lo siga todo aquel al que le importe su salud física y mental. Mark Williams es uno de los principales investigadores sobre el *mindfulness* y pionero en su desarrollo y su difusión junto con Jhon Teasdale y Indel Segal es cofundador de la terapia cognitiva basada en el *mindfulness* (TCBM) que según han demostrado diversos estudios, suponen un gran avance para las personas con trastornos depresivos mayor ya que reduce drásticamente el riesgo a recaídas. (Williams & Penman, 2013)

Las prácticas fueron diseñadas para ayudar a superar los brotes repetidos de depresión grave a las personas que lo padecen. Además se ha demostrado clínicamente que reduce a la mitad el riesgo de depresión en las personas que han sufrido las formas más severas de la enfermedad. Resulta al menos tan eficaz como los antidepresivos, y no tienen ninguna contraindicación. De hecho, es tan efectivo que hoy constituye uno de los tratamientos recomendados por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido. (Williams & Penman, 2013)

Una meditación típica consiste en centrar toda la atención en la respiración. Concentrarse en cada bocanada de aire que entra y sale de tu cuerpo permite apreciar como surgen los pensamientos en la mente y, poco a poco, dejar de luchar contra ellos. Acabamos dándonos cuenta de que estos vienen y van a su propia ritmo, que uno no es el pensamiento. Se llega a la comprensión profunda de que los pensamientos y los sentimientos incluyendo los negativo son pasajeros. Vienen y van, y en última instancia uno puede elegir si actúa sobre ellos o no. (Williams & Penman, 2013)

El *mindfulness* trata sobre la observación sin crítica, ser compasivo con uno mismo sobre todo cuando la infelicidad o el estrés es abundante. Propone que en lugar de tomarlo como algo personal, se aprende a tomarlo como si fuesen nubes negras en el cielo y a observarlo con curiosidad sana a medida que pasan y se alejan. En esencia, el *mindfulness* te permite atrapar los patrones de pensamientos negativo antes de que se conviertan en un espiral descendente. Con el tiempo, aporta cambios a largo plazo en el estado de ánimo y en los niveles de felicidad y bien estar, no solo evita la depresión, sino que además influye positivamente en los patrones cerebrales que subyacen a la ansiedad, el estrés, la depresión y la irritabilidad que nos afectan día a día. Así cuando surgen esos estados desaparecen de nuevo con mayor facilidad. Otros estudios demuestran que las personas que meditan de manera habitual visitan menos al médico

y pasan menos días hospitalizados. La meditación mejora la memoria, aumenta la creatividad y los tiempos de reacción se agilizan. Las personas que meditan con frecuencia son más felices y están más satisfechas que la media, estos resultados no son importantes en sí mismos, sino que tienen una enorme importancia médica porque esas emociones positivas están ligadas a una vida más longeva y más sana. La ansiedad y la irritabilidad se reducen con la práctica regular de la meditación. Además mejora la memoria, los tiempos de reacción se agilizan y la energía mental y física aumenta. A su vez las personas disfrutan de relaciones con mayor calidad y más satisfactorias. Por último los estudios demuestran que la meditación refuerza el sistema inmunológico y por lo tanto, ayudan en la lucha contra resfríos, gripes y otras enfermedades. (Williams & Penman, 2013)des.

A pesar de todo esto muchas personas sienten cierto recelo cuando escuchan la palabra “meditación”, es por esto que es necesario aclarar que el *mindfulness* es simplemente un método de entrenamiento mental, tampoco es necesario sentarse en el suelo con las piernas cruzadas, se puede meditar en prácticamente en cualquier sitio, tampoco requiere mucho tiempo, aunque si un poco de paciencia e insistencia. Se trata de ver el mundo con mayor claridad para poder emprender acciones más sabias y razonadas que te permitan cambiar aquello que necesitas cambiar. (Williams & Penman, 2013)

La organización Mundial de la Salud calcula que la depresión supondrá la segunda enfermedad más cara para la sanidad en el año 2020. En torno al 10% de la población podría caer víctima de la depresión clínica. Y es probable que las cosas empeoren. La depresión supondrá una carga mayor que las enfermedades cardíacas, la artritis y numerosas formas de cáncer, tanto para los ciudadanos como para la sociedad, en menos de una década. (Williams & Penman, 2013)

Antiguamente la depresión era una enfermedad de la edad adulta tardía; actualmente afecta la población en torno a los veinticinco años y un considerable número de personas la sufren por primera vez en su adolescencia. Además se dan casos de persistencia entre el 15 % y el 39% de los pacientes siguen deprimidos al cabo de un año. Un dato no menor es que la depresión tiende a regresar. Si se ha estado deprimido una vez, existe un 50% de probabilidades de recurrencia. La meditación *mindfulness* puede acompañar a aquellas personas que toman antidepresivos ya que la investigación realizada por Kees Van Heeringen, en Gante (Bélgica), sugiere que puede ser practicada por personas que toman medicación. Se descubrió que reduce las probabilidades de recaídas de un 68 % al 30% aunque debe decirse que la mayoría de los pacientes estudiados tomaban antidepresivos. Si nos preguntamos si la meditación puede ser una alternativa Williem Kuyken y Zindel Seagel demostraron que las personas que dejaban los antidepresivos y

realizaban el curso de *mindfulness* de ocho semanas obtenían los mismos o mejores resultados que los que continuaban con la medicación. (Williams & Penman, 2013)

