

**FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES PRESENTES EN LA LABOR
DE UN GRUPO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA SALA 7 DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL
VALLE - CALI.**

WALDINA GAVIRIA LOPEZ.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD**

**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANAS**

**PSICOLOGÍA SOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2003**

**FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES PRESENTES EN LA LABOR
DE UN GRUPO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA SALA 7 DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL
VALLE- CALI.**

WALDINA GAVIRIA LOPEZ.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD**

**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANAS**

**PSICOLOGÍA SOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2003**

**FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES PRESENTES EN LA LABOR
DE UN GRUPO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA SALA 7 DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL
VALLE- CALI.**

WALDINA GAVIRIA LOPEZ.

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de
PSICÓLOGA SOCIAL**

**ASESOR DE INVESTIGACION
Dr. NELSON RODRIGO JIMENEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL
ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD**

**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANAS**

**PSICOLOGÍA SOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2003**

RESUMEN

La actividad laboral puede convertirse en una fuente de enriquecimiento personal, reforzamiento del autoestima y estímulo para la superación y realización del sujeto; pero también, las interacciones entre la organización, la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, entre otros, se pueden constituir en una fuente de preocupación, sufrimiento, insatisfacción derivada de las condiciones u organización del trabajo, haciendo que surjan situaciones desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral que generen desajustes en el comportamiento humano desencadenando crisis intra e interpersonales, favoreciendo el incremento de niveles de tensión y frustración del sujeto.

Alfonso Arenal Florentino en el artículo sobre "Aspectos psicosociales de la prevención de riesgos en el trabajo, refiere que " Cuando las condiciones del trabajo y los factores humanos están en equilibrio. El trabajo crea sentimientos de confianza en sí mismo, aumenta la motivación, la capacidad de trabajo, la satisfacción en general y protege la salud cuando existe una mala adaptación, cuando las necesidades no están satisfechas y las habilidades no se evalúan adecuadamente el individuo reacciona con respuestas alteradas de carácter mental, emocional, fisiológico, y de comportamiento". (Revista Actualidad Laboral Bogotá,1996)."

Para el caso de la presente investigación, el contexto del ambiente laboral de los empleados de H.D.P.U.V. en la sala # 7, población objeto de la presente investigación, esta constituido por un conjunto de factores que rodean sus cargos de trabajo, que incluyen aspectos ambientales y bio- psicosociales , que afectan de

manera directa e indirecta la salud de los trabajadores, en la que se requiere una salud mental optima ya que los clientes son pacientes mentales en estado de crisis, que generan constantemente, demandas, agresiones latentes tanto verbales como físicas, las consecuencias o efectos que este tipo de atención exponen a los auxiliares de enfermería de la sala N° 7 a Riesgos Psicosociales.

La presente investigación, se encuentra inscrita dentro del diseño no experimental donde se siguieron los parámetros propios de esta modalidad, e igualmente se utilizó el método de estudio exploratorio con un diseño transversal, es decir, se abordaron los sujetos en un momento determinado de tiempo y se estudiaron las variables simultáneamente.

De igual forma se tuvo presente diversas investigaciones y opiniones de autores que abordan el temas de los riesgos psicosociales y que se conformaron la base teórica para realizar el presente estudio.

El conocimiento de los factores de riesgo psicosocial están implícitos al objetivo de alcanzar un bienestar personal y social de los trabajadores e influyen en la calidad del empleo que va mas allá de la clásica perspectiva de la seguridad y salud en el trabajo de evitar la producción de accidentes y enfermedades profesionales.

En el H.D.P.U.V. en la actualidad no se ha realizado programas o seguimiento del personal del servicio de la sala # 7 que permita

estudiar la frecuencia, tendencia, y distribución de los accidentes laborales, enfermedades profesionales, relacionados con la responsabilidad elevada y el estrés. Por lo tanto se considera que esta carencia justifica la realización de un estudio para poder identificar de forma particular los riesgos psicosociales que afectan a los auxiliares de la sala N° 7 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

La presencia de situaciones de riesgo, si no es abordada adecuadamente, puede llegar a complicarse, con altos costos psíquicos, sociales y económicos, o si por el contrario es detectada, puede aliviarse o resolverse, mediante una estrategia de intervención específica. Por tanto es fundamental la identificación de posibles fuentes de conflicto para el diseño de estrategias de gestión de recursos humanos y facilitar, de esta manera, la puesta en marcha de acciones correctoras.

La investigación en cuestión se inscribe en el marco de la psicología social por ser ésta la que permite tener una mayor reconocimiento de la interdependencia de individuos, organizaciones y sociedad, analizando e interpretando el comportamiento humano e identificando los patrones o perfiles que las poblaciones estudiadas deberían tener.

Para lograr el objetivo de identificar los factores desencadenantes de riesgos psicosociales en el desempeño laboral de un grupo de auxiliares de enfermería de la sala 7 del HDPUV, se realizó en la población un cuestionario de estrés laboral, una entrevista formalizada y una prueba de medición de riesgos, logrando

identificarse factores en el medio ambiente, en el desempeño de la tarea, en las relaciones interpersonales y de organización de tiempo de trabajo.

Una de las recomendaciones al Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle después de los hallazgos encontrados en la prueba, consiste en resaltar la estabilidad laboral en el HDPUV, lo cual debe estar acompañada de procesos continuos de capacitación y de promoción del personal, ya que el Hospital es pionero en atender enfermedades mentales, las tareas de las salas 7, deben estar respaldadas de procedimientos documentados y difundidos, que permita contar con personal experto en atención de pacientes psiquiátricos.

1.INTRODUCCIÓN

El contexto donde el individuo desarrolla su actividad laboral juega un papel importante tanto para su desempeño como para sus relaciones individuales y de grupo. Es allí donde el individuo pasa gran parte del día, comparte espacios comunes, busca diferentes objetivos y desarrolla una parte fundamental de sus relaciones interpersonales.

La actividad laboral puede convertirse en una fuente de enriquecimiento personal, reforzamiento del autoestima y estímulo para la superación y realización del sujeto; pero también, la actividad laboral y las interacciones entre la organización, la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, entre otros, se pueden constituir en una fuente de preocupación, sufrimiento, insatisfacción derivada de las condiciones u organización del trabajo. Es viable que surjan situaciones desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral que generen desajustes en el comportamiento humano desencadenando crisis intra e interpersonales, que favorecen e incremento de niveles de tensión y frustración del sujeto.

El conocimiento de los factores de riesgos psicosociales que desencadenan situaciones críticas dentro del contexto laboral proporciona información acerca de los factores que influyen e incluso determinan los comportamientos organizacionales, favoreciendo además, la puesta en marcha de estrategias y de criterios planificados tanto en las actitudes y conductas de los

miembros, como en la estructura organizacional o en uno o más de los subsistemas que la componen.

Por tanto, la presente investigación buscó determinar aquellos factores de riesgo que pueden incidir en la aparición de situaciones de tensión y malestar de la actividad humana en el trabajo. Situaciones que pueden influir, directa o indirectamente, en el rendimiento del desempeño y por lo tanto en los resultados económicos como de satisfacción de las personas que intervienen en los procesos, lo que permite en la empresa la permanencia estable, productiva y saludable de la gente.

En el contexto del Hospital Departamental Psiquiátrico, el auxiliar de enfermería en la mayoría de los casos debe atender los cuadros psiquiátricos con carácter de urgencia .

Las urgencias psiquiátricas que requieren ingreso pueden ser motivadas por la necesidad inicial de parar una situación de riesgo tanto para el paciente como para los que le rodean. Dichas situaciones se caracterizan por la presencia de Cuadros de agitación psicomotriz , Cuadros delirantes en los que la afectación de la percepción de la realidad puede llevar al paciente a situaciones peligrosas, Cuadros depresivos con un componente de ideación suicida, Episodios confusionales con desorientación temporo-espacial, pérdida del contacto con la realidad alucinaciones.

Estos cuadros psiquiátricos, por lo general se presentan acompañados de agitación psicomotriz en la cual el paciente piensa que le van a hacer daño o tiene miedo y su respuesta es un

cuadro de agitación que rara vez cede con razonamientos, la confusión mental de origen neurológico puede provocar un cuadro de agitación.

Ante la llegada de un paciente agitado el auxiliar de enfermería debe realizar una serie de medidas encaminadas a evitar lesiones en el paciente hasta que este sea sedado. De este modo, el personal de Enfermería se ve expuesto a riesgos de lesiones debido a los procedimientos que debe realizar para estabilizar al paciente afectado incluso, en la mayoría de los casos llega al forcejeo. El auxiliar debe recurrir a las sujeciones del paciente, las cuales han de ser firmes permitiendo un mínimo movimiento y sobre todo controlando que no aparezcan signos de cianosis o dolor distal en manos y pies. La sujeción del paciente no garantiza ni su seguridad ni la del paciente.

A veces, en el caso de los pacientes con ideas delirantes, el auxiliar de enfermería debe evitar que su actuación no lo potencie ya que en ningún momento hay que debatir o discutir sobre su delirio porque los razonamientos sobre el no sirven de nada.

Este tipo de intervención y exposición , genera enormes cargas de estrés y angustia en el personal de enfermería que de un modo u otro incide en su salud, rendimiento y satisfacción laboral.

Alfonso Arenal Florentino en el artículo sobre "Aspectos psicosociales de la prevención de riesgos en el trabajo, refiere que " Cuando las condiciones del trabajo y los factores humanos están en equilibrio. El trabajo crea sentimientos de confianza en sí mismo, aumenta la motivación, la capacidad de trabajo, la satisfacción en general y protege la salud cuando existe una mala adaptación, cuando las necesidades no

están satisfechas y las habilidades no se evalúan adecuadamente el individuo reacciona con respuestas alteradas de carácter mental, emocional, fisiológico, y de comportamiento". (Revista Actualidad Laboral Bogotá,1996)."

Para el cumplimiento de los objetivos establecidos, se diseñó un cuestionario de evaluación de los factores de riesgo el cual a su vez permitió establecer el orden de frecuencia de aparición de dichos factores.

Dadas las características que definieron la presente investigación, ésta se inscribió dentro del diseño no experimental donde se siguieron los parámetros propios de esta modalidad, e igualmente se utilizó el método de estudio exploratorio con un diseño transversal, es decir, se abordaron los sujetos en un momento determinado de tiempo y se estudiaron las variables simultáneamente.

De igual forma se tuvo presente diversas investigaciones y opiniones de autores que abordan el temas de los riesgos psicosociales y que se conformaron la base teórica para realizar el presente estudio.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

2.1 DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El ambiente que se vive en la sala numero 7 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle se ha constituido en el motivo para realizar esta investigación ya que en ella interactúan en el transcurso de la jornada laboral, las auxiliares de la sala y los pacientes mentales en estado psicótico o con problemas mentales, que presentan una sintomatología latente.

En la sala N°7 se trabaja con pacientes en estado agudo y crónicos en la fase aguda donde se puede observar que intervienen una serie de procesos que afectan por igual al personal de enfermería como al individuo afectado o enfermo, en su totalidad psicofísica y al entorno. En el proceso de atención de estos pacientes, sobrevienen cambios irreversibles a los que hay que responder de la mejor manera posible, lo que no siempre significa que la respuesta que se elige sea la mas adecuada o eficaz, el trabajo con pacientes mentales, genera entonces un alto grado de responsabilidad y que decir de la convivencia con ellos, ya que se pueden producir modificaciones de hábitos fuertemente arraigados en el paciente y en la familia, cambios en la expectativas y proyectos de vida, inseguridad temor respecto al futuro y su contexto familiar que ha venido deteriorándose debido al conflicto que emerge como consecuencias de las crisis de su paciente con enfermedad mental.

Bajo el contexto anteriormente expuesto el ambiente laboral de los empleados de H.D.P.U.V. en la sala # 7, población objeto de la presente investigación, esta constituido por un conjunto de factores que rodean sus cargos de trabajo, que incluyen aspectos ambientales y bio- psicosociales y en cada uno está presentes un sin numero de factores de riesgo que afectan de manera directa la salud de los trabajadores, en la que se requiere una salud mental optima ya que los clientes son pacientes mentales en estado de crisis, que generan constantemente, demandas, agresiones latentes tanto verbales como físicas, las consecuencias o efectos que este tipo de atención exponen a los auxiliares de enfermería de la sala N° 7 a Riesgos Psicosociales.

Haciendo una retrospectiva histórica del manejo de pacientes con problemas mentales en riesgo, sospecha o agitación psicomotriz en la historia del asilo san Isidro, hoy Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle se tiene que se utilizaron cadenas y grilletes, quedando hoy, de recuerdo de una vieja casona que están remodelando y las fotografías de pacientes encadenados, ya que no se habían dado los adelantos farmacologicos de la actualidad.

Estos métodos de control nunca se vieron como maltrato, pues era el único medio conocido para el manejo de pacientes con estas características siendo aceptados socialmente, debido a la ignorancia que existía respecto a la enfermedad mental y que generaba temor en la gente que temía contagiarse; La sala # 7 en la cual se hospitalizan pacientes mujeres con problemas mentales de tipo psicotico, y debido a la sintomatología de las pacientes los cuales se encuentran en estado ansioso, con poca tolerancia,

conflictivas, con producción verbal aumentada, logorreicas, aisladas, con alucinaciones (visuales o auditivas), seductoras, cleptómanas, nudiwtas, inestables y hostiles, entre otros síntomas, Generando un ambiente de constante estrés y de zozobra, que pueden desencadenar un accidente de trabajo generado directa o indirectamente por el manejo de pacientes.

2.2 . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento de los factores de riesgo psicosocial están implícitos al objetivo de alcanzar un bienestar personal y social de los trabajadores e influyen en la calidad del empleo que va mas allá de la clásica perspectiva de la seguridad y salud en el trabajo de evitar la producción de accidentes y enfermedades profesionales.

La exposición a estos factores está íntimamente ligada con la experiencia del estrés que podría ser definido como :

"un estado psicológico que es parte y reflejo de un proceso de interacción entre la persona y su entorno laboral". Sería "el resultado de una exposición a una amplia gama de exigencias o demandas laborales que pueden contribuir igualmente a una amplia gama de consecuencias para la salud del trabajador. Es un enlace entre los potenciales riesgos y los daños para la salud". (ISS Factores de Riesgos Psicosocial 1996)

Para la presente investigación, los riesgos psicosociales se asocia a la actividad propia del sector servicios de salud. Este sector ha pasado a ser el de mayor potencialidad de crecimiento en la creación de nuevos puestos de trabajo, con nuevas

organizaciones en forma de subcontratación, externalización o outsourcing u organizaciones en forma de red que limitan la jerarquía y aumentan la complejidad de las relaciones de trabajo para convertirlas en relaciones de mercado o proveedor-cliente evaluadas conforme a la calidad del servicio que se proporciona a los clientes internos o externos.

El personal del equipo de salud mental del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle enfrenta un mayor riesgo Psicosocial en su genero debido a su interrelación entre:

- **Las condiciones laborales (medio ambiente de trabajo, tarea y características de la organización laboral)**
- **Los factores humanos (capacidades, necesidades, expectativas, costumbres, cultura y las condiciones personales fuera del trabajo)**

Las cuales originan consecuencias nocivas en tres aspectos fundamentales:

- **el rendimiento en el trabajo.**
- **la satisfacción en el mismo.**
- **la salud del trabajador. (salud física y mental)**

En el H.D.P.U.V. en la actualidad no se ha realizado programas o seguimiento del personal del servicio de la sala # 7 que permita estudiar la frecuencia, tendencia, y distribución de los accidentes laborales, enfermedades profesionales, relacionados con la responsabilidad elevada y el estrés. Por lo tanto se considera que esta carencia justifica la realización de un estudio para poder

identificar de forma particular los riesgos psicosociales que afectan a los auxiliares de la sala N° 7 del Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle.

3. JUSTIFICACION

El conocimiento de los factores psicosociales en el contexto laboral permite tener un mayor acercamiento a la situación laboral de la empresa. Dichos factores influyen, de un modo u otro, sobre el comportamiento de los trabajadores, e inciden en el deterioro de las condiciones laborales y relacionales de una organización, desencadenando situaciones graves que se manifiestan en reducciones en el ritmo de trabajo, ausencias, excesiva rotación, comportamientos agresivos, indiferentes o apáticos, choques o roces, entre otros.

Conocer los riesgos Psicosociales, permite promover un verdadero bienestar en el trabajo -físico, moral y social-, que no se mida únicamente por la ausencia de accidentes o enfermedades profesionales". Y en este nuevo enfoque global se define como uno de los objetivos el de "prevenir los riesgos sociales: el estrés, el acoso en el trabajo, la depresión, la ansiedad y los riesgos asociados.

La presencia de situaciones de riesgo, si no es abordada adecuadamente, puede llegar a complicarse, con altos costos psíquicos, sociales y económicos, o si por el contrario es detectada, puede aliviarse o resolverse, mediante una estrategia de intervención específica. Por tanto es fundamental la identificación

de posibles fuentes de conflicto para el diseño de estrategias de gestión de recursos humanos y facilitar, de esta manera, la puesta en marcha de acciones correctoras.