El programa de ocho semanas cuenta con dos elementos, el primero es una meditación (o serie de meditaciones breves) que ocupan un máximo de 20 minutos, con meditaciones que no duran más de 3 minutos. El segundo es el liberador de hábitos el cual está pensado para volver a poner en marcha la curiosidad innata. En general es una práctica divertida. Incluye actividades como ir al cine y elegir una película al azar o dejar de sentarte en el mismo sitio de siempre en las reuniones lo ideal sería realizar las meditaciones 6 días a la semana. Aunque no resulta imprescindible el programa se lleve a cabo en ocho semanas, pero sí es importante que este se termine si se quieren obtener el máximo de los beneficios. (Williams & Penman, 2013)

Por consiguiente durante las primeras cuatro semanas del programa se hace hincapié en aprender a prestar toda la atención a los diferentes aspectos de mundo interior y exterior. Además se aprende a realizar meditaciones de hasta tres minutos. Las cuatro semanas restantes del programa refuerzan ese trabajo y ofrecen vías prácticas para ver los pensamientos como hechos mentales, como nubes en el cielo. (Williams & Penman, 2013)

En la primera semana resulta fundamental la meditación del cuerpo y la respiración, estabilizar la mente y ver qué ocurre cuando se centra toda la atención en una sola cosa. En la segunda semana se realiza el escáner corporal para ayudar a explorar la diferencia entre pensar en una sensación y experimentarla se entrena la mente para que concentre su atención directamente en las sensaciones corporales sin juzgar o analizar lo que se descubre. La tercera semana se realiza prácticas suaves de movimientos basados en el yoga, se aprende que el cuerpo es muy sensible a los sentimientos perturbadores emergentes cuando se centran en objetivos, y eso te permite observar que grado de tensión, enfado o infelicidad alcanzan cuando las cosas no ocurren como se desea. La cuarta semana incluye la meditación del sonido y pensamientos, al hacerlo se aprenderá que la mente es el pensamiento lo que el oído al sonido, esto ayuda a adoptar una postura descentrada respecto al pensamientos y los sentimientos. Se observa como vienen y van. En la quinta se cultivan acciones de bondad hacia uno mismo para encontrar la paz. En la sexta se explora como se desvanece gradualmente las maneras de pensar negativas cuando se cultiva de forma activa la bondad y la compasión a través de la meditación. La séptima semana se explora la relación entre nuestras rutinas, actividades, comportamientos y estados de ánimo. Se centra en utilizar la meditación para ayudar a tomar decisiones cada vez más acertadas. La última se integra el *mindfulness* a la vida cotidiana. (Williams & Penman, 2013)

Un estudio realizado sobre el estrés laboral y su efecto biopsicosocial en el cuidado de enfermería informa sobre la importancia de realizar intervenciones que favorezcan un estilo de vida saludable en los individuos que padezcan estrés laboral, aunque la mayoría de los estudios están relacionados hacia los factores y las frecuencias de él; menciona la importancia de la implementación de técnicas no farmacológicas en el cuidado de personas susceptibles a desarrollar estrés laboral. Albert Marine describe que las intervenciones para la prevención del estrés laboral pueden agruparse, por un lado, en intervenciones dirigidas a las personas mediante terapia cognitiva-conductual, relajación, musicoterapia, masaje terapéutico y de componentes múltiples, por otro lado, también están las intervenciones orientadas hacia el trabajo, como el cambio de actitud, el apoyo de colegas, la participación en la solución del problema y la toma de decisiones. En consecuencia parte del tratamiento no farmacológico que enfermería puede implementar para la prevención, manejo y el control del estrés laboral, incluyen técnicas agrupadas en tres tipos de respuesta. Estas alternativas no farmacológicas no solo reflejan una factibilidad económica, humana y política sino que han demostrado la disminución del estrés laboral un mes después de la intervención. (Muñoz de Jesus & Casique-Casique, 2016)

Otras de las técnicas/estrategias es la respiración controlada sobre los síntomas del estrés y ansiedad, la respiración parece tener una influencia notable en la disminución de los niveles de estrés ya que la respiración prolongada se ha visto efectiva para reducir el arousal y la conductancia de la piel durante los períodos respiratorios caracterizados por inspiración rápida y espiración lenta. De igual forma, se han encontrado diferencias en la conductancia de la piel según patrones de respiración distintos, los efectos de la respiración han resultado comparables a los de la relajación muscular progresiva. Los programas que combinan la respiración yogui y posturas del yoga o la meditación han evidenciado que cuando es practicado por 30 minutos cada día es un complemento beneficioso, poco arriesgado y barato para el tratamiento de la tensión nerviosa, la ansiedad, el trastorno postraumático, la depresión, enfermedades médicas relacionadas con la ansiedad y el abuso de sustancias. Con respecto a la técnica de respiración manejada a voluntad, se han encontrado estudios de laboratorios que demuestran una reducción de la hipertensión arterial esencial ya que con este procedimiento se estimula la activación del sistema nervioso parasimpático a través de los reflejos carotídeos y aórticos, los cuales estimulan el núcleo del haz solitario, que comunica con el centro del nervio vago, y a partir de aquí se produce el efecto sistémico. En relación con la duración necesaria de los tratamientos con técnicas respiratorias podemos señalar que los efectos beneficiosos de la respiración lenta se han observado en ocasiones tras una sola sesión. Sin embargo, algunas investigaciones han constatado descensos más relevantes a partir de 4 semanas de entrenamiento y de 6 semanas. Tras 4 semanas de tratamiento

respiratorio, realizado por el servicio de enfermería, pudieron observarse igualmente descensos en las medidas de ansiedad y estrés y mejoras en la calidad de vida. (Cea Ugarte, Cabo González3, & Asunción González-, 2015)