Las organizaciones, en su mayoría, se ven cada vez más expuestas a afrontar nuevos retos y desafíos en los aspectos laborales, para lo cual deben inventar su propio proceso y seguir un camino natural y auténtico alejado de las "modas gerenciales" que tanta confusión han creado.

Este trabajo de investigación también aporta herramientas teóricas y operacionales para quienes incursionan en el campo de la psicología organizacional y a todos aquellos que han dedicado sus conocimientos y su laborioso empeño en afrontar nuevos interrogantes y aportar soluciones a algunos de los difíciles problemas que afronta lo laboral en cuanto a sus factores psicosociales .

La investigación en cuestión se inscribe en el marco de la psicología social por ser ésta la que permite tener una mayor reconocimiento de la interdependencia de individuos, organizaciones y sociedad, analizando e interpretando el comportamiento humano e identificando los patrones o perfiles que las poblaciones estudiadas deberían tener.

Como aspirante a optar al título de Psicóloga social, la autora consideró importante identificar y analizar los riesgos psicociales buscando establecer su incidencia e impacto en las características

de las relaciones laborales contemporáneas. Siendo esta una forma contribuir al mejoramiento de las condiciones del medio ambiente de trabajo, de igual forma promover la salud y el bienestar del trabajador.

3.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

El estudio de los Factores de Riesgos Psicosociales dentro de este sector poblacional, permite formular el siguiente interrogante:

¿Cuál es La incidencia de los factores de riesgo psicosociales presentes en el desempeño laboral de un grupo de auxiliares de enfermería que laboran en la sala 7 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores desencadenantes de riesgos Psicosociales en el desempeño laboral de un grupo de auxiliares de enfermería de la sala 7 del Hospital Psiquiátrico universitario del Valle-Cali.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los factores de riesgos psicosociales presentes en el desempeño laboral de un grupo de auxiliares de enfermería de la sala 7 del HDPUV.**
- Analizar la incidencia de los factores de riesgo psicosociales en el desempeño laboral de un grupo de auxiliares de enfermería de la sala 7 del HDPUV.**
- Describir las manifestaciones de los riesgos psicosociales en la sala 7 del HDPUV.**

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Para los antecedentes del problema de investigación ,se han realizado diversas revisiones bibliográficas relacionadas con el tema de estudio. Se tomaron algunas investigaciones realizadas entre el año 1997 y el año 2001; como la investigación adelantada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en 1997, a cargo de Beverly Raphael y Brian Kelly, los cuales encontraron como "el profesional de la salud soporta una carga de ansiedad asociada a la interacción con personas en desgracia." (OMS 1997) Lo cual es una herramienta de apoyo para el desarrollo de la presente investigación al considerar la OMS, a la salud no como la ausencia de enfermedad sino como el bienestar integral del individuo en su entorno familiar, social, emocional y laboral, esto incentiva el análisis del entorno laboral y las formas como incide en el bienestar integral del individuo.

De igual forma la investigación sobre estrés laboral en el Personal de Enfermería del Hospital del Niño de la Ciudad de Panamá, en 1995 adelantada por alumnos de la Universidad del Valle y la cual fue una Tesis para el Departamento de Salud Publica. Con el tema: sobre estrés laboral en el Personal de Enfermería del Hospital del Niño de la Ciudad de Panamá, en 1995 En la investigación se define el problema del estrés, con el nombre de "la enfermedad del siglo".

Plantea como Problema: "El hombre esta sujeto a tensiones causadas por diversos factores ambientales (Como el calor y el frío excesivo, la adquisición de nuevas responsabilidades, el cambio de domicilio, accidentes o muerte y otros, que pueden ser considerados como factores psicológicos que producen tensión emocional y producen cambios y reacciones en el ser humano). Y se pretende habituar al ser humano a estas velocidades y exigir de él, realizaciones siempre mas altas y rápidas, sin haberles cambiado antes, ni sus habituales costumbres ni sus normas laborales." (stress laboral en el personal de enfermería del hospital del niño de la ciudad de Panamá 1995).

La Conclusión a la que llegaron los autores fue :

"Considerando que las enfermeras del Hospital del niño no están libres de esta problemática, estimaron necesario determinar el porcentaje del personal que esta en alto riesgo de padecer estrés laboral como respuesta de factores individuales y factores internos del trabajo que permitan establecer un diagnostico aproximado acerca de este problema.

" (Hospital del Niño Panamá 1995)

Un aspecto importante para resaltar es que la gran mayoría de las investigaciones en factores de riesgos psicosocial se encuentran realizadas en diversas empresas tales como: papeleras, de servicios, manufactureras, empresas de productos de consumo, colegios, estaciones de policía de Santiago de Cali, hogares infantiles de ICBF, poblaciones desplazadas, siderurgias, empresas de transporte, industria de alimentos, industrias de licores, universidades etc y muy poca información sobre riesgos psicosociales en instituciones de salud mental, ya que según lo plantea Sr. Alejandro Borda, Asesor en Salud Ocupacional del Instituto Peruano de Seguridad Social IPSS.

Los riesgos físicos más conocidos entre los trabajadores de salud son la radiación ionizante, la exposición al ruido, temperatura y la electricidad. Las radiaciones ionizantes más comunes son los rayos X y los elementos radiactivos de los departamentos de radiología, radioterapia, laboratorios clínicos, dentales y sala de operaciones. En cuanto al ruido, los trabajadores de salud más expuestos son los odontólogos, cirujanos máximo faciales, cirujanos de ortopedia, traumatología y otorrinolaringología, y bacteriólogos. (Dr. Alejandro Borda. IPSS 2002)

De igual manera el trabajo de grado de Magíster en Salud Ocupacional ESTRESORES OCUPACIONALES Y SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD IPS CRUU CALI, se encuentra que se debe :

“Aplicar las recomendaciones efectuadas desde el staff Burnout de WHO para todos los países desde 1994, cuando se refiere al síndrome de Burnout como “El Burnout es hoy el mayor problema de los servicios de Salud.....”, también recomienda incentivar la “ continuación de estudios iniciados con la presente investigación en las entidades de salud, ampliando y popularizando la detección temprana de los factores de riesgo para estresores organizacionales y la presencia del síndrome de estudio.” (tesis EOSB 1999)

5.2. MARCO HISTORICO SITUACIONAL

5.2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

En la ciudad de Cali en el año de 1935 se inicio el proceso de fundar una institución de atención a los pacientes perturbados mentalmente, por una necesidad sentida de los organismos gubernamentales, la secretaria de higiene, el ingeniero sanitario y la sociedad de ese entonces lo cual dio inicio a una construcción en la cual sé de asistencia y tratamiento a los personas con problemas mentales vallecaucanos.

En la actualidad se conserva ubicada una placa en la antigua casona, la cual es considerada un patrimonio histórico de la ciudad, donde funcionaba entonces una escuela correccional la cual se convirtió posteriormente en el asilo de locos del municipio de Cali (1935 –1936).

En Junio de 1940, La Asamblea del Departamento del Valle del Cauca, mediante Ordenanza No. 26, decidió asignar un presupuesto de \$40.000 para la compra y "Construcción de un manicomio para la atención y alojamiento de dementes del Departamento", la construcción debe llevarse a cabo en los tres años siguientes y contar con sendas, pabellones para hombres y mujeres pensionados, para albergar no menos de 300 enfermos.

La institución inicia labores en 1950, nombra por vez primera una Junta responsable de la ejecución de dichos trabajos y sus primeros

estatutos fueron expedidos el 2 de marzo de 1951 (por el acta # 1 de la junta directiva), aprobados por resolución N° 475 del 30 de abril de 1951 expedida por el ministerio de salud pública.

Hacia el año de 1955 la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, encuentra que el único sitio donde se podría realizar la enseñanza clínica de la psiquiatría, era en el llamado "asilo de locos san Isidro". Un viejo caserón destartalado que había servido previamente en aquel entonces como escuela correccional. Para esa fecha el decano de la facultad de Medicina, Dr. Gabriel Velázquez Palau, en su deseo de dar inicio a la enseñanza de dicha especialidad, decide convocar al Dr. Carlos A. León medico psiquiatra vinculado a la Universidad de TULANE (EEUU) Quien se traslada a esta ciudad con el propósito de comenzar a laborar en el Centro Hospitalario de corte Universitario que el decano Velázquez Palau había puesto a su disposición.

El profesor C.A León manifiesta que al llegar a Cali se encuentra:

" El Asilo de San Isidro no era sino un deposito de desechos humanos provenientes del rechazo social; una mezcolanza indescrptible de pacientes sicóticos y epilépticos deteriorados, deficientes mentales, lisiados, e inválidos de todas clases, mendigos, alcohólicos y pacientes seniles.

El personal a cargo de la vigilancia a veces no acudía de inmediato a recibir los nuevos pacientes, quienes los traían y arrojaban al recinto por encima de las tapias y más de una vez se produjeron fracturas de huesos por las caídas. Los pacientes yacían tendidos en los patios, carentes de los cuidados médicos más elementales y en condiciones higiénicas y alimenticias deplorables. A los pacientes

agitados se le recluía en calabozos eran encadenados al piso o provistos de camisas de fuerza y sometidos a baños de agua fría con manguera. Las actividades en su totalidad se orientaban solamente a proteger a los guardianes de la supuesta peligrosidad de los pacientes y en cuanto al manejo y cuidado la noción imperante se sintetizaba en el principio de que "los locos nada sienten".(Dr. Carlos A. Leon)

El Dr. León se dio entonces a la tarea de convertir el asilo en un hospital cuyo objetivo fuera rehabilitar al enfermo mental. La Universidad del Valle asumió el compromiso de desarrollar lo que ahora conocemos como el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Se iniciaron entonces la elaboración de historias clínicas, la clasificación de los pacientes según su enfermedad y por primera vez se aplicaron tratamientos médicos para intentar su recuperación.

En 1956 la junta directiva del "asilo san Isidro" como se denominó en un principio de mutuo acuerdo con el Departamento de Psiquiatría de la facultad de medicina de la universidad del Valle delega a este, la dirección científica de la institución. El mismo año se dio inicio al comienzo de la primera etapa de la construcción del hospital, en terrenos aledaños a la antigua casa del asilo que para tal fin había donado el municipio de Cali.

El crecimiento de la institución y la complejidad de sus funciones hicieron necesario que el 14 de noviembre de 1960 se expidieran nuevos estatutos, que fueron aprobados por la resolución N° 24 de febrero 7 de 1961 del ministerio de salud pública, y este mismo año

se inauguró y se abrió al servicio la primera etapa de la construcción del hospital en octubre de 1961.

El hospital psiquiátrico único en su género en el sur occidente colombiano es punto de referencia no - solo para el Valle del Cauca sino para Cauca, Choco entre otros. El hospital paulatinamente fue floreciendo hasta ser reconocido como centro piloto para el tratamiento de la enfermedad mental por la O.M.S. de la mano de la Universidad del Valle había adquirido reconocimiento que traspasaba las fronteras.

En la década del 70 los recursos que provenían del exterior y permitían a la Universidad solventar en gran parte el manejo hospitalario empezaron a decaer. El hospital se sumió paulatinamente en una grave situación financiera, hasta que a mediados de la década del 80 y gracias a la dirección visionaria del Dr. Guillermo Escobar Navia, se inició la venta de servicios hospitalarios al entonces Instituto Colombiano del Seguro Social y la diversificación económica con la cesión del terreno para la construcción de la Estación de Servicio.

El Hospital Psiquiátrico San Isidro se vio afectado con la implementación de la Ley 100 ya que no estaba preparado para asumirlo y más aun cuando la enfermedad mental en globalidad no entro a formar parte de las patologías del Régimen Subsidiado, pero si tiene que cumplir con la atención a todo paciente que requiera de sus servicios como lo ordena la Constitución, esto empezó agrietar el funcionamiento económico de la institución que hasta ahora había logrado sobrevivir sin mucho problema a pesar de que

la población que debe atender en alto porcentaje no tiene recursos para cubrir los gastos que le generen la enfermedad, en el momento un 45.7% son pacientes del Régimen Vinculado.

En 1995 el Hospital Departamental Psiquiátrico San Isidro se transforma en Empresa Social del Estado por Acuerdo de Junta Directiva en respuesta al Decreto 1808 proferido por la Asamblea Departamental del Valle del Cauca, en noviembre 7 del mismo año; ubicándola en una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscripta a la Secretaría Departamental de Salud del Valle de Cauca y que tiene como misión brindar servicios de Prevención, Promoción, Fomento, Tratamiento Rehabilitación y Planes Complementarios. Además, que como institución docente asistencial debe facilitar la investigación y permitir la formación y actualización en salud mental, buscando fortalecerse como líder en el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.

De acuerdo con su visión, "El Hospital Psiquiátrico San Isidro es una institución pública del orden departamental, comprometida con el desarrollo social y el mejoramiento de los niveles de salud mental de todos los vallecaucanos, a través del liderazgo en tecnologías y servicios docentes asistenciales asociados para satisfacer las necesidades de las comunidades de Valle del Cauca".

Para el cumplimiento de la misión organizacional y teniendo en cuenta esta visión, se han estructurado dos grandes áreas organizacionales, la subdirección científica, y la subdirección

administrativa y financiera, cada una de ellas con una misión específica en apoyo a la misión general del hospital.

A partir de 1995, simultáneamente con el desarrollo científico, se fue creciendo y profesionalizando la planta de personal para dar el mayor y mejor cubrimiento a los usuarios de la empresa, pero sin que esto se viera reflejado en el incremento de los ingresos, llevando a la institución a una crisis financiera que se agudiza en 1998.

Con la nueva administración buscar mediante un análisis situacional de la demanda, de la oferta y de la relación oferta-demanda, una alternativa para la sobre vivencia de la Empresa, planteándose una propuesta de ajuste a la capacidad instalada del Hospital, la cual se encontró sobredimensionada en algunos servicios; dicha propuesta es acogida por la Junta Directiva, quien aprueba en noviembre de 1999 una nueva Estructura Orgánica y Planta de Personal para el Hospital Departamental Psiquiátrico "San Isidro". se logra terminar la vigencia con superávit, aun no se alcanza el equilibrio financiero, por lo cual se comienza a trabajar en la transformación de una cultura hacia una idea de servicio empresarial, donde se planea, se busque el logro de metas, se utilice la información para controlar y tomar decisiones y en donde debe primar el poder del USUARIO como centro de la razón de ser del hospital, atendiendo a unos derechos y deberes ciudadanos e institucionales.

Para el año 2001, a través de un proceso de sensibilización en la Clase Política y dirigente del Departamento, se modifica la

denominación del Hospital Psiquiátrico "San Isidro", en una nueva denominación, la de Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, transformando su personería jurídica, lo que lleva al Hospital a ser reconocido como una institución verdaderamente Universitaria y por ende en capacidad de compartir con el Hospital Universitario del Valle, unos nuevos recursos, dado el Decreto 645 de 2001, por el cual se crea la estampilla Pro-hospitales Universitarios en cada departamento del país. El 31 de diciembre del mismo año son despedidos de 20 a 30 empleados de servicios generales, siendo remplazados por outsourcing (contratos de servicios especializados) en este momento se encuentran por estos conceptos los empleados del área de seguridad y aseo.

El hospital cuenta en cuanto al personal que labora: Con un equipo en el área Administrativa para la optimización, sistematización y coordinación en los diferentes servicios tanto administrativos como asistenciales. En el área Asistencial se desprende de la Subgerencia Científica:

La sección de Servicios Ambulatorios y de Urgencias (consulta externa)

La sección de Hospitalización, que cuenta con nueve salas: cuatro de hospitalización general. Dos destinadas para pacientes del seguro social, una de media pensión, una de pensión completa, y una ultima habilitada y adecuada para contrataciones particulares, cada sala esta organizadas en su área física con sus respectivas habitaciones y zonas verdes, en el área asistencial cuenta con

un equipo completo tanto medico como de enfermería superior y técnica.

El área de Atención al Usuario, es un departamento en el cual personal profesional y capacitado, utiliza todos sus conocimientos para ayudar al paciente y su familia, para que cada día sea mejor atendido y se sienta satisfecho según lo planteado por Willian TUKE (1796) "Un ambiente de amabilidad, para el tratamiento de la MORAL"(1796).

En el año 2002 el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle se fortaleció en el área científica ampliando su cobertura fuera de la Universidad del Valle que lo ha acompañado casi desde su fundación a otras Universidades e Instituciones a escala técnica para las practicas en las diferentes áreas de la salud como: U. Javeriana Bogotá y Cali, U. San Buenaventura Cali, U. Santiago Cali, U. Libre Cali, El SENA Cali, I. N. S. de Fátima Cali, lo cual ha fortalecido tanto el área de recursos humanos; como en el área física con: el embellecimiento, acondicionamiento y adquisición de servicios para el mejoramiento de las condiciones de sus pacientes y el equipo de trabajo:

Remodelación de las salas de pensionados 1 y 2, reacondicionamiento del espacio, de oficinas y cuarto de descanso del programa de hospital día, lucimiento del hospital en general, en especial el área administrativa, equipamiento de las salas para prestar un mejor servicio, un nuevo sistema de control de asistencia y llegada de los trabajadores (reloj para marcar tarjeta), nueva zona estacionamiento para vehículos de los

empleados con sistemas de circuito cerrado y sensores, para mejorar la seguridad en todo el rededor del hospital, dos vehículos marca mercedes nuevos y modernos para uso de trabajo social para el transporte de los pacientes que son llevados a sus casas cuando han finalizado su tratamiento y no ha venido su familia a recogerlos y el vehículo ambulancia bien equipado.