En la actualidad los ciudadanos de los países industrializados pueden tener mayor control sobre su propia salud así se postula desde la Psicología de la Salud que “uno mismo puede hacer más por su propia salud y bienestar que ningún médico , fármaco y que ningún otro procedimiento exótico” siguiendo adecuadas conductas de salud, como es por ejemplo , no fumar ; esto es ampliamente conocido el fumar tabaco es el principal causante de muerte evitable en nuestra sociedad y el principal problema de salud de nuestros tiempos. El ejercicio físico regular isotónico como el trote, el ciclismo o la natación, reducen el riesgo cardiovascular y promueven la longevidad y el bienestar personal. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003). A su vez la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) propone realizar una actividad física de intensidad moderada como mínimo por 30 minutos preferiblemente todos los días que puede ser fraccionada a lo largo del día en período de 10 minutos y a partir de actividades cotidianas como caminar, subir escaleras, trabajar en el jardín o en las tareas de la casa. En un estudio realizado sobre Estrés laboral y actividad física en empleados Universitarios de la Ciudad de Medellín se encontró una correlación inversa entre actividad física y agotamiento emocional. Además dicha relación fue también descubierta en numerosos estudios de Hamer, Stamatakis y Steptoe donde con un mínimo de 20 minutos día/semana se producen beneficios mentales y que su aumento disminuye más el estrés psicológico. También al evaluarse 18 deportistas de élite, 50 deportistas y 24 personas no entrenadas, observaron que el grupo de élite presentaba concentraciones significativamente más bajas de cortisol, de frecuencia cardíaca y estados de ansiedad que los sujetos desentrenados. (Jaiberth, Suarez, & Zapata Vidales, 2014)

Diane Tice, una psicóloga de la Universidad de Case Western Reserve, descubrió que el ejercicio es una de las tácticas más eficaces para disipar las depresiones benignas, así como otros estados de ánimo negativo. Pero debemos hacer una salvedad ya que los beneficios del ejercicio funcionan mejor en el caso de los holgazanes es decir; personas que por lo general no se ejercitan demasiado. Para aquellas que desarrollan una rutina diaria de ejercicios, al margen de cuales fueran los beneficios que estos ofrecieran para modificar el estado de ánimo, probablemente eran más fuertes cuando comenzaron a desarrollar ese hábito. Lo que sucede es que las personas que habitualmente hacen ejercicios producen un efecto contrario con respecto al estado de ánimo; empiezan a sentirse mal los días que abandonan el ejercicio. Esto parece funcionar bien ya que modifica la fisiología que provoca el estado de ánimo; la depresión es un

estado en el que la excitación es escasa, y el ejercicio aeróbico lleva a los organismos a un grado de excitación elevado. Del mismo modo, las técnicas de relajación que llevan al organismo a un estado de excitación menor son beneficiosas para la ansiedad. (Goleman, 2004)

En cuanto a las terapias resulta difícil para los enfermeros admitir problemas emocionales y adoptar el rol del paciente, por lo que este tipo de consulta se hace tras un largo periodo de tiempo en que intentan un ineficaz autotratamiento. El tratamiento de los trastornos mentales de los profesionales sanitarios constituye un verdadero reto profesional para los psiquiatras, quienes experimentan algunos característicos sesgos cognitivos-afectivos con colegas y les diagnostican y tratan de forma menos adecuada que al enfermo común, es por esto que en Estados Unidos ha llevado a crear una figura médica especial para ayudarles este se llama *confronter*, caracterizado por habilidades de comunicación interpersonal, empatía y firmeza suficiente como para encaminar al profesional hacia el tratamiento adecuado, proteger sus intereses profesionales y económicos, cuidar de la rehabilitación y reorientación laboral si lo precisa y servir en todo momento de apoyo personal y social. En resumen podemos decir que hay dos grandes grupos de técnicas terapéuticas. Por un lado las técnicas cognitivo conductuales que se centran en el control de las respuestas del estrés que padece el paciente en el momento presente y se manifiestan en el pensamiento, en las emociones y en las conductas observables, este tipo de técnicas intentan controlar los comportamientos, pensamientos, emociones que resultan estresantes. Las más destacadas son reestructuración cognitiva, autocontrol emocional y control conductual. Por otro lado la psicoterapia todas ellas parten del supuesto de la existencia de conflictos psicológicos que se pueden resolver a través de la interpretación de los mismos y de su elaboración e integración personal. La psicoterapia psicoanalítica se centra en el aquí y ahora vivencial del paciente y en el análisis de las defensas desadaptativas que interfieren en su desarrollo. (Jose Carlos Mingote Adan, 2003)

La visión de Sor Callista Roy resulta oportuna, hace referencia a que un estímulo focal es aquel “estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema Humano”, mientras que los estímulos contextuales son otros estímulos que están presentes en las situaciones que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal, es decir hace referencia a todos los factores del entorno que se les presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía. Aclara que los procesos de afrontamiento son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno y los mecanismo innato de afrontamiento son procesos innatos, automáticos; los seres humanos

no alcanzan a pensar en ellos, a diferencia de los adquiridos estos se crean por medios de método como el aprendizaje, las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. El llamado subsistema regulador supone un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino. El subsistema relacionado es un “proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego los canales cognitivos y emotivos, el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones”. Roy identifica las actividades de enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Siguiendo la definición de Sor Roy, afirma que “la salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo es un reflejo de la adaptación es decir la interrelación de la persona y su entorno” a la vez describe que “la salud no consiste en liberarse de la muerte, enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad para combatirla del mejor modo posible”, esto se relaciona cuando los mecanismo adaptativos no funcionan o cuando el estrés se ha mantenido durante demasiado tiempo, genera enfermedad. Se mantiene la salud cuando la persona está adaptada. El modelo de Roy se centra en la adaptación de la persona es decir frente a los estímulos de su entorno. Esta reacción puede ser eficaz o no, aquellas que son eficaces fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir objetivos de adaptarse, las ineficaces amenazan los objetivos de adaptación (Alligod Raile & Tomey Marriner , 2011)

Concluyendo esto modelo es útil para entender la labor de enfermería y sus procesos adaptativos, como generador de enfermedades. También mediante esto comprendemos que el nivel de adaptación de una persona cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales.