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario de Valle en su visión hasta el 2003 tiene los siguientes Objetivos Empresariales:

- 1. Prestar a la comunidad servicios de salud en forma integral, con énfasis en salud mental, con calidad técnica científica y sentido humano, buscando crecer en cobertura anualmente en un 10%, hasta alcanzar la capacidad instalada de oferta de servicios.**
- 2. Establecer un programa de mejoramiento continuo de la planta física, de tecnología y equipos que se requieran, para la prestación de un optima servicio en los próximos tres años.**
- 3. Lograr la integración del sistema de información entre lo asistencial y lo administrativo, con el fin de obtener datos útiles para la toma de decisiones, bajo la tutoría del auto control en él termino de tres años.**
- 4. Desarrollar una cultura organizacional a través del fortalecimiento de los principios y valores institucionales, de manera que se comprometa al talento humano en la productividad y calidad de los servicios, en los próximos tres años.**

5. Optimizar la productividad laboral y la gestión administrativa con el fin de mantener un mínimo de rentabilidad promedio del 10% a tres años, sin afectar la rentabilidad social.

Implementar el Plan de Auditoria Médica y de Garantía de la Calidad en procura del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios asistenciales.

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, para el cumplimiento de sus Objetivos Empresariales a creado las siguientes Estrategias para llevarlas a cabo:

Ampliación de Servicios.

Programa de Inversión.

Normalización de Procesos y Control Integrado de Gestión.

Fomento de una Cultura Organizacional de servicio.

Plan de mejoramiento del Proceso de Costos.

Implementación del Plan de Auditoria Médica para el mejoramiento de la Calidad.

El hospital cuenta con servicios de consulta externa y urgencias, servicio ambulatorio (hospital día) para pacientes con enfermedad mental y hospitalización. La zona de hospitalización esta conformada por nueve salas en las cuales se puede alojar un cupo de 30 pacientes por sala, algunas de ellas con servicios especializados para pacientes que lo ameriten.

5.3 MARCO SITUACIONAL DE CALI, LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA INVESTIGACIÓN.

La ciudad de Santiago de Cali esta asentada, en el pie de monte de la Cordillera Occidental.

Dos millones de personas utilizan 150 Km. cuadrados para vivir sobre la margen izquierda del valle geográfico del río Cauca, a 3°, 27 minutos de latitud norte y 76°, 32 minutos de longitud oeste. La latitud y la altura sobre el nivel del mar le dan una precipitación promedio anual de 1.000mm y una temperatura promedio de 24 grados centígrados.

El clima de la ciudad no es tan homogéneo debido a la presencia de los Farallones de Cali con una altura de 4.000 metros sobre el nivel del mar, el cual produce un efecto pantalla sobre las nubes cargadas de humedad que provienen del Océano Pacífico, ocasionando una clara diferenciación entre el Norte de la ciudad, seco, y una porción sur, más húmeda. La diferencia es tan significativa que en el norte llueve la mitad de la precipitación que cae en el sur de la ciudad.

En el sur de la ciudad esta ubicada la comuna 18, entre las cuencas de los ríos Meléndez y Cañaveralejo.

Según el acuerdo 15 de agosto de 1988: " Por el cual se divide el territorio municipal en comunas y corregimientos, se dictan normas marco que regulan su funcionamiento y se expiden otras disposiciones", se determina como comuna y corregimiento " los sectores territoriales en que se divide el municipio para una mejor

administración y prestación de los servicios a cargo del municipio y otras entidades”.

Esta Comuna con un total de 62.156 habitantes, tiene desarrolladas 288 hectáreas en 15 barrios, en 15, 5 sectores y limita:

- Al norte con la comuna 19**
- Al oriente con la comuna 12**
- Al sur y al occidente con el área rural del corregimiento de La Buitrera.**

La Comuna 18 debe su desarrollo a diversos procesos de conformación urbanística, y caracterizado en una primera etapa hacia los años treinta en la vía a Jamundí y la zona rural de los ríos Pance, Meléndez y Lili, que inicia un poblamiento incipiente a lo largo de esta ruta, así como los caminos a las minas ubicadas en la parte alta de la cordillera.

En el transcurso de los años cuarenta, se consolida la formación de los barrios Meléndez, Buenos Aires, y Caldas en la parte plana y el barrio los Chorros en la parte alta de la comuna. El poblamiento se fue conformando en la parte baja con el establecimiento de sectores anexos o expansiones de estos barrios en especial la zona de los que ahora son los barrios Alférez Real, Horizontes y los Farallones, Simultáneamente se inicia un permanente poblamiento de los sectores al sur de la Comuna en su parte alta lo que da origen al barrio El Jordán que se fue consolidando lentamente.

A mediados de los años cincuenta se inicia una migración desde Nariño, Cauca y en menor proporción de Caldas y la Costa Pacífica que se empezó a ubicar en los sectores altos del barrio Jordán y en

los sectores de Polvorines y alto Meléndez así como en la parte Norte de la Comuna en la zona del Mario Correa Rengifo y sector de Nápoles.

Según los primeros pobladores, la parte alta de la comuna estaban constituida por pequeños lotes con poco bosque y abundante maleza, sin servicios básicos, las necesidades de agua se suplían con pequeños nacederos de agua, aljibes y las aguas servidas se disponían a través de posos sépticos. La ropa se lavaba en el río Meléndez, que fue durante mucho tiempo y hasta los años setenta sitio de recreación y esparcimiento para toda la ciudad. Con el tiempo se logró hacer el primer acueducto de esta zona para los barrios Polvorines, Alto Jordán, Alto Nápoles el cual tiene actas de aprobación que datan de 1956.

La Comuna se caracteriza por ser eminentemente residencial, vocación que ha desarrollado igualmente sectores comerciales y de pequeña industria sobre todo en el sector de Meléndez (carrera 94) y sobre la calle quinta entre carreras 67 y 75 antes del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. El cual esta ubicado frente al barrio Ciudad Carpi y cerca al Batallón Pichincha donde esta ubicada la tercera brigada de infantería.

“El crecimiento de la población de Cali desde 1.912 cuando Cali tenia 28.000 habitantes, Cali al iniciar el año 2.000 alberga cerca de dos millones cien mil personas debido a las inmigraciones, Cali en la actualidad tiene provenientes de otras regiones casi el 50% de sus habitantes (DANE, 1.993)

Cali a principios del siglo XIX era la única ciudad importante de la Gobernación de Popayán que estaba localizada en la margen izquierda del río Cauca, y vivían unas circunstancias geográficas que eran determinantes para su desarrollo, ya que en época de invierno el transporte se realizaba con gran dificultad, siendo de gran riesgo cruzar el río, que se desbordaba de su cauce y cubría extensas zonas del valle, inclusive zonas del Oriente de Santiago de Cali que hoy están densamente pobladas y que hacen parte de su perímetro urbano. Era imposible la comunicación con el norte del país (Medellín) ya que lo impedía el Canon de la Pintada, el cual era un obstáculo geográfico que impedía el tránsito por el río Cauca, otro obstáculo era la densa selva cubierta en gran parte de guadales, lo cual lo hacía muy difícil el tránsito hacia el norte en los territorios que hoy son ocupados por los departamentos de Caldas, Quindío, y Risaralda, siendo necesaria la salida hacia el norte por la Cordillera Central, lo que es hoy el Parque Nacional Natural de los Nevados, rumbo al Valle del Río Magdalena.

Cali y el Valle del Cauca en general fueron siempre culturalmente distintos de Bogotá, por razones no-solo históricas, por haberse verificado la penetración Europea al Valle del Cauca desde Quito, sino geográficas, por formar parte del mismo corredor interandino. Cali estuvo siempre mas vinculada con Quito que con Bogotá.

Esta influencia sureña que no puede ser menospreciada en la actualidad, fue enriquecida por la colonización Antioquia que desde comienzos del siglo XIX, inicio desde Medellín y pueblos cercanos, una basta expansión hacia el sur de su territorio, que significo la colonización de gran parte de las, montañas vallecaucanos de la

Cordillera Central y Occidental generando modificaciones tanto en el paisaje como en la cultura Vallecaucana.

Los paisas realizaron dos grandes contribuciones a la cultura Vallecaucana: `` civilizaron `` parte de la selva localizada al Norte de Cartago y de las montañas del Valle, convirtiéndolas en cafetales con sombrío que facilitaron por vez primera, la comunicación terrestre entre Medellín y Cali a lo largo de la cordillera central, la comunicación establecida alentó de paso la economía cafetera que posteriormente transformaría al país y al Valle del Cauca. La otra contribución paisa fue la introducción de su cultura en nuestro medio que nos ha legado, por lo menos un buen número de pueblos cafeteros aferrados a nuestras montañas, el espíritu por el trabajo y una fuerte influencia en la culinaria. Buena parte de la comida vallecaucana actual se deriva de la culinaria Antioqueña.

Cali es el sitio más cercano al mar desde el interior, y une a Cali con Buenaventura una travesía por la cuenca del río Dagua, esta ventaja geográfica sería, la que a la postre impulsarían a la ciudad a tener la dinámica social y económica que la han llevado al desarrollo y crecimiento actual. La conexión por vía férrea entre Buenaventura y Cali beneficio a ambas ciudades, no solo desde el punto de vista económico, sino que permitió el intercambio cultural entre etnias de ascendencia Africana de ambas ciudades con la región caribe. Este intercambio introdujo ritmos caribeños y otras manifestaciones culturales rápidamente aceptadas por las comunidades de ascendencias Africana, asentadas en la región desde la esclavitud y fuertemente mezcladas con otras etnias.

5.4 CONTEXTO POBLACIONAL :

La población con la cual se realizó la investigación labora en la sala 7, del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle en donde se ingresan pacientes sintomáticos que vienen por sala general.

La población del estudio estuvo conformada por 12 auxiliares de enfermería con su respectiva acreditación, 10 mujeres y 2 hombres entre los 25 y 40 años trabajadores activos de la institución Psiquiátrica escogida.

5.5 Contexto del lugar de investigación : SALA 7

Esta sala consta de cuartos de dos camas frente a una amplia estación de enfermería, en donde se ubican pacientes críticos con cuidados especiales para hacer una constante observación de ellos, como también de cubículos laterales a la estación de enfermería que también permiten una constante observación y cuidado del paciente mientras están durmiendo. Un pasillo amplio que une todos los cuartos, nos conduce a un comedor donde encontramos cuatro mesas grandes de material forradas en cerámica, tres mesas redondas blancas de rimas con sus sillas, y un televisor para el uso del personal hospitalizado, el comedor es iluminado por grandes ventanales que dan a un parqueadero dispuesto para el personal que labora en la institución, con amplias zonas verdes, esta sala es amplia y permite la movilidad del paciente en las actividades terapéuticas. El comedor se comunica con los baños por medio de tres grandes arcos, la sala cuenta con servios sanitarios para pacientes a la entrada de la sala y los del lado del comedor que quedan al final de la sala que facilitan el baño de pacientes

delicados en sus camas; detrás de la estación de enfermería esta ubicado una amplia zona verde que permite al paciente disfrutar del sol o realizar ejercicios dirigidos por el personal de terapia ocupacional. A la entrada de la sala encontramos la oficina de terapia ocupacional, la oficina de revista medica, un consultorio, el cuarto de ropas de pacientes, el baño y la cocina del personal de la sala.

El Hospital Departamental Psiquiátrico presta servicios especializados a todo el Sur Occidente del país, cubriendo no solo la población de Cali y de las ciudades vecinas, sino toda la población tanto indígena como negra de la Región del Pacifico.

El Hospital para prestar el servicio de consulta externa y hospitalización cuenta con personal calificado tanto en su área administrativa como en su arrea asistencial, de la cual hablaremos que esta dividida por salas, y cada sala consta de un Medico Psiquiatra, un Medico General, una Trabajadora Social, una Terapista Ocupacional con una Auxiliar de Terapia O. Una Enfermera Jefe con sus Auxiliaras de Enfermería, el Hospital tiene una demanda para poder prestar sus servicios en este momento de mas o menos de 95 auxiliares que cubrirían las necesidades. De los pacientes que son enfermos especiales.

Los auxiliares de enfermería cuentan con una población femenina de 43 miembros, y una población masculina de 49 miembros, las edades de este personal son variadas ya que pódenos encontrar auxiliares de enfermería muy jóvenes hasta personal que esta en espera de jubilación. La procedencia de esta población es de diferentes Ciudades o corregimientos del Valle del Cauca. Esta lista

fue expedida en el año 2.000, desde entonces han ingresado y han salido jubilados auxiliares de enfermería.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGOS.

Los riesgos de salud de quienes trabajan en hospitales constituye un tema que cada vez cobra mayor importancia. Existen estudios realizados por Administradoras de Riesgos Profesionales como la del I.S.S, en el sector oficial, que demuestran la existencia de riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales que de modo abierto o encubierto afectan a los profesionales que prestan servicios de salud.

Los riesgos biológicos causados por organismos vivos, generalmente microscópicos, plantean serios peligros. La epidemia del SIDA y la hepatitis B han influenciado la práctica médica y asistencial y se les considera un problema de exposición laboral por el posible contacto con los virus a través del trato directo con pacientes y por la manipulación de fluidos corporales contaminados.

Según datos de salud ocupacional seguro del ISS, el riesgo de adquirir el virus del SIDA en el ambiente de trabajo es de 0,5 a 0,7% por manipulación inadecuada de fluidos o por pinchazos con material contaminado. La hepatitis B es la más frecuente de las enfermedades infecciosas de origen profesional y la probabilidad de adquirirla accidentalmente es tres veces mayor que la del SIDA. Por eso es importante proteger al personal de salud y hacer hincapié en las normas de bioseguridad, sin detrimento de la atención que merece el paciente.

La prevención de la tuberculosis en el personal de hospitales exige un control riguroso de las enfermeras, laboratoristas y médicos antes, durante y después de la contratación del personal, mediante exámenes médicos de detección, radiografías torácicas, y verificación del estado de inmunidad con la prueba de tuberculina y la vacuna BCG.

Los riesgos químicos juegan un papel importante en los servicios de hospitalización, ya que el personal puede absorber sustancias químicas durante su manejo o por mantenerse cerca de ellos. Los gases anestésicos, antisépticos, reactivos citotóxicos, medicamentos y preparados farmacéuticos provocan efectos biológicos en el trabajador, dependiendo de la concentración, manipulación, exposición, susceptibilidad del trabajador, el agente y la práctica de protección adoptada por el personal.

Los riesgos físicos más conocidos entre los trabajadores de salud son la radiación ionizante, la exposición al ruido, temperatura y la electricidad. Las radiaciones ionizantes más comunes son los rayos X y los elementos radiactivos de los departamentos de radiología, radioterapia, laboratorios clínicos, dentales y sala de operaciones. En cuanto al ruido, los trabajadores de salud más expuestos son los odontólogos, cirujanos máximo faciales, cirujanos de ortopedia, traumatología y otorrinolaringología, y bacteriólogos.

Los riesgos ergonómicos se manifiestan en desgaste y daños debido a sobrecargas o posturas incorrectas en el trabajo. El levantar a los pacientes constituye un importante problema para el personal de enfermería, quienes presentan una tasa relativamente alta de dorsalgias, síntomas neurológicos y algias de esfuerzos.

En su revista de Factores de Riesgos profesionales del ISS protección laboral de dic de 1996, se afirma de Los riesgos psicosociales que pueden presentarse por el ambiente físico del trabajo, factores propios de la tarea, organización de los horarios, cambios tecnológicos, estructura jerárquica rígida y relaciones humanas e interprofesionales. (ISS. factores de Riesgos psicosociales 1996)

Por otro lado en España, la Unión General de Trabajadores, ha realizado estudios acerca de las condiciones de trabajo donde se ha encontrado que "Los factores de riesgo psicosociales, se relacionan con las situaciones de las que se pueden derivar inconvenientes o contratiempos (stressores) en la interacción de los trabajadores en su entorno laboral." (Boletín U.G.T. España 2003)

Con este término (estresor) se alude a un tipo específico de situación o acontecimiento que pone en peligro la estabilidad relacional del individuo con su entorno laboral, creando tensión y amenaza en la consecución de los fines y objetivos de quienes se ven involucrados en ella.

Los factores de riesgo están estrechamente relacionados con las percepciones que tenga el trabajador, las cuales dependen en buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la empresa, de sus características personales y organizacionales.

En la misma publicación, se dice que:

"Por stressores se entiende un conjunto de situaciones físicas y/o psicosociales de carácter estimular que se dan en el trabajo y que con frecuencia producen tensión y otros

resultados desagradables para la persona. Son, por tanto, elementos recurrentes de carácter estimular (sensorial o intrapsíquico) ante las cuales las personas suelen experimentar estrés y consecuencias negativas. En base a esta definición, cualquier aspecto del funcionamiento organizacional relacionado con resultados conductuales negativos o indeseables se correspondería con un estresor". (Boletín U.G.T. España 2003)

El estresor depende de:

- **La valoración que la persona hace de la situación.**
- **Vulnerabilidad al mismo y características individuales.**
- **Las estrategias de afrontamiento disponibles a nivel:**
 - **Individual.**
 - **Grupal.**
 - **Organizacional.**

6.1.2. LOS RIESGOS PSICO-SOCIALES EN EL TRABAJO

Los riesgos o "factores de riesgo" psicosociales se han definido por la OIT (2000) es su informe del Comité Mixto a OMS, como factores en el trabajo y como "aquellas interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte, y por otra, las

capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.” (OIT- OMS 2000)

Por otro lado el ámbito laboral tiende a ser un foco de estrés para la mayoría de las personas, debido a que en nuestra sociedad el medio laboral es el contexto principal donde se exige que personas muy diferentes actúen y se relacionen de formas específicas (coerción social).

"Se ha demostrado que los trabajadores que están alienados, frustrados e insatisfechos del trabajo, tienen una calidad general de vida que refleja esta situación. El trabajo se refleja en su vida personal. Más que ofrecer una oportunidad de enriquecer la vida laboral, el ocio refleja y magnifica los problemas del trabajo. (ISS. Riesgos Psicosociales 1996)

6.2. CLASIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Si hay un equilibrio entre condiciones de trabajo y factores humanos, el trabajo puede incluso crear sentimientos de confianza en uno mismo, aumento de la motivación, de la capacidad de trabajo, de la satisfacción y propiciaría un aumento del nivel de vida.

Pero un equilibrio entre exigencias del medio en que nos desenvolvemos por una parte, y las necesidades y aptitudes por otra pueden generar una mala adaptación. Cuando un individuo no tienen sus necesidades satisfechas, se le exige demasiado o se le

menosprecia, habrá respuestas patológicas de tipo emocional, fisiológicas y de comportamiento.

Con base en la revisión bibliográfica (ISS. Revista de Factores de riesgo Psicosociales 1997, 1999, OMS, OIT, UGT. España 2003), han sobresalido una serie de factores de riesgo psicosocial entre los que se encuentran:

- _ La mala utilización de la propia capacidad del trabajador.**
- _ La sobrecarga del trabajo.**
- _ La desorganización en el trabajo.**
- _ Los conflictos de autoridad.**
- _ Las desigualdades salariales.**
- _ Las faltas de medidas de seguridad e higiene.**

Con base en esta revisión se clasifican los factores de riesgo psicosocial de la siguiente manera:

6.2.1 FACTORES INTRINSECOS A LA TAREA

La sobrecarga del trabajo, que podrá ser cualitativa o cuantitativa, y que produce síntomas de estrés como, pérdida del respeto hacia sí mismo, motivación baja para el trabajo, tendencia a refugiarse en la bebida, aumento del consumo de tabaco, así como tasa elevada de colesterol, y aumento de la frecuencia cardíaca. Ha quedado demostrado que un periodo prolongado de tensiones, precedió siempre a una crisis coronaria.

6.2.2 FACTORES DE ORGANIZACION DEL TIEMPO DE TRABAJO

Se ha demostrado que el trabajo por turnos modifica los ritmos biológico, la temperatura del cuerpo, el metabolismo, los niveles de azúcar en la sangre, la agilidad mental y la motivación en el trabajo. Los trabajadores a turno presentan con mayor frecuencia trastornos gastrointestinales y cansancio. (trabajo diurno y trabajo nocturno, Riesgos Psicosociales en la empresa y su control ISS 1999)

6.2.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA GESTION Y FUNCIONAMIENTO DE LA EMPRESA

Igualmente se manifiestan en este informe que, "si la función asignada al trabajador es ambigua, contradictoria o conflictiva, la situación creada es causante de estrés. Esto afecta lo mismo a técnicos y obreros que al personal administrativo.

La introducción de cambios en el puesto de trabajo: cuando los mismos no han sido preparados y los trabajadores no reciben información ni formación previa, o no evalúan los costos humanos, se verían vulnerados los principios de administración del recurso humano (trabajo diurno y trabajo nocturno, Riesgos Psicosociales en la empresa y su control ISS 1999)

6.3 EFECTOS DEL ESTRES A CORTO PLAZO

La respuesta del organismo frente a un estrés agudo se encamina a proporcionar energía bien para una respuesta por evasión, bien para una respuesta de lucha.

Los cambios en el organismo se concretan en aumento de presión arterial y palpitaciones, aumento de adrenalina, y de colesterol, sequedad de boca y garganta, respiración más profunda y disminución del ritmo intestinal. También hay otros efectos fisiológicos frecuentes tras una tensión emocional, como dolores de cabeza, de espalda, tensiones musculares, indigestión, sudores, aumento de las micciones y alteraciones del sueño. (trabajo diurno y trabajo nocturno, Riesgos Psicosociales en la empresa y su control ISS 1999)

6.4 EFECTOS DEL ESTRES A LARGO PLAZO

El continuo ataque al organismo por situaciones estresantes hace que éste al final claudique, incidiendo negativamente sobre diferentes sistemas, pero particularmente sobre el aparato circulatorio. (psicología del trabajo para las relaciones laborales. Carlos Guillén Gestoso – Rocio Guil Bozal. Marzo 2001)

Una de la razones de esta degradación de los sistemas adaptativos del organismo, es precisamente el hecho de que aunque con la respuesta de alarma el organismo se prepara para una actividad intensa, lo que consumiría energía y daría posibilidad de descarga, la mayoría de las ocasiones la situación no requiere una respuesta física tan fuerte.

Las situaciones propensas al estrés, lo son precisamente porque no hay posibilidad inmediata de salida y el individuo se encuentra indefenso y sin fuerzas para modificar la situación.

En los factores de riesgo psicosocial, según coinciden en señalar diversos expertos, tales daños podrían no llegar a darse o si se dan serían leves o fácilmente reversibles de ahí que algunos prefieran la definición dada por Cox & Griffiths (1995) que los definen como "aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores" . Los factores de riesgo psicosocial estarían, por lo tanto, más ligados al objetivo de alcanzar un bienestar personal y social de los trabajadores y una calidad en el trabajo y el empleo que a la clásica perspectiva de la seguridad y salud en el trabajo de evitar la producción de accidentes y enfermedades profesionales.

La exposición a estos factores está íntimamente ligada con la experiencia del estrés que podría ser definido como "un estado psicológico que es parte y reflejo de un proceso de interacción entre la persona y su entorno laboral". Sería "el resultado de una exposición a una amplia gama de exigencias o demandas laborales que pueden contribuir igualmente a una amplia gama de consecuencias para la salud del trabajador. Es un enlace entre los potenciales riesgos y los daños para la salud".

La empresa Colombiana de Salud, Ambiente y Desarrollo en sus estudios de 1996, hablan del estrés como "el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación".

El concepto de estrés, sin embargo, no siempre tiene para todos los expertos un valor negativo. "Determinados tipos o niveles de estrés cumplen funciones positivas de estímulo y desarrollo y del mantenimiento de la buena forma ante las situaciones de cambio e incertidumbre en las que hay que desenvolverse", sin embargo el estrés "se ha investigado como fuente de efectos negativos para el bienestar psicológico y por lo tanto se ha investigado sobre todo en su vertiente de "distress" coincidiendo de esta forma con el terreno propio de los llamados factores de riesgo psicosocial. (psicología del trabajo para las relaciones laborales. Carlos Guillén Gestoso – Rocio Guil Bozal. Marzo 2001)

6.5 LA IMPORTANCIA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

En los últimos años el panorama de la seguridad y salud en el trabajo a nivel internacional se ha orientado a la investigación de los estudios y análisis de lo que se ha venido a llamar "nuevos riesgos" y dentro de ellos los que se consideran los de carácter psicosocial.

La Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo llevó a cabo en el año 2000 una encuesta entre todos los países de la Unión Europea sobre necesidades de investigación y análisis técnico resultando que los riesgos o factores de riesgo psicosocial eran considerados los más prioritarios.

También la última y muy reciente Comunicación de la Comisión Europea de 11 de marzo de 2002 sobre "cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)" está llena de referencias a este tipo de riesgos laborales, entre ellas las siguientes:

"promover un verdadero bienestar en el trabajo -físico, moral y social-, que no se mida únicamente por la ausencia de accidentes o enfermedades profesionales". Y en este nuevo enfoque global se define como uno de los objetivos el de "prevenir los riesgos sociales: el estrés, el acoso en el trabajo, la depresión, la ansiedad y los riesgos asociados a la dependencia del alcohol, las drogas o los medicamentos". (Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo 2000)

- Señala que los servicios de prevención de las empresas deben ser auténticamente multidisciplinarios y deben incluir los riesgos sociales y psicológicos.**
- Habla también de adaptar el actual marco normativo para la integración en el mismo de algunos factores de riesgo psicosocial como el acoso psicológico o la violencia en el trabajo.**
- Indica la realización por la propia Comisión Europea y la Fundación de Dublín de una "recopilación de datos y otras informaciones a fin de medir la incidencia de estos fenómenos y definir indicadores de seguimiento". (CESST- FD 2002)**

- **Y, por último, manifiesta la conveniencia de que las instancias del diálogo social aborden los nuevos riesgos y "en particular el estrés, cuyo carácter multiforme -sobre todo en razón de la amplia variedad de patologías en que puede manifestarse- justifica plenamente un planteamiento de estas características, que implique a los interlocutores sociales".**

Existen varios factores que contribuyen a explicar la emergencia de estos nuevos riesgos a uno de los primeros planos de análisis dentro de la prevención de riesgos laborales:

En primer lugar, los cambios en las formas de trabajo. El trabajo está evolucionando de ser predominantemente una actividad física a una actividad mental, de solución de problemas, de gestión del conocimiento, etc. lo que "implica gestionar la incertidumbre y la ambigüedad". Este cambio en las formas de trabajo se puede manifestar de muy diversas maneras. Puede traducirse en una mayor especialización de los trabajadores con más trabajo repetitivo y presiones de tiempo incrementadas. O bien en un "incremento del trabajo en equipo y los equipos de trabajo", en los que se "difuminan los límites de la definición de puestos" y existe una mayor "flexibilidad y versatilidad" en el contenido de la relación laboral por la diversificación de formas contractuales laborales y la multiplicidad de funciones o polivalencias, que por una parte pueden aumentar el estrés por la mayor intensificación del trabajo y la mayor dificultad para asegurar una carga de trabajo idéntica pero que por otro lado puede producir una mayor satisfacción de los trabajadores, al considerarlo un trabajo más interesante.

b. Se trata, en segundo lugar, de riesgos que se asocian más a la actividad propia del sector servicios. Este sector ha pasado a ser con diferencia el predominante en nuestras economías y el de mayor potencialidad de crecimiento en la creación de nuevos puestos de trabajo, con nuevas organizaciones en forma de subcontratación, externalización o outsourcing u organizaciones en forma de red que limitan la jerarquía y aumentan la complejidad de las relaciones de trabajo para convertirlas en relaciones de mercado o proveedor-cliente evaluadas conforme a la calidad del servicio que se proporciona a los clientes internos o externos.

c. Se trata además de riesgos bastante ligados al uso de tecnologías de la información. La utilización generalizada de aparatos electrónicos, que en principio facilitan al trabajador la ejecución de tareas y su realización con mayor autonomía organizativa, ha significado también una mayor disponibilidad temporal y dependencia personal del trabajador a su empresario sin límites de horario o de jornada demasiado claros.

d. Son riesgos con una importante incidencia oculta: siempre han existido pero por no tener apenas trascendencia en las cifras oficiales de siniestralidad no han tenido prioridad para los agentes de la prevención. En los países en que se ha podido reducir muy sustancialmente la cifra de siniestros por las causas tradicionales (de seguridad e higiene en el trabajo) se ha visto que el absentismo laboral que aún se sigue produciendo depende en gran medida de estos factores hasta ahora no tenidos en cuenta. Se trata de promover, por tanto, un enfoque global en el análisis de las condiciones de trabajo que examine y tenga en cuenta también factores internos hasta ahora ignorados (como la organización y la

gestión de la empresa) o incluso también externos (vínculos familiares, concepciones ideológicas y culturales, adicción al consumo de drogas.)

e. Por último, hacer también hincapié en que el rebrote de estos factores como una de las mayores causas de riesgo laboral también puede estar en sintonía con una economía cada vez más globalizada y competitiva que repercute en los trabajadores en forma de mayores ritmos de trabajo para el incremento de la productividad, más horas de trabajo o de tiempo a disposición del empresario, y en consecuencia mayor fatiga y menor tiempo de descanso u ocio.

6.6 PSICOLOGÍA SOCIAL

La Psicología social, es la rama de la psicología que estudia cómo el entorno social influye directa o indirectamente en la conducta y comportamiento de los individuos.

Los psicólogos sociales se interesan por el pensamiento, emociones, deseos y juicios de los individuos, así como por su conducta externa. Los fenómenos psíquicos internos pueden deducirse a partir de ciertas peculiaridades de la conducta y comportamiento externos.

La PSICOLOGÍA SOCIAL de igual forma observa e interpreta como el individuo es influido por los estímulos sociales al estar o no en presencia de otros y que, en la práctica, todo lo que un individuo experimenta está condicionado en mayor o menor grado por sus contactos sociales.

Los psicólogos sociales tienen como objeto de estudio el fenómeno de la socialización —proceso de adaptarse o formarse para un medio social específico— y se encuentran interesados en cómo los individuos aprenden las reglas que regulan su conducta con los demás en la sociedad, los grupos de los que son miembros y los individuos con los que entran en contacto. Las cuestiones sobre cómo se aprende el lenguaje, los roles, los principios éticos y, en general, cómo los individuos adoptan una conducta de adaptación es, aun el objeto de intensas investigaciones. Así mismo la psicología social ha estudiado ampliamente los métodos por los cuales los adultos aprenden también a adaptar sus pautas de conducta cuando se enfrentan a nuevas situaciones.

De igual forma, la psicología social estudia también en profundidad cómo el individuo y el grupo se influyen mutuamente, estudios en el que se han tratado temas como el del liderazgo, sus funciones, sus estilos y su efectividad. Asimismo, investiga las condiciones en que los grupos humanos resuelven sus conflictos de forma cooperativa o competitiva y las múltiples consecuencias que presentan. También estudia cómo el grupo induce la conformidad y cómo actúa con los miembros disconformes.

Con base en lo anterior, la psicología social permite establecer la relación entre las condiciones del trabajo y el factor humano ofreciendo herramientas para interpretar como el trabajo puede verse influenciado por las exigencias del medio por una parte y las necesidades y aptitudes individuales y por otra pueden generar una mala adaptación presentando como posibles consecuencias respuestas patológicas de tipo emocional, fisiológico y de comportamiento.

La influencia más profunda en psicología social proviene de la Gestalt, y sus representantes son Salomón Asch, Fritz Heider y Theodore Newcomb.

ASCH: Su tesis central es que el hombre se transforma en función del entorno social, y su tendencia no es egocéntrica sino hacia los otros. Intentó demostrar el principio gestáltico que establece que la experiencia social no es arbitraria sino organizada de manera tal que resulte coherente y significativa. Asch hace mención acerca de la formación de impresiones, la comprensión de las afirmaciones, y la modificación de los juicios por influencia grupal.

HEIDER: Su obra se dirige fundamentalmente a comprender cómo la gente percibe los acontecimientos interpersonales. Su tesis fundamental es que la gente trata de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio y construye así una 'psicología ingenua', muy parecida a lo que es una ciencia. Conceptos importantes de Heider son 'atribución' y 'equilibrio'. La gente tiende a 'atribuir' los sucesos de su ambiente a 'núcleos' centrales unitarios internamente condicionados, que en cierto modo son los centros de la trama causal del mundo. Respecto del segundo concepto, la gente busca siempre un 'equilibrio' cognitivo, o sea una congruencia entre las expectativas causales y los objetos con que se relacionan. Si la estructura cognitiva se desequilibra o hay una amenaza de desequilibrio, se busca modificar el ambiente (mediante la locomoción) o el conocimiento del mismo cuando la locomoción no es posible. Para Heider, en la organización mental hay una tendencia al orden y la simplicidad.

NEWCOMB: Llevó la teoría del equilibrio de Heider al terreno de la comunicación, tanto inter como intrapersonal.

La gente se comunica más cuanto más necesidad hay de reducir diferencias entre las personas. Hay una 'presión hacia la uniformidad', y así por ejemplo importan mucho las percepciones de semejanzas en las actitudes para entablar vínculos amistosos.