Los resultados que se obtendrán podrán caracterizar el problema y además proveer bases para otros estudios descriptivos, sugiriendo asociación de variables como punto de partida para estudios posteriores.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se utilizará un estudio de tipo Descriptivo, Prospectivo y de corte Transversal. Será descriptivo ya que se estudiarán las variables tal como se presentan en la realidad o en su ambiente natural. Se busca describir la situación y plantear la relación entre variables.

Será Prospectivo ya que los datos se obtendrán en el periodo de Junio a Diciembre de 2018. El corte será de tipo transversal puesto que las variables se medirán en un único momento y el tiempo no incidirá entre ellas.

SITIOS DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACION

El sitio para la investigación será un efector de alta complejidad, guardia, terapia y coronaria en atención directa hacia el adulto mayor en la ciudad de Rosario.

Se realizó el estudio exploratorio o de convalidación (Ver Anexo I) para determinar que el lugar físico sea el adecuado también si se presentan en el lugar las variables de estudio y si la población cumple los requisitos para poder medirlas. En función de esto se aplicó la guía de convalidación en dos Instituciones con estas características y se seleccionó una de estas tomando las áreas cerradas y guardia. Ver informe en Anexo III.

POBLACIÓN

Los sujetos que conforman la población total son 41 enfermeros. El estudio incluirá a todos aquellos enfermeros que se desempeñen en las áreas de Coronaria, Terapia y Guardia. Estos mismos decidirán participar de forma voluntaria y se los invita a evacuar cualquier duda si la hubiera. Con respecto a la validez externa estos resultados no serán generalizados a otra población, alcanzan solo a la población a estudiar.

Los Criterios de inclusión son: enfermeros, licenciados de ambos sexos que realicen actividad asistencial.

Los criterios de Exclusión: Personal de nuevo ingreso, personal de SADOFE (Sábado-Domingo y Feriado), personal que posea doble empleo y aquellos con antecedentes psiquiátricos. Esto se realiza a fin de generar el segundo control de validez interna.

INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Operacionalización de variables

Variable 1

Utilización de herramientas de afrontamiento: Grupo de técnicas/actividades que son de utilidad para disminuir el estrés.

Actividades:

- Gimnasio
- Running
- Pintura
- Canto
- Natación

Técnicas:

- Meditación (Mindfulness)
- Respiración controlada
- Terapia Psicológica

Variable 2

Manifestaciones de estrés: Interacción entre múltiples factores de riesgos. Desequilibrio entre demanda del individuo y su capacidad para dar respuesta a ello.

Manifestaciones Físicas:

- Hipertensión
- Cefalea
- Nauseas
- Palpitaciones

- Estreñimiento
- Calambres

Manifestaciones Psicológicas:

- Cambios de Humor
- Frustración
- Insomnio
- Ansiedad
- Angustia
- Falta de apetito

Manifestaciones Sociales

- Aislamiento Social
- Abandono de actividades cotidianas

Variable 3

Edad

- (Años cumplidos)

Variable 4

Sexo

- Femenino
- Masculino

Variable 5

Antigüedad: Tiempo que lleva de ejercicio profesional hasta el día en que se realiza el proyecto

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- Más de 15 años

La técnica que se utilizará será una encuesta y el instrumento será un cuestionario auto-administrado, el cual cuenta con 19 preguntas y está destinado a medir las variables en estudio, se obtendrán datos personales y se realizarán mediciones de variables simples y complejas. En cuanto a las variables simples se encuentran la edad y la antigüedad de tipo cuantitativas y el sexo de tipo cualitativa. En el caso de la edad su función será independiente y su medición ordinal. En la variable sexo su función será independiente y de escala nominal. Por último la antigüedad será de función independiente y de escala ordinal. Como variable cualitativa compleja, se encuentra “herramientas de afrontamiento” cuya función es independiente y su escala es nominal, al operacionalizarse se establecieron dos dimensiones: actividades y técnicas, cada una de ellas con sus respectivas opciones de respuestas. Dentro de actividades las opciones posibles contenidas en el instrumento son gimnasio, running, pintura, canto, natación, otros y con respecto a técnicas encontramos meditación (mindfulness), respiración controlada, terapia psicológica y otros. El participante puede marcar una, dos, tres o más opciones de respuesta según considere conveniente; A su vez se realizarán preguntas cerradas dicotómicas para medir las variables en estudio. En cuanto a la segunda variable cualitativa compleja manifestaciones de estrés su función es de tipo dependiente y de escala nominal; Se utilizará un cuestionario tipo Likert donde se estableció una categoría de 5 opciones de respuestas según la frecuencia de aparición. Además en la variable edad el encuestado podrá completarlo en un casillero libre.

Las ventajas que presenta este tipo de instrumento es su costo relativamente bajo, su capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo breve ya que no requiere la utilización de personal, pues no es necesario un adiestramiento a encuestadores. Este instrumento permite arrojar datos que se pretenden conocer con exactitud, ya que si es aplicado en diferentes momentos los resultados serán similares. Además están contempladas todas las variables expresadas en el problema, con sus dimensiones y sus respectivos indicadores con preguntas claras de rápida respuesta.