6.6.1 PSICOLOGÍA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL

Desde la psicología social, existen diferentes niveles de análisis de una misma realidad. Siguiendo a Barriga (1998) y Guil (1992, 1996) recordemos como a la hora de abordar el estudio de la realidad interpersonal, la psicología social puede adoptar los siguientes niveles:

“ Nivel individual o intraindividual : Tradicionalmente asociado a la Psicología, que parte del individuo como unidad de análisis, pero abordando temas que trascienden al ser individual tales como percepciones sociales, motivación, atribuciones, actitudes, identidad.

Nivel interindividual: No concibe al individuo sino en interacción con otros. Analiza como la conducta del individuo afecta la de otros individuos y viceversa.

Nivel Grupal o intragrupal: La influencia de las relaciones de grupo en el rendimiento de los trabajadores fue puesta de manifiesto en los experimentos de Elton Mayo en la Western Electric Company. Este nivel se centraría en el grupo como realidad dinámica, aplicando para su estudio las leyes de la dinámica de grupo y ocupándose de temas tales como la cohesión, las redes de comunicación, el liderazgo, las distintas técnicas de grupo.

Nivel Organizacional o Intergrupo. Este nivel se centra en el análisis de la organización entendida como procesos sociales que integran a los diversos miembros en el acto de organizar actividades y realizar medios para obtener objetivos colectivos.

Nivel Comunitario o Institucional: Contempla los procesos sociales desde la perspectiva mas amplia de los escenarios sociales, no solo la organización, sino también las normas culturales, costumbres. Este nivel enlaza con las de análisis de la Sociología, que lo trasciende y continua a nivel macrosocial." (psicología del trabajo para relaciones laborales, Rocio Guil Bozal 1999 pag.59)

En cuanto a la salud mental no es solamente la ausencia de trastornos mentales. La salud mental es un ideal que engloba el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la autorrealización de capacidades intelectuales y emocionales y está en estrecha relación con la salud física y social (OMS 2001). La salud y la enfermedad son una responsabilidad social que compromete al estado, a los grupos, la familia y al individuo. A los gobiernos les corresponde velar por la implementación de políticas que ofrezcan condiciones económicas y sociales que garanticen una calidad de vida óptima para todos.

El alto nivel cultural de una sociedad se mide por la capacidad que tienen los individuos de asociarse para generar cambios colectivos. En la medida que los grupos sociales tienen acceso a la salud, la educación y la calidad de vida, adquieren su cuota de responsabilidad en la transformación de las costumbres creando estrategias colectivas de auto-cuidado y autoconciencia, de

compromiso colectivo y de vigilancia para que el estado cumpla con sus obligaciones.

El aspecto de la salud hace parte de la problemática macro-social tan compleja que ha permitido plantear retos que exigen la participación comprometida y creativa de todos-as los actores sociales.

La Psicología social tiene la posibilidad de plantear alternativas solución que involucren el conocimiento de lo psíquico en estrecha relación con lo social.

Por lo anterior, La evaluación de los riesgos laborales desde la psicología social, debe considerarse, pues, como un proceso dirigido a estimar el contexto laboral y analizarlo e identificar en el mismo aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo y facilitando la información necesaria para que la empresa y el trabajador estén en condiciones de adoptar una decisión apropiada sobre el tipo de medidas preventivas que deben adoptarse de cara a la comunidad.

6.7 ESTRESS LABORAL

Definición:

Desde una perspectiva histórica, la palabra stress, de origen latino, ha sufrido diversos cambios en su aceptación y así se encuentra que en el siglo XIX se refería a fuerza externa, presión o tensión a que son sometidos personas u objetos, resistiendo sus efectos.

Cannon en 1911, descubrió accidentalmente “la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina y desarrollo el concepto de reacción de lucha o huida,” es decir la respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa, en la que la liberación de catecolaminas por la medula suprarrenal y las terminaciones nerviosas simpáticas desempeñan un papel esencial. El estrés es, pues, para Cannon todo estímulo susceptible de provocar una reacción de huida. (Psicología del Trabajo Carlos Gestoso pag 270)

“SELYE (1956,1980) definió el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre el , dicha respuesta produce un estado de desequilibrio corporal, ocasionado por un estímulo, al que llamo estresor . También introdujo el concepto de “síndrome de adaptación general” , definido como la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica de estrés.

En este síndrome, en función del grado de cronicidad del estrés , se pueden observar tres etapas:

Una reacción de alarma en la que tras un tiempo de inhibición se produce una respuesta de gran intensidad que depleción la corteza suprarrenal y en la que predomina un estado catabólico general; una segunda fase de agotamiento, donde se reproduce con mayor intensidad los fenómenos iniciales de la reacción de alarma; finalmente, la muerte acaece por agotamiento total de las defensas. Esta reacción de estrés puede, en determinadas circunstancias causar o favorecer la instauración de procesos patológicos, llamados por Selye como enfermedades de adaptación, entre

las que se encuentran la úlcera péptica, la cardiopatía isquémica.

Es importante darse cuenta que a diferencia de Cannon, Seyle utiliza el término stress para designar la respuesta y no el estímulo causante de la misma. De hecho, una confusión frecuente en la literatura radica en el uso indistinto de la misma palabra para referirse a la influencia ambiental, a la reacción del organismo e incluso a la relación entre. Junto a estos conceptos de estrés biológico, Engel (1962) define el estrés psicológico como el proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona que implica un apremio o exigencia sobre el organismo y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes que sea activado ningún otro sistema." *Psicología del trabajo. Stress laboral*, Jose Miguel Mestre Navas, Rocio Guil, 1999. PAG 269

Según definición de Karasek (1981), es : " una variable dependiente del efecto conjunto de las demandas de trabajo y los factores moderadores de las mismas, particularmente la percepción de control o grado de libertad de decisión del trabajador" (*Psicología del trabajo, Carlos Guillén Gestoso, 2001, pag 274*)

El estrés es entonces una respuesta general adaptativa del organismo ante las diferentes demandas del medio cuando estas son percibidas como excesivas o amenazantes para el bienestar e integridad del individuo.

El estudio del estrés ocupacional ha cobrado gran auge dadas sus implicaciones en la salud de los trabajadores y trabajadoras y en el desempeño laboral, es por ello que muchos autores han formulado diversos modelos para lograr una aproximación objetiva a este fenómeno tan generalizado en nuestros días.

El modelo de ajuste entre individuo y ambiente laboral formulado por Harrison en 1978 propone que lo que produce el estrés es un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de las personas para afrontarlas, es decir por una falta de ajuste entre las habilidades y capacidades disponibles por la persona y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar, y también entre las necesidades de los individuos y los recursos del ambiente disponibles para satisfacerlas. El proceso de estrés se inicia a partir de la existencia de un desajuste percibido.

La falta de ajuste entre la persona y el entorno puede conducir a diversos tipos de respuestas en los sujetos. A nivel psicológico, pueden suponer insatisfacción laboral, ansiedad, quejas o insomnio. A nivel fisiológico, pueden implicar una presión sanguínea elevada o incremento del colesterol; y a nivel comportamental pueden implicar incrementos en la conducta vinculadas con fumar, comer, ingerir bebidas alcohólicas o mayor número de visitas al médico. Por el contrario un buen ajuste tendrá resultados positivos en relación al bienestar y de desarrollo personal. Esta primera aproximación nos permite identificar tres factores importantes en la generación del estrés ocupacional: 1) los recursos con los que cuentan las personas para hacerle frente a las demandas y requisiciones del medio, 2) la percepción de dichas demandas por parte del sujeto, 3) las demandas en sí

mismas. Estos elementos continúan siendo factores indispensables para comprender la dinámica de estrés ocupacional.

En este aspecto es necesario enfatizar que el estrés como tal es una fuerza que condiciona el comportamiento de cada persona, es el motor adaptativo para responder a las exigencias del entorno cuando estas se perciben con continuidad en el tiempo y su intensidad y duración exceden el umbral de tolerancia de la persona, comienzan a ser dañinas para el estado de salud y calidad de vida del sujeto. Niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés; toda persona requiere de niveles moderados de estrés para responder satisfactoriamente no solo ante sus propias necesidades o expectativas, sino de igual forma frente a las exigencias del entorno.

La percepción del estrés en el trabajo es un fenómeno que refleja la experiencia mediada por las relaciones entre las condiciones objetivas y subjetivas. Los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender dado que representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, suscitando muchas consideraciones. Algunas de estas consideraciones se refieren al trabajador individual, mientras otras están ligadas a las condiciones y medio ambiente de trabajo. Los trabajadores mencionan sobre todo: estresores físicos y ambientales, diseño del puesto, falta de control sobre el contenido y proceso de trabajo, falta de compensación del supervisor o jefes, y falta de seguridad en el empleo futuro.

Entre los modelos conceptuales de respuesta, el de Matteson e Ivancevich trata de clasificar de forma más específica los tipos de respuesta ofrecidos por los individuos ante situaciones de estrés.

“Este modelo pretende sintetizar los elementos relevantes del estrés de forma que resulten útiles para la dirección de las empresas, en vistas a intervenir sobre ellas. Distingue seis componentes:

los estresores, entre los que incluyen no sólo factores internos a la organización -del puesto, de la estructura organizacional, de los sistemas de recompensas, de los sistemas de recursos humanos y de liderazgo- sino también externos -relaciones familiares, problemas económicos, etc-; estos estresores inciden sobre

la apreciación de la situación por el individuo; esta, a su vez, incide sobre los resultados de esa apreciación -a nivel fisiológico, psicológico y comportamental-; y éstos, a su vez, sobre las consecuencias, tanto las referidas a la salud del individuo como las referidas a su desempeño en la organización.” MATENSON E JM. IVANCEVICH (1985) Estrés y trabajo.

Las diferencias individuales y las estrategias de afrontamiento son consideradas como variables. Ya que ocupamos gran parte de nuestro tiempo en el trabajo, las características de éste representan un potencial generador de estrés, teniendo el mismo efectos negativos sobre la salud de las personas y organizaciones.

El modelo explicativo del estrés que Ivancevich y Matteson, citados en el libro psicología del trabajo para relaciones sociales, consideran cinco conjuntos de estresores: ambientales, individuales, grupales,

organizacionales y extraorganizacionales, estableciendo como niveles de análisis el individual, el grupal y el organizacional.

“Por su parte R. Karasek , elaboró un modelo que relaciona la demanda (exigencias) y el control que los trabajadores pueden ejercer, como método predictivo para identificar y modificar situaciones potenciales de estrés. Modificando las exigencias del trabajo o el control sobre el, se puede reducir la tensión y los trabajadores pueden alcanzar más altos niveles de autonomía. Este modelo por sí solo no predice las reacciones de estrés, para ello debe complementarse con la variabilidad individual, que interpreta y resuelve de forma satisfactorio o patológica las exigencias del entorno. Lo interesante del modelo de Karasek es que los dos grupos de variables que considera: exigencias de la tarea y grado de control sobre ella agrupa una gran mayoría de los conceptos que caracterizan los cambios que se están produciendo en la organización del trabajo. De este modelo se derivan dos conclusiones básicas. En primer lugar, la tensión psicológica aumenta cuando lo hacen las exigencias de la tarea y disminuye el control que el trabajadores ejerce sobre el. En segundo lugar los niveles de competencia aumentan cuando al alto nivel de exigencia le acompaña un alto nivel de control sobre la tarea.” Unión General de Trabajadores del País Valenciano 2003. Delimitacion del stress. interntet.

De acuerdo con J. Edwards (1992) quien : “utiliza un modelo cibernético para dar cuenta del comportamiento del empleado en interacción con los fines de la organización. Aquí se define como la discrepancia entre el estado de cosas que el empleado percibe y lo que éste desea, siempre que el grado de discrepancia se considere importante por el propio empleado.

Por su parte, la percepción se entiende como la representación subjetiva de cualquier situación, condición, o evento. Por tanto se refiere a la representación subjetiva de cómo son las cosas y no de cómo debieran ser. De acuerdo con esto, los factores del medio ambiente producirán estrés sólo en la medida en que el empleado lo perciba así". Unión General de Trabajadores del País Valenciano 2003. Delimitacion del stress. interntet.

El estrés en el lugar de trabajo se puede detectar a tiempo, pues suele venir precedido de los siguientes síntomas: poca disposición a asumir responsabilidades, quejas numerosas sin presentar soluciones, falta de relación personal con los compañeros, dificultad para realizar tareas corrientes, llegar tarde y salir temprano, dolor de cabeza y malestar gástrico frecuente, aumento de número de accidentes y fallos, distracciones frecuentes.

Si ante algunos de estos síntomas no se lleva a cabo un diagnóstico precoz del estrés y la situación se prolonga, las consecuencias, tanto físicas como psicológicas, pueden ser graves, llegando a la enfermedad, tanto física como mental.

En este sentido un indicador del grado en que una organización, se encuentra adaptada a las necesidades y expectativas de sus trabajadores puede ser el nivel de estrés existente en dicha organización.

El estrés, desde un enfoque psicológico debe ser entendido como una reacción adaptativa a las circunstancias y demandas del medio con el cual la persona está interactuando, es decir que el estrés es un motor para la acción, impulsa a la persona a responder a los requerimientos y exigencias de entorno. Por tal motivo en algunos casos se ha querido

introducir el termino de "eustress o estrés positivo", pero, cuando el entorno que rodea una persona impone un número de respuestas para las cuales la persona no se encuentra en la capacidad o no posee las habilidades para enfrentar se convierte en un riesgo para la salud , entonces se habla de "distress o estrés de consecuencias negativas". Unión General de Trabajadores del País Valenciano 2003. Delimitacion del stress. internet.

Para efectos del presente estudio, se tomara como base la teoría de autores que formulan el etress como la respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa o como una sobrecarga que exige un esfuerzo adaptativo por parte del individuo, en donde dicha sobre carga se encuentran interrelacionadas variables tales como la capacidad del individuo, personalidad, estilo de afrontamiento y el soporte social .

6.8 SÍNDROME DE BURNOUT

“Con el termino Burnout, cuya traducción literal del castellano significa quemarse, se intenta describir una situación en la que , en contra de las expectativas de la persona, esta no logra obtener los resultados esperados por mas que se esfuerce en conseguirlos.” Psicología del Trabajo para Relaciones Laborales. Carlos Guillén Gestoso 1999.

A finales de la década de los setenta, aparecieron en Norteamérica diversos trabajos que describían el fenómeno de Burnout como característico de las profesiones de ayuda y de aquellas actividades que tienen relación directa con el publico.

En un inicio, la atención se centro en las personas que ejercian profesiones de ayuda tales como : psiquiatras, psicoterapeutas,

personal de enfermería, trabajadores sociales, profesores. En estas ocupaciones, las grandes presiones a que están sometidos durante un largo periodo de tiempo, conducen al agotamiento o desgaste (Burnout), dificultando al organismo la capacidad de respuesta a dicha presión. Al encontrarse estos profesionales vinculados a una organización, las consecuencias también empezaron a ser tomadas en cuenta desde la empresa, ya que las conductas que desencadena el burnout inciden directamente en el funcionamiento de la organización por el deterioro de la salud física y psíquica de los trabajadores que a su vez da lugar a al aumento de ausentismo laboral, rotación, retrasos y descenso en la calidad del servicio que se realiza.

El termino burnout fue utilizado por primera vez en este sentido por Freudenberg (1974), para referirse a los problemas de los servicios sociales, pero fue Maslach (1977) quien lo difundió en el congreso anual de la Asociación Psicológica Americana, para definir una situación cada vez mas frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos; y es el hecho de que, después de mes o años de dedicación, estos trabajadores acaban quemándose.

La primera conferencia nacional sobre burnout,realizada en Philadelphia, afirma que la importancia del Burnout radica en :

- "1. La importancia, cada vez mayor que los servicios humanos han adquirido como agentes del bienestar individual y colectivo.**
- 2. La mayor exigencia que los usuarios hacen de los servicios, educativos y sanitarios.**

El conocimiento de los efectos perjudiciales del estrés, tanto en las personas como en los ambientes." Psicología del Trabajo para las relaciones laborales, Carlos Guillén 1999.

Las políticas actuales de promoción de la salud, buscan abarcar los componentes biopsicosociales de la conducta, este aspecto ha favorecido que la investigación del Burnout halla avanzado rápidamente en los últimos años.

La mayoría de las ocupaciones, afectan la salud de los individuos de una forma u otra, aunque es difícil determinar si es la ocupación la que causa los problemas o si quienes eligen una determinada profesión son de antemano mas vulnerables a padecerlos. En cualquier caso, es objeto de estudio los factores estresantes que existen en relación al trabajo; factores específicos tales como la peligrosidad, sobrecarga y otros relacionados con aspectos organizativos (roles ambiguos, promoción en el trabajo, seguridad, flexibilidad y participación en las decisiones); y por ultimo factores que dependen de las relaciones con el resto del personal.

El síndrome de desgaste, también puede considerarse como una pérdida progresiva del idealismo, de objetivos y de energía ente quienes tienen como trabajo el servicio directo a personas, secundario a las dificultades que se les pueda presentar en labores que realiza.

Existen numerosas definiciones del Burnout, pero la mas conocida es la de Maslach(1982), quien considera el Burnout como una combinación de las siguientes circunstancias:

“ **Agotamiento emocional: sensación de no poder mas de sí.**

- **Despersonalización : actitud impersonal y negativa hacia los usuarios.**
- **Falta de realización personal.**

Sería un proceso continuo, que va surgiendo de manera paulatina y en el que existen una serie de síntomas asociados (Maslach 1977, 1982)

*** Síntomas físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.**

- **Síntomas Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, comportamientos de alto riesgo.**
- **Síntomas cognitivos afectivos: distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención.**

En el ambiente los signos de aparición de desgaste profesional son según Pines y Maslach 1978 :

Falta de energía y entusiasmo.

Descenso del interés por los usuarios

Percepción de estos como frustrantes, crónicos y desmotivados

Alto absentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación.” Psicología del trabajo para las relaciones laborales. Carlos Guillén Gestoso pag 277.

6.8.1 Desencadenantes del síndrome Burnout en los profesionales de la salud.

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos.

Estos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, 1997):

- a) en el nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.**

b) En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, Pedro R. Gil-Monte, Ph. D. Departamento de Psicología Social y Organizacional

Facultad of Psicología - Universidad de Valencia- España. 2003 .Psicología Científica.com. Internet.)

6.8.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME BURNOUT.

En los últimos años se han propuesto un gran numero de modelos para describir el síndrome de Burnout, entre ellos se encuentran modelos desde la teoría Psicoanalítica del yo, modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y modelos desde la teoría organizacional, como lo explica el Dr. Pedro Gil Monte. Dpto. Psicología de la Universidad de Valencia en España, en la pagina de Psicología Científica.com:

“ Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales para explicar el síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser clasificados en tres grupos (Gil-Monte y Peiró, 1997). El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Se caracterizan por otorgar a las variables del *self* (v.g., autoeficacia, autoconfianza, auto concepto, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983).

Según Harrison la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con los presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de

factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Por ejemplo, para Buunk y Schaufeli (1993) el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo.

En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales). En relación a los procesos de

afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Un modelo característico de este grupo es el modelo de Winnubst (1993), que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, por la

monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical.

El apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical.

El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional. Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a la intervención sobre el síndrome.

**Pedro R. Gil-Monte, Ph. D.
Departamento de Psicología Social y Organizacional Facultad of
Psicología - Universidad de Valencia- España. 2003 .Psicología
Científica.com. Internet.)**

7. METODOLOGIA

7.1. ENFOQUE METODOLOGICO

Por las características que definen el presente estudio, el tipo escogido corresponde al descriptivo No experimental transeccional.

No experimental porque no se manipularan deliberadamente variables debido a que ya han ocurrido, solo se observaran fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

Transeccional porque se recopilaran los datos en un solo momento, en un único tiempo; el principal interés es ,únicamente, estudiar los factores de riesgo psicosocial presentes en el desempeño laboral de un grupo de auxiliares de enfermería de H. P.U. V (sala 7) .

ESTUDIOS DESCRIPTIVOS

Para Hernández Sampieri, Baptista y otros (1999), en su obra "Metodología de la investigación , señala que Los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno.

Estos estudios pueden ser transversales o longitudinales, así como también retrospectivos o prospectivos, o ambos. Para este caso el estudio es transversal, puesto que estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en

el tiempo. Asimismo, estos estudios brindan las bases cognoscitivas para otros estudios descriptivos y analíticos, generando posibles hipótesis para su futura comprobación o rechazo (F.H. Canales y otros, 1986).

♦ ¿Qué investiga el estudio descriptivo?

- **Características de la población.**
- **Magnitud de problemas: prevalencia, incidencia, proporción.**
- **Factores asociados al problema.**
- **Eventos epidemiológicos, sociológicos, educacionales, administrativos.**

♦ ¿Cuáles son sus características?

- **Es un primer nivel de investigación.**
- **Presenta los hechos o fenómenos pero no los explica.**
- **El diseño no va enfocado a comprobación de hipótesis, aun cuando se basan en hipótesis generales implícitas.**
- **Según las variables a estudiar, los estudios pueden ser transversales, longitudinales, prospectivos y retrospectivos.**

♦ ¿Qué resultados pueden obtenerse?

- **Da bases para otros estudios descriptivos.**
- **Sugiere asociación de variables como punto de partida para estudios analíticos.**
- **Da bases para plantear hipótesis que conducen a otras investigaciones.**

(F.H. Canales y otros, 1986).

7.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.2.1 POBLACION

La población escogida para el desarrollo del presente estudio estuvo integrada por 14 auxiliares de enfermería que laboran en el Hospital Psiquiátrico del Valle en la sala No 7 y a quienes se les aplicó el cuestionario de medición de factores de riesgo.

La población se escogió teniendo en cuenta el siguiente criterio:

- Que fueran trabajadores activos de la institución Psiquiátrica escogida.**
- Que bajo su responsabilidad se encuentren pacientes Psiquiátricos de alto riesgo.**
- Que hallan sido acreditados por una institución técnica como auxiliares de enfermería.**

La población se conformó por 14 personas, entre los 19 y 45 años, tres (3) de sexo masculino y once (11) de sexo femenino.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El ámbito de trabajo del auxiliar de enfermería es en la mayoría de los casos el Hospital por lo que los cuadros psiquiátricos con carácter de urgencia se pueden limitar a aquellos casos donde realmente sea necesario el ingreso del paciente.

Las urgencias psiquiátricas que requieren ingreso pueden ser motivadas por la necesidad inicial de parar una situación de riesgo tanto para el paciente como para los que le rodean :

- 1. Cuadros de agitación psicomotriz**
- 2. Cuadros delirantes :** en los que la afectación de la percepción de la realidad puede llevar al paciente a situaciones peligrosas.
- 3. Cuadros depresivos:** con un componente de ideación suicida.
- 4. Episodios confusionales:** con desorientación temporo-espacial, perdida del contacto con la realidad alucinaciones

CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Este tipo de urgencia llega a la institución con un gran aparataje (ambulancia, policía, familiares, ordenes judiciales,)

La agitación psicomotriz no es una patología en sí sino un signo asociado a diversas patologías (consumo de tóxicos, ideas delirantes el paciente piensa que le van a hacer daño o tiene miedo y su respuesta es un cuadro de agitación que rara vez cede con razonamientos, la confusión mental de origen neurológico puede provocar un cuadro de agitación,).

Ante la llegada de un paciente agitado se debe efectuar una serie de medidas encaminadas a evitar lesiones en el paciente hasta que este sedado, por lo que le proporcionaremos una habitación tranquila y separada de los demás pacientes pero donde el paciente note nuestra presencia. El personal de Enfermería basándose en las indicaciones médicas establecerá las medidas oportunas como pueden ser:

- Informar al paciente de las medidas que vamos a tomar y explicarle que es para evitar riesgos de lesiones.**

- **Retirar objetos punzantes, gafas, prótesis, cinturones, u objetos de la habitación que sean superfluos**
- **Aplicar sujeción mecánica si es preciso siempre de ambas manos y pies no dejando extremidades libres hasta su sedación. La sujeción mecánica debe ser consultada previamente al médico y debe efectuarse con material adecuado para tal fin y si no es así con el uso de vendas siempre reforzadas con materiales suaves como el algodón para evitar quemaduras por abrasión al forcejear. Las sujeciones han de ser firmes permitiendo un mínimo movimiento y sobre todo controlando que no aparezcan signos de cianosis o dolor distal en manos y pies. Nunca sujetar por el tórax o el abdomen si no es utilizando dispositivos fabricados para tal efecto . No dejar restos de vendas o cualquier otra cosa como tijeras, algodón en la habitación tras hacer uso de ellos.**
- **Ayudar al enfermero en la aplicación del tratamiento prescrito (normalmente vía IM o IV) cuanto antes para lograr su sedación.**
- **Restringir los estímulos (ruidos, luz, temperatura agradable)**
- **Recoger las pertenencias y objetos personales del paciente dándolos a la familia o ponerlos a buen recaudo. Es un buen momento para tranquilizar a los familiares : han hecho lo que debían, el paciente está mas tranquilo y seguro, informando del horario de visitas y consultas así de que cosas pueden o no traerle al paciente.**
- **Informar a los servicios auxiliares (cocina, lencería,) del nuevo ingreso y asegurarse de que el paciente no lleva dietas**

especiales (diabetes, colesterol,) y si es así ponerlo en conocimiento de la cocina.

- **Una vez el paciente se encuentre mas relajado y si no ha sido posible, darle una ropa adecuada y proporcionarle alimento o líquidos si lo precisa.**
- **La sujeción del paciente no garantiza su seguridad si no la atención y el cuidado de Enfermería por lo que tener un control permanente del paciente durante su cuadro de agitación es esencial así como el detectar signos o sintamos que puedan surgir (convulsiones, cianosis, fiebres altas, contenidos delirantes, dolor)**
- **Importante registrar y comunicar la información obtenida de la observación del paciente al enfermero y al medico, sobre todo cuando se observan cambios de su comportamiento o los signos antes descritos.**

CUADROS DELIRANTES:

En la mayoría de los procesos psicóticos y en cuadros tóxicos aparecen en el paciente ideas delirantes, en los que le paciente puede temer por su vida o recibir mensajes que le ordenan lo que tiene que hacer en todo momento. El paciente vive una realidad distinta de la nuestra donde puede asumir cualquier personalidad al igual que los que le rodean, esto en un principio le producirá extrañeza confusión o miedo pudiendo tener reacciones bruscas violentas o inesperadas. En muchos casos el paciente aparentemente esta tranquilo aunque se ve en la obligación de cumplir las ordenes encomendadas por su delirio como puede ser (suicidarse, pensar que lo envenenan, existe un complot de su familia o del sanatorio para matarle, y miles de situaciones mas)

que conllevan a que el paciente se encuentre en una situación de riesgo y requiera su internamiento.

- **A veces sirve de ayuda conocer el delirio del paciente para que nuestra actuación no lo potencie ya que en ningún momento hay que debatir o discutir sobre su delirio porque los razonamientos sobre el no sirven de nada.**
- **Por el contrario centrar o ubicar al paciente en quien es, donde esta, conocernos por nuestro nombre y conocer el servicio donde esta ingresado, haciendo que no deje de tomar contacto con la realidad que lo rodea puede ser beneficioso.**
- **Conocer las situaciones que detonan su delirio nos servirá para no activarlas conversando o mencionándolas y si es necesario hablar de eso, siempre hacerlo desde un contexto de la realidad y no seguirle la corriente.**
- **El paciente debe ser desvinculado el menor tiempo posible de su familia y de su ambiente, colaborando en la recepción de visitas en cuanto el medico lo considere oportuno.**
- **Evitar situaciones de riesgo como proporcionarle cubiertos potencialmente peligrosos en las comidas por lo que el uso del material desechable nos facilitara las cosas.**
- **A veces es conveniente que el paciente vea como abrimos la botella de agua o el yogurt así como la medicación ya que sino podemos potenciar ideas de envenenamiento el paciente presenta ese delirio.**
- **En ocasiones cuchichear o chismorrear cerca del paciente puede hacerle pensar que se está hablando de él por lo que se potencia los pacientes con ideas de referencia.**

- **Se Puede encontrar diversas situaciones sobre los pacientes similares a las mencionadas por lo que debemos de tener claro un plan de actuación sobre cada paciente y aplicarlo de una forma natural sin forzar situaciones haciendo que le paciente se sienta cómodo.**
- **Es importante ocupar el tiempo de ingreso del paciente en actividades sobre todo de tipo manual o físico y en menor medida en actividades intelectuales.**
- **En la medida que el paciente no presente situaciones de riesgo debemos evitar hacer al paciente dependiente del servicio pero si hacerle ver que debe cumplir unas normas generales, (horario de comidas duchas visitas salas de fumadores)**

CUADROS DEPRESIVOS (ideación suicida)

Un paciente que presenta un cuadro depresivo pasa por una etapa de sufrimiento y desesperanza ante la vida que en muchos casos le lleva a pensar en el suicidio como única salida de su situación.

La mayoría de las veces el paciente narra su desesperanza ligada a una serie de hechos frustrantes que le han ocurrido en su vida (depresión reactiva o exógena) y en otras ocasiones los cuadros depresivos van unidos a una nula autoestima, una negación total hacia todo, incluso dejando de comer, abandonando sus hábitos higiénicos, y todo ello sin una causa aparente, provocando una idea fija y repetitiva de suicidio, donde los razonamientos sirven de poco (depresión endógena).

En ambos casos el riesgo de suicidio es similar aunque el tratamiento médico es distinto.

- **Los pacientes depresivos suelen hablar poco, pero aun así es importante que se sientan escuchados.**
- **Es importante no dramatizar la situación, y la labor del auxiliar no debe incluir la investigación del caso así como hacerle preguntas relacionadas con sus ideas.**
- **Por lo demás es importante entablar una relación normal, mostrándonos comunicativos, y dando la sensación de que estamos siempre dispuestos a escucharlos.**
- **La prevención de lesiones es una de nuestras funciones más importantes controlando todo lo que pueda resultar nocivo (objetos cortantes = cubiertos, cristales de gafas, vasos, muelles de camas; productos cáusticos = lejías, jabones, antisépticos; otros = ventanas, tomas de corriente, cinturones.)**
- **El paciente debe entender nuestro respeto por su estado pero también por la vida y estas medidas están destinadas a preservarla.**
- **La habitación del paciente no debe presentar riesgos donde el paciente pueda cortarse o colgarse.**
- **Hay muchas mas formas de suicidio que medidas podamos tomar, por lo que la medida más eficaz es nuestra presencia a su lado.**
- **A veces esta indicado que el paciente duerma en una habitación compartida, ya que la soledad en muchas ocasiones puede potenciar el suicidio.**

- **Es importante recalcar al paciente, que aunque no esta en condiciones de entenderlo esto es una etapa pasajera de su vida.**
- **No es conveniente el exceso de visitas, pero si ayuda la presencia de las personas mas allegadas al paciente siempre con el consentimiento de este.**
- **Controlar la ingesta y potenciar los hábitos higiénicos del paciente ya que de alguna manera van a estar mermados o anulados.**
- **Una excesiva demostración de vitalidad por parte del auxiliar de enfermería solo empeora las cosas, comentarios como "pero si la vida es bella" "es una cobardía matarse" no ayudan en absoluto.**
- **Es importante potenciar los pequeños logros del paciente, haciéndole darse cuenta de sus progresos.**

EPISODIOS CONFUSIONALES

Este tipo de episodios generalmente son de carácter orgánico dándose en demencias, abusos de tóxicos, afectaciones neurológicas graves y algunos procesos metabólicos accidentes cerebrovasculares.

El paciente no sabe donde se encuentra tanto en espacio como en tiempo a veces hay perdidas de memoria o cierta obnubilación en la conciencia, falsos reconocimientos de las personas y cosas que le rodean incluso alucinaciones.

En muchos casos estos procesos se dan en personas de edad avanzada por lo que se les une problemas locomotores con el posible riesgo de caídas.

-En estados confusionales graves en estadios agudos a veces es necesario recurrir a la sujeción mecánica hasta que el paciente se tranquilice. Esto implica seguir las medidas del paciente con agitación psicomotriz bajo sujeción mecánica.

-En casos mas leves que el paciente pueda deambular por el servicio tendremos cuidado de quitar obstáculos, control en las duchas por el riesgo de caídas,

-La presencia de relojes y calendarios así como la lectura del periódico del día hacen que el paciente tenga argumentos para centrarse en tiempo y espacio.

-Esencial el control de constantes, ingesta, sobre todo de líquidos (tendencia en las personas de edad avanzada a la deshidratación) eliminación, cuidados de hábitos alimenticios, higiénicos.

-Para esto es importante estudiar los déficits del paciente para aplicar un plan de Enfermería que palie o restaure las deficiencias.

-No perder el contacto con sus familiares y amigos, de forma que le sea mas fácil recordar.

-Importante detectar cualquier síntoma añadido por que los cuadros confusionales pueden ir ligados a cuadros orgánicos diversos.

Para el cumplimiento de los objetivos establecidos, los procedimientos técnicos e instrumentos que se diseñaron y se aplicaron fueron :

*** Entrevista informal**

- * un cuestionario de medición de factores de riesgo psicosocial.**

Las pruebas psicotécnicas fueron aplicadas de manera individual, anónima y no contiene entrecruzamientos de variables que permitan identificar a la persona encuestada. Los datos obtenidos permitieron establecer los diferentes tipos de riesgos Psicosociales en la población encuestada, los cuales serán definidos conceptualmente.

7.3. INSTRUMENTOS.

- Cuestionario de Estrés Laboral.**
- Entrevista formalizada**

***CUESTIONARIO DE MEDICION DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

con base en la literatura relacionada con los riesgos psicosociales se procederá a ;

- a) construir las diferentes categorías de los factores de riesgos psicosociales.**
- b) La información que nos proporcione la población encuestada, nos permitirá precisar los tipos de factores de riesgos mas sobresalientes.**
- c) Una vez determinados y conceptualizados los tipos de riesgos psicosociales, se procederá a elaborar los ítemes que**

conformaran el cuestionario de medición de dicho objeto de estudio.

d) El cuestionario de medición se aplicará a la población final.