Este instrumento contiene una muy breve introducción en la cual se aclara el objetivo de la realización del mismo y a su vez contempla los principios éticos que será el de autodeterminación. El investigador protegerá a los participantes del estudio garantizando el bien estar físico, mental y social, se preservará la identidad de los que participen en la recolección de datos y cada una de sus respuestas se mantendrán en estricta confidencialidad y además para la selección de las personas no se ofrecerá ningún tipo de incentivo económico siguiendo el principio de justicia. Se reconocerá la autonomía de la persona permitiendo el derecho a tomar

sus propias decisiones , es por esto que si no desea responder alguna pregunta o retirarse lo podrá hacer cuando así lo desee ; bajo ninguna circunstancia se opondrá el investigador .Se firmará un consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento.

La aplicación de la prueba piloto se realizó en un sanatorio céntrico de la ciudad de Rosario (Anexo IV) para generar el tercer control de validez interna del diseño, esto permitió verificar la calidad de las preguntas e ítems establecidos, su grado de comprensión, la adecuación de las respuestas, la disponibilidad de las personas a responder, el tiempo que requiere llenar la encuesta y su confiabilidad. Puede afirmarse que el instrumento mide las variables de estudio.

El instrumento no requerirá más de 10 minutos para ser contestado puede ser respondido en cualquier momento durante su jornada laboral, preferentemente en los momentos de descanso para evitar interrupciones cuando estén completándolo.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinará con los jefes de sala la administración del instrumento para su realización, se les explicará el objetivo del estudio y se coordinará fecha y horario para que el autor de este proyecto pueda asistir al establecimiento a entregar el instrumento.

Los integrantes del estudio deberán firmar el consentimiento informado para luego poderles entregar el instrumento si desean participar. Una vez hecho esto se acordará el día en el que se retirará los instrumentos preferentemente dentro de 7 días, permitiendo que los enfermeros puedan llevarlo si quisieran a su casa para responderlo.

PLAN DE ANALISIS

Se utilizará el paquete estadístico Epi info v 7.2.0.1. para el análisis estadístico descriptivo e inferencial se utilizarán medidas de tendencia central y la prueba χ^2 . Para la variable sexo, edad, y antigüedad, se utilizará un gráfico de barra simple al cual se le agregará el porcentaje.

En cuanto al instrumento los primeros 3 ítems poseen datos de tipo personal, el encuestado deberá responder completando los casilleros vacíos y tildando .El rango de puntuación máximo del estrés va desde el 13 -54 y en afrontamiento de 2 -18. El rango que se puede obtener de la aplicación del cuestionario en cuanto el estrés es:

- Nivel de estrés leve: 13- 20
- Nivel de estrés moderado: 21-41
- Nivel de estrés alto: 42- 54

En cuanto a la utilización de medidas de afrontamiento:

- Nula: 2 - 3
- Moderada: 4 -6
- Intensa: 7- 18

En cuanto a las variable compleja, manifestaciones de estrés desde la pregunta 4 a la 13 tendrán 5 opciones de respuesta posible asignándole a cada una de ellas un valor numérico siendo, nunca =1 punto, una vez al año = 2 puntos, una vez al mes = 3 puntos, una vez a la semana= 4 puntos, diariamente= 5 puntos. Las preguntas del ítem 14 a 16 tendrá como valor el no = 1 punto y si = 2 puntos. Los puntajes serán sumados y se considerara un estrés leve cuando el puntaje sea de 13 a 20 puntos, moderado estrés 24 a 41 puntos y alto estrés de 42 a 54 puntos.

En la pregunta número 15 se mencione cual o cuales actividades ha dejado de realizar el encuestado. Este dato se agrupará según categorías y se presentara en un gráfico tipo barra mostrando el porcentaje.

Además en la pregunta número 16 se le pide al usuario que describa la razón por la cual cree que ha dejado de ver a sus amigos, los datos recolectados se agruparan según categoría y se presentaran en un gráfico tipo barra simple agregándose el porcentaje.

En cuando al afrontamiento la pregunta número 17 tendrá un valor por si = 2 puntos y no = 1 punto, en cuanto a la pregunta 18 los valores serán la opción una vez tendrá = 1 punto, más de una vez = 2 puntos y la pregunta 19 cada uno de sus ítem tendrá el valor de 1 punto. En la sumatoria de punto será utilización de medidas de afrontamiento nula de 2 a 3 puntos, moderado utilización de 4 a 6 puntos e intensa utilización de 7 a 18 puntos.

Posteriormente se aplicarán técnicas inferenciales que permita determinar la asociación del afrontamiento con el estrés según edad, sexo y antigüedad con un nivel de significancia de un 95% por lo que se trabajará en colaboración con un profesional estadístico.

PLAN DE TRABAJO

Actividades	Tiempo
Recolección de datos	Junio-Diciembre2018
Tabulación de datos	Enero-Febrero2019
Reunión con el estadístico	Marzo 2019
Análisis de los datos	Abril 2019
Elaboración de los resultados	Mayo 2019
Discusión de los resultados	Mayo/Junio2019
Conclusiones	Junio 2019
Redacción del informe final	Julio 2019
Difusión de los resultado	Julio /Diciembre 2019

ANEXOS

ANEXO I

Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios

Parte I

1) ¿Se cuenta con autorización de las autoridades?

2) ¿Qué nivel de ocupación posee el servicio?

-Subocupación

-Ocupación normal

-Sobreocupación

3) ¿Cuál es la dotación real de los servicios?

4) ¿Cuántos enfermeros son por turno?

Enfermeros según Nivel de formación:

5) Licenciados ¿Cuántos?

6) Enfermero ¿Cuántos?

7) Auxiliares de enfermería ¿Cuántos?

8) ¿Algún personal de Enfermería cuenta con estudios de Posgrado en el servicio?

9) ¿Son turnos Rotativos?

10) ¿Cuánto Personal Cuenta con doble Empleo?

11) ¿El personal Rota por otros Servicios?

12) ¿Hay Personal de nuevo Ingreso?

Si es Si, ¿Cuántos?

13) ¿Cuenta con Supervisora?

Situación contractual del personal de enfermería

14) Personal contratado en el Servicio

15) Personal monotributistas en el Servicio

16) Personal en planta Permanente

Parte II

- 1) ¿En este efector se atienden a adultos mayores?
- 2) ¿Cómo es la distribución del trabajo en enfermería?
 - ¿Por equipo?
 - ¿Por complejidad del paciente?
 - ¿Integral?
- 3) ¿El servicio cuentan con paneles de Oxígeno?
- 4) ¿El servicios cuenta con desfibrilador?
- 5) ¿Cuenta con respirador el servicio?
- 6) ¿Cuenta con laringoscopios los servicios?
- 7) ¿Se cuenta con Tubos endotraqueales en el Servicio?
- 8) ¿Se cuenta con Bombas Infusoras en el Servicio?
- 9) ¿Cuenta con Monitores Multiparametricos el Servicio?
- 10) ¿Cuenta con Aspiradores en los panales?
- 11) ¿Cuenta el Servicio con Electrocardiógrafo?
- 12) ¿Cuenta el Servicio con Camillas?
- 13) ¿Cuenta con sala de Shcok Room?
- 14) ¿Cuenta con office abierto?

ANEXO II

Consentimiento informado

Consentimiento Informado:

Rosario.....2018

YoEn la Ciudad deHe sido informado en términos claros y por el señor Sobre el estudio a realizarse. Se me ha invitado a realizar cualquier tipo de pregunta, inquietud o duda sobre el estudio y todas ellas han sido respondidas en forma satisfactoria.

Entiendo que mi participación es total y absolutamente voluntaria a la vez que no recibiré ningún tipo de remuneración económica.

También comprendo que me podré retirar en el momento que desee; sin dar ningún tipo de explicación a ninguna persona sin que mis derechos legales sean afectados.

La información recolectada en la investigación será confidencial y anónima además los datos obtenidos serán utilizados únicamente en este estudio. Si fuese necesario la utilización de estos datos nuevamente para otro estudio se me ha aclarado que se me contactará para pedirme autorización.

Es por todo esto que he aceptado participar de este estudio.

.....

Firma del participante

.....

Teléfono

ANEXO II

Instrumento

Mediante esta encuesta se conocerán datos básicos sobre el estado de estrés laboral de los enfermeros de una Institución y la utilización de técnicas de afrontamiento por parte de los mismos con el objetivo de determinar si son utilizadas las mismas para afrontar el estrés. Por favor leer atentamente cada pregunta y tildar la opción correcta con una cruz (x) y complete los datos que le son solicitados. Muchas gracias.

1) Sexo :

- Masculino
- Femenino

2) Edad

3) Antigüedad Laboral en la profesión

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- Más de 15 años

Marcar con una sola cruz lo que corresponda

4) ¿Sufre de episodios de dolor de cabeza en su jornada laboral?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

5) ¿Sufre episodios de palpitaciones/taquicardia en su jornada laboral?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

6) ¿Sufre molestias digestivas-nauseas-vómitos-acidez-estreñimiento?

	Nauseas	Vómito	Acidez	Estreñimiento
Nunca				
1 vez al año				
1 vez al mes				
1 vez a la semana				
Diariamente				

7) ¿Ha sufrido algún episodio de Hipertensión en su jornada laboral?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

8) ¿Ha sufrido algún episodio de Disnea en su lugar de trabajo?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

9) ¿Se siente emocionalmente agotado en su trabajo?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

10) ¿Sufre episodios de insomnio?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

11) ¿Sufre episodios de cambio de humor?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

12) ¿Ha sufrido algún episodio de angustia /ansiedad en relación a su trabajo?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

13) ¿Ha percibido sentimientos de ira/enojo durante su jornada laboral?

- Nunca
- 1 vez al año
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Diariamente

14) ¿Usted percibe los signos y síntomas antes nombrados como consecuencia del estrés laboral?

- SI
- No

15) ¿A dejado de realizar algún tipo de actividad cotidiana?

- SI
- No

¿Cuál/es?

16) ¿Considera que a causa del estrés ha dejado de ver a sus amigos?

- SI
- No

Si contesta que Si por favor conteste ¿Por qué cree usted que ocurre esto?

.....
.....

17) ¿Realiza algún tipo de actividad física o recreativa que disminuya su estrés?

- Si
- No

18) Si contestó que Si a la pregunta anterior, marque con una cruz o más si fuera necesario en el cuadro correspondiente señalando la actividad y su frecuencia .Sino; prosiga con la Pregunta 19

Actividades	Frecuencias Semanal	
	1 vez	Más de 1 vez
✓ Gimnasio		
✓ Running / Trotar		
✓ Pintura		
✓ Natación		
✓ Cantar		
✓ Otras/Otros		

19) ¿Utiliza algunas de estas técnicas para disminuir el estrés? Marque con una cruz una o más opciones si fuera necesario

- Ninguna
- Respiración controlada
- Terapia Psicológica
- Meditación
- Otra.....

ANEXO III

Resultado del estudio exploratorio

La investigación se realizará en una Institución de Adultos mayores en la ciudad de Rosario en el segundo semestre del año 2018 (Julio a Diciembre). Se cuenta con la autorización para realizar dicho estudio ya que se presentó una nota a la Jefa de departamento de Enfermería.

En esta institución se atienden a adultos mayores con el objetivo de brindar atención médica, asistencial y social a los adultos mayores de la ciudad. Cuenta con, enfermeros, kinesiólogos y diferentes especialidades médicas.