PROCESO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MEDICION DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES .

Para la construcción de la prueba de medición de factores de riesgos psicosociales se seguirán los parámetros metodológicos propios para dicha construcción y validación.

PRUEBA DE MEDICION DE RIESGOS PSICOSOCIALES

Una vez definido el propósito de la prueba (el qué), se procede a definir qué se entiende por RIESGOS PSICOSOCIALES, y la forma como aparecen en la labor del auxiliar de enfermería de la sala 7 en el HDPUV. Una vez definido el qué, se hace un ajuste del tema y los respectivos subtemas del objeto de investigación. Los temas y subtemas constituirán "categorías de conocimiento" (Cano, F., 1997). (Ver anexo B). La construcción de los ítems se hizo con base en la literatura relacionada con el tema en mención.

Selección de jueces. La selección de jueces es un procedimiento utilizado para establecer la validez de la prueba. Se eligen cinco o más jueces expertos, de acuerdo a la muestra de la prueba, tanto en el tema como en el manejo de procedimientos metodológicos quienes analizan el cuestionario y determinan la eficacia de las preguntas; es decir si el instrumento satisface los criterios de validez de constructo y validez discriminativa (Granada, H. 2000).

Empíricamente una prueba es válida si satisface estos dos criterios:

- **Formato para el análisis de los ítemes**
- **Escala de medición de factores de incidencia en la aparición de conflictos laborales.**

Una escala de medición es un instrumento de autovaloración que se utiliza para identificar los factores de incidencia. La escala está conformada por los factores previamente establecidos y descritos.

El cuestionario inicial está conformado por 300 reactivos, con formato categorías de respuesta: Muy de acuerdo (MA), Acuerdo (A), Indecisa (I), Desacuerdo (D), Muy en desacuerdo (MD). A cada uno de los factores de incidencia se les asignó un valor numérico entre 1 y 5, asignándose el puntaje más alto a la opción muy de acuerdo (MA). Estas categorías permiten clasificarlas como favorables o desfavorables.

Construcción de los ítems. Delimitación teórica: Se tienen en cuenta los criterios informales de elaboración para ítems de (evitar frases que puedan ser interpretadas en más de un sentido, el vocabulario debe ser claro, simple y directo, redactar afirmaciones que se refieran al presente y no al pasado, etc). Para la construcción del cuestionario final se tendrá en cuenta los ítems que quedan aproximadamente 100 ítems, después del proceso de validación por jueces expertos. El cuestionario final de factores de incidencia para la aparición de crisis de conflicto laboral, se aplicara a 12 auxiliares de enfermería y permitirá indagar y medir dichos factores. Se tuvo en cuenta que los ítems fueran consistentes entre sí; de lo contrario se procedió a eliminarlos.

MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES PRESENTES EN LA LABOR DE UN GRUPO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA SALA 7 DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE- CALI.

Categoría/ítem	Valoración juez				Observaciones	Decisión		Dificultad de la pregunta			
	MA	A	I	D		A	R	F	MF	D	MDF
ITEMES											

CONVENCIONES:

VALORACIÓN JUEZ

{MA:Muy de acuerdo; A: de acuerdo; I: indiferente; MD:muy en desacuerdo ; D: en desacuerdo}

DECISIÓN

{A: aceptada; R: rechazada}

DIFICULTAD DE LA PREGUNTA :

{F: Fácil ; MF: muy fácil ; D: difícil ; Mdf: Muy difícil}

CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE ITEMS EN LAS ESCALAS DE MEDICION DE RIESGOS PSICOSOCIALES.

El elemento básico para en una escala de medición son los items de que la componen. Por tal motivo se hará énfasis en como se seleccionan y se analizan los items, se tendrán en cuentan los siguientes aspectos de thurstone y Chave.

- 1. Redactar afirmaciones que se refieran al presente y no al pasado**
- 2. Evitar afirmaciones que se refieran a hechos o que puedan ser interpretadas como tales.**
- 3. Evitar frases que pueden ser interpretadas en mas de un sentido.**
- 4. No incluir frases que sean irrelevantes para el objeto psicológico de interés.**
- 5. Evitar incluir frases que puedan ser aceptadas o rechazadas por todo el mundo.**
- 6. Seleccionar frases que cubran todo el continuum de los factores de riesgo psicosociales.**
- 7. El vocabulario debe ser simple, claro y directo.**
- 8. Las frases deben ser cortas, rara vez deben exceder las 20 palabras.**
- 9. Cada frase debe contener solamente una sola idea completa.**
- 10. Frases que contienen adverbios como : todo, siempre, ninguno y nunca , tienden a introducir ambigüedades y por tanto deben evitarse.**
- 11. Palabras como solo, solamente, casi y similares deben ser utilizadas solo en las situaciones que resulte necesario.**
- 12. Siempre que sea posible, las afirmaciones deben ser frases simples en lugar de compuestas.**
- 13. Evitar usar palabras que no sean entendidas por aquellos que responderán los items.**
- 14. Evitar el uso de la doble negación en la redacción de la frase.**

En 1929 Thurstone y Chave, citados por Enrique Batista en su obra Escalas de Actitudes, presentaron la técnica denominada de intervalos equiaparenciales, la cual es utilizada para obtener valores escalares para un numero amplio de frases.

El proceso puede describirse así:

- **Se recoge un número de frases**
 - **Se imprimen cada frase en una tarjeta separada (usualmente)**
 - **Se selecciona un número determinado de jueces**
 - **Se le pide a los JUECES que le asignen a cada frase un número entre 1 y 11, donde el 1 representa la posición menos favorable y el 11 la posición más favorable. El seis representará la posición neutral. Las posiciones 2 a 5 representan grados de desfavorabilidad, mientras que de 7 a 10 tienen los grados de favorabilidad frente al objeto de estudio.**
 - **SI LAS INSTRUCCIONES SON CLARAS, los jueces llegan a clasificar tres afirmaciones en promedio por minuto. Los jueces deben clasificar las frases en términos del contenido favorable o desfavorable de las mismas, mas no teniendo en cuenta su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas.**
- * Thurstone seleccionó inicialmente 300 jueces, se ha encontrado, sin embargo que un número considerablemente menor de jueces puede ser suficiente para obtener valores confiables.**

7.4. ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

*** FASE CONTACTO INSTITUCIONAL**

En esta primera fase se realizo un contacto con la población objeto del presente estudio, se llevo a cabo un cuestionario de estrés laboral, el cual contenía preguntas acerca de su desempeño cotidiano en relación a los factores que producen estrés y por otro lado se trabajo con la población EL REPORTE DE CONDICIONES DE TRABAJO , que incluyo condiciones físicas y de relaciones entre los compañeros de trabajo. Dichos cuestionarios se realizaron en el mes de Marzo de 2003

- FASE DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE MEDICION DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES.**

Una vez se diseño el cuestionario de medición de factores de riesgos Psicosociales ,mediante el procedimiento de jueces expertos, se procedió a la respectiva aplicación .

- FASE DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE MEDICION DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

Los datos que se obtuvieron con la aplicación del cuestionario de medición se procedieron a tabular y analizar. Esto para dar respuesta a los objetivos planteados para la realización de la investigación.

7.5 APLICACIÓN INSTRUMENTOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

RESULTADOS DEL PRIMER CUESTIONARIO DE ESTRÉS y REPORTE DE CONDICIONES DE TRABAJO (ANEXO 1)

OBJETIVO : reconocer fuentes de riesgos psicosociales.

APLICACIÓN: el cuestionario consta de 25 items relacionados con los estresores laborales. Fue aplicado al personal de la sala 7 del HDPUV, en forma individual, quienes suspendieron temporalmente sus labores, dicha aplicación tuvo una duración de 2 semanas.

METODOLOGÍA : PROCESO DE ACCION REFLEXION :

AL introducir dentro de la metodología, el cuestionario de estrés, se dio inicio a un proceso de acción el cual consiste en analizar la cotidianidad del auxiliar de enfermería de la sala 7 del HDPUV e hizo posible acercar a los miembros del grupo a la reflexión sobre la situación de riesgos que pueden estar presentes al desempeñar su labor.

El cuestionario fue respondido individualmente y para efectos de la investigación, se analizó llegando a las siguientes conclusiones:

Los malos olores en el ambiente, la dotación incompleta , el regular estado de las herramientas para desarrollar sus labores así como el calor imperante en el ambiente, fueron los riesgos mas reconocidos por el personal de la sala 7 del HDPUV.

El grupo en general, destacó aspectos como: una buena relación con los jefes, los compañeros, el buen entrenamiento recibido para realizar las funciones, un espacio amplio para realizar el trabajo.

El objetivo de reconocimiento de los factores de riesgo se logró aunque de forma poco satisfactoria, pues los riesgos en los que se hizo énfasis fueron los físicos, mas no en los riesgos de tipo

psicosocial que pueden estar presentes en el desempeño de las labores como auxiliar de enfermería de la sala 7 del HDPUV.

Por lo anterior se debió crear otras estrategias de recolección de información , es así como, se realizo una entrevista , procurando recoger mas información acerca de los factores de riesgos en la labor del auxiliar y como una forma de dar continuidad al acercamiento, procurando generar un ambiente de confianza previo a la prueba de medición de riesgos.

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA FORMALIZADA

la entrevista se realizó como un acercamiento previo a la prueba, con el objetivo de recolectar información general en cuanto a la presencia de factores de riesgo en la sala 7 del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, de tal forma que guiara y precisara la elaboración de la prueba.

La entrevista inicial, se realizó a los 14 auxiliares de enfermería, consistió de 10 preguntas abiertas relacionadas con los factores de riesgo , las labores desempeñadas y la relaciones interpersonales, fueron diligenciados en su totalidad 8 formularios.

A la primera pregunta: Que entiende usted por Factores de Riesgo?

La mayoría respondió que es "daños a la salud del trabajador", hubo respuestas que relacionaban el "medio ambiente en el que se encuentra una persona" sin embargo cabe anotar que en ningún momento se encontró claridad acerca de riesgos físicos y psicosociales. Siendo la tendencia a entender el riesgo como agente FISICO, este aspecto debe ser precisado en la prueba.

A la segunda pregunta: Cuales son los riesgos a los que usted suele estar sujeto en su desempeño laboral?

Todas las personas respondieron que las agresiones físicas son el riesgo al que se encuentran expuestos, sin embargo no hicieron la relación con el efecto psicosocial que conlleva, aspecto que se ampliara en la prueba.

A la pregunta que opinión tiene usted sobre su jefe inmediato?

Esta pregunta tuvo respuestas encontradas, entre "es muy responsable" y es "muy autoritario", teniendo en cuenta que las relaciones interpersonales es un desencadenante de factores de riesgo incluso el stress y el Burnout, es necesario en la prueba ampliar esta respuesta.

En cuanto a las preguntas relacionadas con la tarea, se encontró que aunque las actividades le agradan, hay confusión entre las herramientas y material de apoyo necesario o no para realizar sus funciones. Este aspecto debe ser precisado en la prueba.

De igual forma, algunas personas en la entrevista no tienen precisión entre sus funciones y las de otros, aspecto que en la prueba se espera se de mas bases para su interpretación.

RESULTADOS ENCONTRADOS EN LA PRUEBA DE MEDICION DE RIESGOS PSICOSOCIALES (ANEXO 3)

Los ítemes de la prueba, fueron contruidos, desarrollando las categorías de:

*** CATEGORÍA 1. MEDIO AMBIENTE FISICO DEL TRABAJO :**

Las condiciones físicas contemplan las características medioambientales en las que se desarrolla el trabajo: la iluminación, el sonido, la distribución de los espacios, la ubicación (situación) de las personas, los utensilios etc.

SUBCATEGORÍA: CONDICIONES DE LIMPIEZA Y EXPOSICIÓN A LESIONES DEL LUGAR DE TRABAJO, con estos ítemes se pretende medir los factores desencadenantes de riesgo desde la identificación física de los mismos para su posterior clasificación y análisis.

*** CATEGORÍA 2. FACTORES PROPIOS DE LA TAREA:**

Los contenidos del puesto de trabajo, pueden dar luz acerca de aspectos que favorecen o impiden el desarrollo profesional, como fuentes potenciales de stressores en el trabajo

SUBCATEGORÍAS:

• **CARGO:** especificación del puesto de trabajo que ocupa un trabajador, el cual es una declaración de los conocimientos, habilidades y aptitudes que necesita una persona para desempeñar el trabajo.

- **FUNCIONES:** acciones establecidas para un cargo , misiones o tareas propias de cada cargo.
- **PROMOCION:** el desarrollo profesional como parte de la función de capacitación, tiene que ver con la preparación de los empleados para su promoción a puestos en que sus capacidades puedan aprovecharse al máximo. Los requerimientos formales de aptitudes que se establecen para puestos de alto nivel, sirven para detectar la cantidad de capacitación y desarrollo necesaria para que los empleados escalen hasta tales puestos.

Estas sub categorías permiten medir el nivel de stress y detectar la presencia del Síndrome del Burnout entre la población encuestada.

4. CATEGORÍA DE RELACIONES INTERPERSONALES:

La forma más recurrente de crisis se da cuando la persona se enfrenta con objetivos individuales que chocan con objetivos individuales de otra persona con la cual convive o participa en alguna actividad y en la que la percepción de que el sujeto tenga del los demás juega un papel muy importante (Chiavenato, I. 1997). Estos factores de riesgo surgen como resultado de la percepción y de la forma como el sujeto interactúa con relación a :

SUBCATEGORÍAS :

- **Sus superiores**
- **Con sus pares o semejantes o iguales**

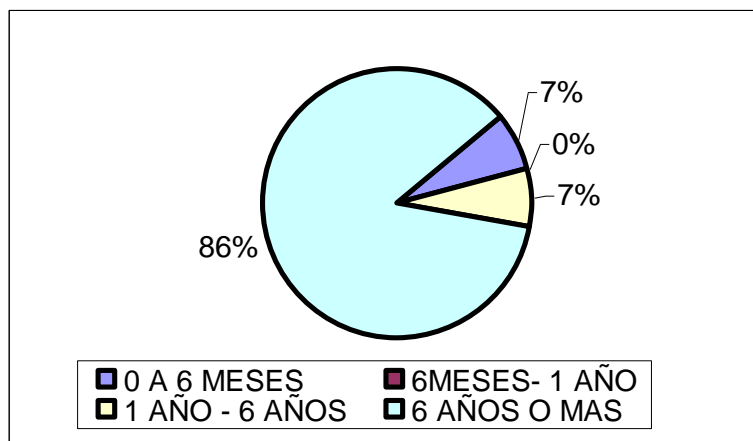
Esta categoría permite identificar medir los estresores relacionadas con la forma de experimentar el medio ambiente laboral, las experiencias, la adaptación y las relaciones interpersonales.

CATEGORÍA 4. ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO

Este tipo de riesgo psicosocial hace relación con las tareas o funciones, los periodos de descanso, permisos laborales y tiempos destinados a la capacitación.

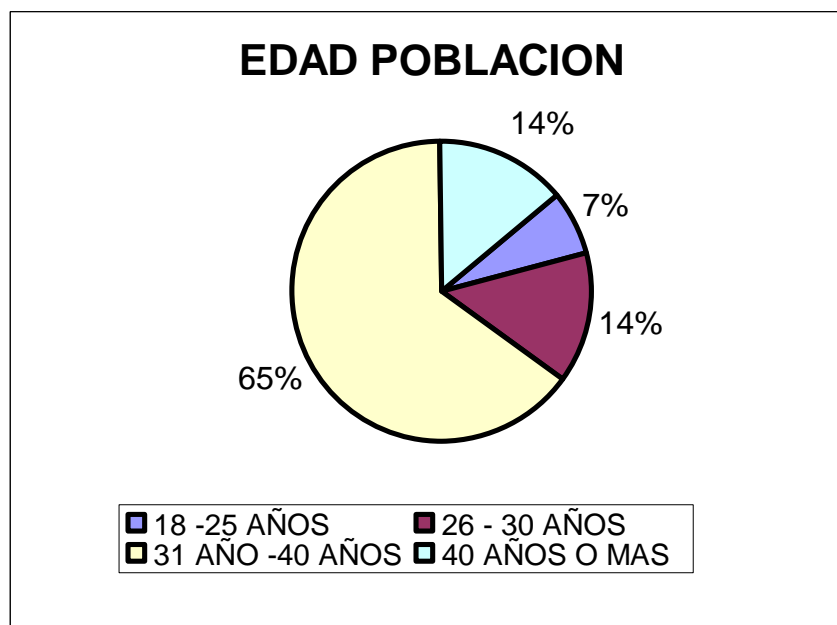
La prueba fue aplicada a 14 auxiliares de enfermería de la sala 7 del Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle , obteniéndose los siguientes resultados :

**GRAFICO No 1. TIEMPO DE VINCULACION A LA EMPRESA :
ESTABILIDAD LABORAL.**

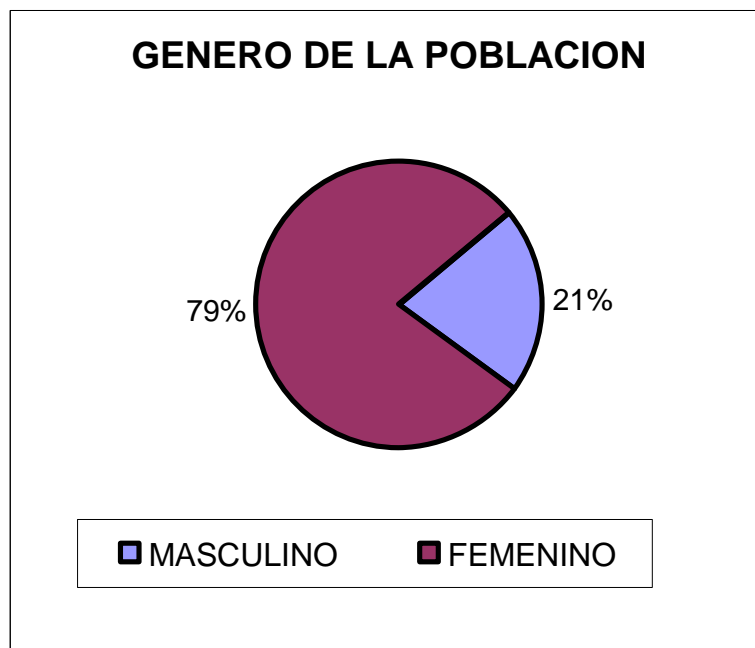


En cuanto al tiempo de vinculación a la empresa, el 86% de la población registra que lleva de 6 años o mas laborando en la empresa, lo que permite dar estabilidad laboral y es una política de poca rotación de personal, también permite dar continuidad a las funciones, programas de capacitación para el cargo y en relación a la labor con los pacientes.