Se encuentra en el Norte de la ciudad de Rosario donde se hallan consultorios externos de atención a los afiliados, diálisis, salas de internación clínica, guardia, cuidados intensivos, unidad coronaria, quirófano y un piso exclusivo de cirugía.

Se trata de servicios sobreocupados. A su vez las áreas de la guardia, unidad de cuidados intensivos y coronaria se encuentran diferentes profesionales encargados de brindar atención a los adultos mayores. Enfermeros, médicos y kinesiólogos.

En la Institución donde se realizará la investigación, los enfermeros que se encuentran en las áreas cerradas alcanzan una dotación real de 41 enfermeros, los turnos son fijos y se distribuyen de la siguiente forma, de 6 a 13hs, 12 a 19hs y 18 a 06 hs. La cantidad de enfermeros durante la mañana son 12 y se distribuyen de la siguiente manera en la guardia 5, en terapia 4 y en coronaria 3. Al mediodía en el turno de 12 a 19 hs se cuenta con 10 enfermeros y se distribuyen de la siguiente forma en la guardia 5, terapia 3, coronarias 2 y en el turno la tarde/noche es decir 18/06 hs se dividen en dos grupos el "a" y el "b". El grupo "a" son un total de 9 enfermeros los cuales , 4 enfermeros son distribuidos a la guardia , 3 en terapia y 2 en coronaria mientras que el grupo "b" son 10 enfermeros en total y se distribuyen 4 en guardia , 4 en terapia y 2 en coronario completando la dotación de 41 enfermeros. Estos enfermeros desempeñan sus funciones únicamente de lunes a viernes, en el caso de haber un feriado las actividades las realizan los feriantes ya que en esta institución donde realizaremos la investigación se encuentra el sistema feriante (SADOFE) es por esto que acabe aclarar que no se tomara esta población, ya que la misma trabaja 12 horas únicamente sábados, domingos y feriados por lo que en la sumatoria total de horas en comparación con los de la semana resulta haber una diferencia de 30 horas menos, este dato no menor puede inferir en los resultados de medición. A su vez en la Ciudad de Rosario se cuenta con otra Institución de Adultos mayores que pertenece a la misma

red que en la investigada la cual no cuenta con este tipo de sistema por esto mismo tampoco se incluirá la población en el estudio ya que las características no son similares. Al no contar con sistema feriante los enfermeros no permanecen en horarios fijos, pueden rotar mañana, tarde o noche, trabajan 6 horas por día llegando a 36 horas semanalmente además en algunas oportunidades trabajan más de 7 días por semana en forma consecutiva para luego acceder al franco. A su vez cuentan con personal de nuevo ingreso ya que en la actualidad está en vías de aplicarse el sistema feriante a lo cual a este personal de nuevo ingreso se le suma que tienen menos de 6 meses de antigüedad. Es por este motivo que la variable estrés en las dos instituciones son diferentes. Por un lado resulta que donde realizaremos la investigación se cuenta con personal cuya antigüedad es de hasta 1 año y en el otro 6 meses. Por otro lado el estudio se realiza en el personal que trabaja 5 días semanalmente mientras que en el otro Hospital los trabajadores concurren hasta 7 días en forma consecutiva, además resulta haber una gran rotación del personal hacia diferentes servicios y por último también se agrega que las formas de contratación difieren, ya que hay enfermeros en periodo de prueba no cobrando el sueldo en forma completa. Al medir el estrés podemos comprender que las condiciones de una y otra son diferentes y esto incidiría en la validez del diseño.

El sitio seleccionado para la investigación cuenta principalmente con un grupo de sexo femenino y prevalece una antigüedad en la profesión de 5 a 10 años, el personal de nuevo ingreso posee una antigüedad en la institución mayor a 12 meses y el nivel de formación en enfermería en las áreas cerradas son de 15 licenciados, 26 enfermeros, ningún auxiliar. Actualmente solo 3 personas del personal se encuentran realizando especializaciones o posgrados en Enfermería. Del total del personal únicamente 8 personas se encuentran con doble empleo, se rota de servicio únicamente ante la presencia de partes, licencias por estudio o licencia anual obligatoria, hay una baja rotación del personal del servicio hacia otras salas como clínica o cirugía.

Se cuenta con Supervisoras y Jefes del piso los cuales notifican en el caso de tener que rotar, debemos agregar que todo el personal se encuentra en planta permanente, no hay ningún contratado, en período de prueba o monotributistas.

Los servicios de terapia intensiva y coronaria cuentan con un office abierto el cual se puede observar a los pacientes, estos permanecen en sus camas a la vez que son monitorizados por monitores multiparamétricos conectados a una computadora central y mediante esto, los enfermeros observan sus signos vitales. Cada paciente cuenta con paneles de oxígeno, aire comprimido y aspiradores automáticos si los necesitaran. Se observan bombas infusoras dispuestas al lado de las camas, un carro de urgencias y respiradores automáticos con sus

tubuladuras. Además un carro de urgencias con instrumentales necesarios como por ejemplo, laringoscopio, tubo endotraqueal, medicación de urgencias y parches para monitorización al alcance del personal.

En la guardia se observan camillas dispuestas al lado de la cama, monitores multiparametricos, respiradores, carro de urgencias con instrumentales necesarios y una zona de schok room, donde se atienden a pacientes que ingresan desde las ambulancias.

En las rutinas de estos servicios se realizan aspiración de secreción, tiras electrocardiográficas, fijación de tubos de respiradores, higienes, colocación de sondas vesicales, preparación de medicaciones para las bombas infusoras, control de parches de monitores multiparametricos, etc.

ANEXO IV

Prueba Piloto

La prueba se realizó en un Sanatorio Céntrico de la ciudad de Rosario en los servicios de guardia, terapia y coronaria. Esta entidad brinda atención a adultos mayores ya que pertenece a la red PAMI de atención a los afiliados. Se asistió durante la tarde ya que durante este turno suele haber menos flujos de profesionales tanto médicos, kinesiólogos o especialista y sumado a esto se consideró la posibilidad de que si hubiera algún tipo de urgencia en los servicios la misma podrá dejar de ser contestada en el momento. Se les administró el consentimiento informado el mismo fue firmado y se los invito a que si hubiera algún tipo de duda, inquietud o sugerencia se evacuara en el momento. Se realizaron 2 pruebas pilotos.

En la primera prueba, las encuestas se realizaron en el momento de su descanso. Se observó que el encuestado realizo una lectura detenida de las preguntas antes de contestar, refirieron que era muy larga ya que en la impresión se les entrego 5 hojas.

Además en el ítem de Antigüedad laboral uno de los encuestados luego de haber contestado toda la encuesta manifestó que no resultaba clara que debía tildarse, ya que el poseía una antigüedad de 5 años y el ítem decía “1 a 5” o de “5 a 10”.En las preguntas sobre el estrés y afrontamiento el encuestado fue tildando sin mayor dificultad .

Durante la segunda prueba piloto las encuestas fueron respondidas en el momento de descanso de los enfermeros, se los invito a hacerla y accedieron .Se consideró la susceptibilidad de aquellas personas que habían contestado con anterioridad por lo que fueron realizadas por otros profesionales enfermeros.

En esta oportunidad se realizó una modificación específicamente en las preguntas de tipo Likert sobre el estrés ubicando el Nunca al principio para tildarse ,luego se reformulo el ítem de antigüedad laboral llevando de “1 a 5 años” y de “6 a 10 años”. Además se imprimió la encuesta doble faz por lo que se suprimieron las cantidad de hojas llevando de 5 a 3. En esta segunda prueba piloto se realizó una lectura de cada uno de las preguntas y ninguno manifestó dificultad para las respuestas, el tiempo de concreción tanto en la primera como en la segunda fueron de 4 minutos 30 segundos aproximadamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligod Raile, M., & Tomey Marriner, A. (2011). *Modelos y Teorías en enfermería 7ma Edición*. Barcelona (España): El Sevier.
- Atance Martinez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 293-302.
- Cea Ugarte, J. I., Cabo González, O. M., & Asunción González, P. (2015). Efecto de la Respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años. *Gerokomos*, 18-22.
- Castillo Avila, I., Llanos Torres, N., Gomez Ahumada, A., Tapias Cardenas, K., & Castro Licona, S. (2014). Estrés Laboral en Enfermería y factores asociados. *Salud Uninorte*, 34-43.
- Encalada Mamani, A., Zegarra Obando, R., Malca Uribe, A., & Tello Vivanco, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en Emergencia. *Revista Per Obst Enfer* 3, 50-55.
- Encalada Mamani, A., Zegarra Obando, R., Malca Uribe, A., & Tello Vivanco, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en Emergencia. *Revista Per Obst Enfer* 3, 50-55.
- Escuela De Enfermeria U.N.R. (s.f.). *Procedimientos de Enfermeria*. Rosario : U.N.R.
- Goleman, D. (2004). *La inteligencia emocional por que es mas importante que el cociente intelectual*. Buenos Aires, Argentina: Printing Books.
- Graciela Zaldua, M. T. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de Bourn Out en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Materno Infantil Ramón Sarda*, 167-172.
- Jaiberth, A.-C., Suarez, G. R., & Zapata Vidales, S. (2014). Estrés laboral y actividad física en empleados. *Diversitas :Perspectivas en Psicología*, 131-141.
- Jose Carlos Mingote Adan, S. P. (2003). *Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador*. Madrid: Diaz de Santos.
- LLapa Rodriguez, E. o. (Julio de 2015). Uso de prácticas integradas y complementarias en el tratamiento del estrés ocupacional: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 291-303.
- Muñoz de Jesus, T., & Casique-Casique, L. (2016). Estrés laboral y su efecto biopsicosocial en el cuidado de enfermería. *Instituto Mexi Seguro Social*, 141-144.
- Muñoz Martinez A., Monroy-Cifuentes A., & L., T.-S. (2017). Mindfulness: ¿proceso, habilidad o estrategia? Un análisis desde el análisis del comportamiento y del contextualismo funcional. *Psico.Usp*, 298-303.
- Pere, O., Viñas-Salas, J., Gonzalez -Soler, J., & Pifarré, J. (2015). Mindfulness en estudiantes de medicina. *Revista de la Fundación Médica Española*, 305-312.
- Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Revista de Psicología y Ciencias afines Interdisciplinaria*, 5-27.

- Salud, E. e. (2001). *Dr. Enrique Comin Anadón, Dr. Ignacio de la Fuente Albarrán, Dr Alfredo Garcia Galve*. España: MAZ. Departamento de prevencion.
- Teixeira Cab, G. D. (2016). Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enfermería Global* , 288-298.
- Tobajas, M. C., Ortiz, N. J., Martínez, B. G., & Gavilán, C. S. (2017). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 246-255.
- Vera Acosta, J. M. (2008). *Gestión Del Estrés*. Barcelona: Bresca Editorial.
- Williams, M., & Penman, D. (2013). *Mindfulness Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Buenos Aires -Argentina: Paidós SAICF.
- Zambrano Muñoz, L. C., Diaz Rumie, H., Gomez Torres , G., & Julio Villaroel, K. (2015). Impacto en la Salud Mental De la(del) Enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería XXI*, 45-53.