De igual forma, en cuanto a la ejecución de tareas, existe la posibilidad de ejecutarlas en forma repetitiva, trayendo consigo poca satisfacción y bajo rendimiento en el desempeño de las mismas debido a que entre mas años pase el auxiliar en el hospital mas evidente es la poca promoción a otros cargos. Quiere esto decir que la estabilidad laboral debe estar acompañada necesariamente de programas de capacitación permanente, recreación, promoción, que oxigenen, motiven y generen expectativas en cuanto al cargo y a las tareas que desempeñen los auxiliares de enfermería.

GRAFICO No 2. EDAD DE LA POBLACIÓN

En cuanto a la edad de la población, la mayoría se encuentra distribuida entre 31 a 40 años de edad, lo cual teniendo en cuenta la relación con el tiempo de vinculación, puede dar una idea del tiempo de exposición a los factores de riesgo y la adaptación a los mismos.

GRAFICO No 3. SEXO POBLACION

el 79% de la población es de sexo femenino, el sexo como tal, no tiene aparentemente relación con la exposición a riesgos psicosociales, ya que los estresores son percibidos simultáneamente por hombres y por mujeres, dando los unos y las otras respuestas a los mismos.

GRAFICO No 4. ESTUDIOS REALIZADOS

Este aspecto básicamente se observa en relación a la posibilidad del auxiliar de continuar con la formación y su promoción, ya que esto favorece o no a la generación de estresores que afectan al auxiliar, de igual forma el 78% de los encuestados tiene una formación técnica, lo que le permite asumir el conocimiento necesario para atender a los pacientes, sin embargo es importante profundizar mas en el tipo de relación de orden individual y sentimientos que generan como respuesta los auxiliares frente a sus pacientes, ya que esto afecta al grupo y el medio ambiente en la sala 7.

Análisis de los resultados (Anexo 3)

- **CATEGORÍA 1. MEDIO AMBIENTE FISICO DEL TRABAJO :**
SUBCATEGORÍA: CONDICIONES DE LIMPIEZA Y EXPOSICIÓN A LESIONES DEL LUGAR DE TRABAJO ITEMES 1 AL 17

En esta categoría se puede identificar algunos factores de riesgos psicosociales físicos como

- la falta de limpieza en el lugar de trabajo
- la carencia de elementos de protección adecuada al realizar la labor.

De igual forma se identifico

*la presencia situaciones de riesgos que afectan la salud mental de los auxiliares.

En la prueba se observo que los auxiliares no alcanzan a diferenciar la dotación (uniforme, elementos de uso del auxiliar para realizar la labor) y las herramientas , lo que se constituye en un

- factor de riesgo en relación a la tarea, ya que muestra la poca capacitación que al respecto tienen los auxiliares pese a que cuentan en su mayoría con un grado de antigüedad en la empresa considerable, la capacitación en este tipo de categoría incluye las innovaciones en cuanto a dotación y herramientas de trabajo.

En términos generales, los auxiliares tienen un concepto favorable de sus condiciones de trabajo y parece ser que están de acuerdo con las condiciones físicas del lugar donde realizan su

labor, sala 7 del HDPUV, En cuanto a la asignación de la dotación y las herramientas de trabajo NO corresponde a ellos auto-realizarla , sino a la administración del hospital , lo cual permite a los auxiliares asumir una actitud pasiva frente a la solicitud de MAS y MEJORES dotaciones y herramientas de trabajo

CATEGORÍA 2: FACTORES PROPIOS DE LA TAREA:

Los contenidos del puesto de trabajo, pueden dar luz acerca de aspectos que favorecen o impiden el desarrollo profesional, como fuentes potenciales de stressores en el trabajo. ITEMES 18 AL 35.

En cuanto a los factores propios de la tarea, es importante resaltar la presencia del fenómeno de EUSTREES, el cual se caracteriza por ser el STRESS POSITIVO al realizar las tareas, consiste en la adaptación del individuo a su entorno físico y /o relacional.

Para el caso de los auxiliares de enfermería, cabe resaltar que la variable del periodo de vinculación, juega un papel importante y la dinámica grupal ha permitido conformar relaciones entre pares que contrarrestan la aparición de factores de riesgo psicosociales como la falta de apoyo entre compañeros, falta de aprecio y respeto por el otro, amenazas.

En este aspecto se podría decir que este tipo de fenómeno EUESTRESS se ha consolidado con el tiempo permitiendo de forma continuada reducir el nivel de stress hasta lograr hacerlo tolerable.

CATEGORÍA DE RELACIONES INTERPERSONALES:

Esta categoría permite identificar medir los estresores relacionadas con la forma de experimentar el medio ambiente laboral, las normas, la autoridad. ITEMES 36 AL 70

Con relación a esta categoría, la prueba muestra si bien es cierto hay en la mayoría de los casos una buena relación con los compañeros y los auxiliares se encuentran adaptados para realizar las tareas, sin embargo al profundizar en cuanto a las normas se encuentra que las normas institucionales no dan libertad para innovar en las labores, los jefes tienden a un liderazgo que poco reconocen las capacidades del auxiliar, lo que de alguna manera impide el asenso en el Hospital. Al parecer en el Hospital las posibilidades de Promoción son pocas , lo que da una tendencia a abandonar el cargo si se desea avanzar en el mismo, sin embargo la estabilidad laboral presentada permite a la gran mayoría continuidad en su sostenimiento básico y sostener esa condición conlleva a encubrir la presencia dentro de su lugar de trabajo de los riesgos psicosociales, a un costo no determinado.

Por tal motivo, los riesgos psicosociales identificados en esta categoría son:

*** Actitud negativa encubierta hacia la organización.**

*** Falta de proyección laboral**

Es importante aclarar que el hecho de encubrir los riesgos no quiere decir que no existan solo que su manifestación tendera cada vez al bajo interés hacia la tarea y cuestiones laborales, dificultad entre compañeros de trabajo, infelicidad, así como el aumento en los accidentes de trabajo.

ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO

Este tipo de riesgo psicosocial hace relación con las tareas o funciones, los periodos de descanso, permisos laborales y tiempos destinados a la capacitación.

En este sentido, los tiempos de descanso, horarios de los auxiliares en la mayoría de veces son respetados, de la misma forma que los auxiliares consideran apropiado el tiempo para realizar la tarea lo que no los agobia, sin embargo el tiempo de trabajo, deja ver también que la jornada laboral aunque no es extensa, puede ser riesgosa cuando se labora SIN los elementos de protección necesarios y ocasionar lesiones y fatiga.

7.6 RIESGOS PSICOSOCIALES ENCONTRADOS.

Dando respuesta al objetivo propuesto , se lograron encontrar los siguientes riesgos psicosociales.

CATEGORIA 1. MEDIO AMBIENTE FISICO DEL TRABAJO

- **FALTA DE LIMPIEZA EN EL LUGAR DE TRABAJO**
- **CARENCIA DE ELEMENTOS DE DOTACIÓN ADECUADA PARA REALIZAR LA LABOR.**
- **DESCONOCIMIENTO ENTRE DOTACIÓN Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO**

CATEGORÍA 2. FACTORES PROPIOS DE LA TAREA

- **PRESENCIA DE EUSTRESS**
- **POCA CAPACITACION**
- **POCA PROMOCION**
- **POCO RECONOCIMIENTO DE LAS LABORES DEL AUXILIAR**

CATEGORÍA 3. RELACIONES INTERPERSONALES

- **ACTITUD NEGATIVA ENCUBIERTA HACIA LA ORGANIZACIÓN**
- **FALTA DE PROYECCIÓN LABORAL**

CATEGORÍA 4. ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO

- **PRESENCIA DE EUSTRESS.**

7.7 ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGOS ENCONTRADOS EN EL DESEMPEÑO LABORAL DEL GRUPO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA SALA 7 DEL HDPUV.

La falta de limpieza en el lugar de trabajo, la carencia de elementos completos de dotación adecuados para realizar la labor y el desconocimiento de la diferencia de dotación y herramientas de trabajo, deja expuesto que existen riesgos físicos percibidos por el trabajador y son fuentes de estrés ocupacional, y que de no ser contrarrestados estos estresores se desarrollaran entre los funcionarios una situación de inadaptación al estresor los cual tiene efectos a largo plazo, tiempo en el cual la salud física y emocional del auxiliar de enfermería puede verse afectada, sin embargo, cabe anotar que es la institución la encargada de velar por que las condiciones físicas del lugar de trabajo estén en condiciones suficientemente aptas de tal manera que el nivel de riesgos por este aspecto sean mínimos, la idea central es que este tipo de riesgos encontrados hacen vulnerables a los funcionarios de la sala 7 y debe encontrarse apoyo a nivel institucional para que estos factores de riesgos no se conviertan en trastornos de la salud.

En cuanto a la CATEGORÍA 2. FACTORES PROPIOS DE LA TAREA:

Se detecto la presencia de EUSTRESS o estrés positivo el cual se experimenta cuando la percepción de la capacidad para afrontar las funciones tiene mucho más peso que las demandas. Sin embargo al confrontar los factores de la tarea con los resultados de la entrevista, no concuerdan, ya que en un primer momento los auxiliares manifestaron que el riesgo al que estaban expuestos era precisamente el de agresiones por parte de los pacientes en el desarrollo de su labor, sumado a que no cuentan con la dotación y elementos adecuados, permite ver que antes que ser los auxiliares recursivos productivos y creativos, al desarrollar su labor, muestra una deficiencia en la cultura organizacional donde los mecanismos para divulgar las dificultades o impedimentos para la realización de una labor competente deja de ser un factor de riesgo en relación a la tarea y pasa a ser una debilidad del auxiliar.

Lo anterior deja entrever un mal uso de sistemas de evaluación de rendimiento, manifestado este en la forma de encubrir las condiciones ambientales y el poco aprovechamiento y reconocimiento del potencial de cada uno de los auxiliares en desempeño de la labor en la sala 7 del HDPUV.

Se recomienda crear por medio de grupos de trabajo, las actitudes deseables para laborar en la sala 7, los factores que impiden esa actitud y la forma como contrarrestar esos factores, esto favorece el abordaje del desempeño y la competencia laboral y el reconocimiento de factores psicosociales y estrategias para superarlos.

CATEGORIA RELACIONES INTERPERSONALES

- **ACTITUD NEGATIVA ENCUBIERTA HACIA LA ORGANIZACIÓN**

- **FALTA DE PROYECCIÓN LABORAL**

Dentro de los hallazgos de la entrevista y la prueba, la estabilidad laboral es una fortaleza del HDPUV, esta se constituye en una herramienta que en teoría debe posibilitar el desarrollo de la capacidad del recurso humano para lograr los objetivos de la institución, además, permite al individuo una base para desarrollar sus objetivos particulares.

La estabilidad laboral en el HDPUV, presenta algunas dificultades ya que no esta acompañada de procesos continuos de capacitación ni de promoción del personal y pese a que es el Hospital pionero en atender enfermedades mentales, las tareas de las salas 7 no están acompañadas de procedimientos documentados ni difundidos, lo que permite contar con personal experto en atención de pacientes psiquiátricos, por tanto el recurso humano esta siendo sub utilizado, en la entrevista y en la prueba, se manifestó que la proyección laboral no es vista dentro del HDPUV, sino por fuera de este lo que hace que el auxiliar labore, cumpla con su labor pero con un sinsabor ya que sabe la promoción a otros cargos es poco probable que se de.

8. CONCLUSIONES

Los auxiliares de enfermería deben ser conscientes de que la primera medida para evitar la exposición a los riesgos es formarse para conocer sus manifestaciones.

Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención para el grupo de auxiliares de enfermería, deben incorporar otras acciones que consideren los procesos auto evaluación de los profesionales, desarrollar estrategias desde lo individual y grupal que les permitan eliminar o mitigar la fuente de riesgos psicosociales y el estrés.

De igual forma neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual), potenciando la formación habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal) y, eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome. (nivel organizacional).

Se recomienda al grupo de auxiliares de enfermería aprovechar la fortaleza del EUSTRESS y desarrollen habilidades sociales desde su propio entorno, multiplicando los conocimientos adquiridos enriquecidos con su experiencia, esto a su vez puede ser visto como una estrategia de prevención extramuros del HDPUV, pues implicaría la conformación de redes sociales.

A nivel individual y grupal, se hace necesario el empleo de estrategias de confrontación, control o centradas en la resolución de las situaciones ocasionadas por los factores de riesgo psicosociales, dando lugar a la comunicación, invitando a la expresión y desarrollando comités orientados a buscar soluciones que contrarresten los factores de riesgo y prevengan el desarrollo de los mismos y aun el síndrome de quemarse por el trabajo.

Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita la aparición y el desarrollo de los factores psicosociales, afectando la labor del auxiliar y aun las relaciones con si mismo (a) y con el entorno.

SE RECOMIENDA AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE :

La implementación de un programa de documentación de procedimientos, el cual incluiría la formulación del objetivo de la sala 7, los procedimientos e intervenciones físicos y mentales que se realizan para de esta forma diseñar las funciones con su respectiva dotación y herramientas de trabajo para desempeñarlas y una vez descritas **DIVULGARLAS**.

Lo anterior es una invitación a aprovechar el EUSTRESS detectado en la sala 7, para iniciar procesos de calidad en las funciones mediante la creación de grupos veedores del servicio interno promoviendo la unificación de criterios en la intervención, la actualización en el desempeño, de tal forma que se contrarreste la poca promoción de personal con personas **EXPERTAS** en labores de **ATENCIÓN PSIQUIATRICA**. esto conlleva a la **CREACIÓN** de una cultura de calidad que minimice la presencia de riesgos físicos y psicosociales.

GLOSARIO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Según la Legislación Laboral -Convenio 149 de la Organización Internacional del Trabajo-, el - la Auxiliar de Enfermería es "aquella persona responsable de prestar al paciente y a su familia cuidados básicos, directos e integrales, que requieren conocimientos y destrezas generales menos complejos que los de enfermería titulada, pero que exigen también competencia técnica como aptitudes en materia de relaciones humanas".

DISTRESS :

Estrés de consecuencias negativas.

ESTRÉS :

Respuesta generalmente adaptativa del organismo ante las diferentes demandas del medio cuando estas son percibidas como excesivas o amenazantes para el bienestar e integridad del individuo.

ESTRESORES :

Conjunto de situaciones físicas y/o psicosociales de carácter estimular que se dan en el trabajo y que con frecuencia producen tensión y otros resultados desagradables para la persona.

EUSTRESS :

Estrés positivo, impulsa a la persona a responder a los requerimientos y exigencias de entorno.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES :

factores de riesgo psicosociales se han definido por la OIT (2000) en su informe del Comité Mixto a OMS, como factores en el trabajo y como "aquellas interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte, y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo." (OIT- OMS 2000)

PSICOLOGÍA SOCIAL

creada por el Dr. Enrique Pichón Riviere y permite observar, interpretar los discursos y fenómenos emergentes desde los diferentes ámbitos (individual, grupal, institucional y cultural o comunitario) y articularlos, lo cual permite una lectura estructural y un pensamiento de lo complejo, obteniendo así, mas elementos y datos para llevar a cabo una estrategia mas operativa.

BIBLIOGRAFÍA

CARLOS GUILLÉN GESTOSO. Psicología del trabajo para relaciones laborales . MACGRAW HILL. 2001

EDUARDO AGUIRRE D. Enfoques teóricos contemporáneos .

ENRIQUE BATISTA E. Escala de actitudes para la investigación psicológica y pedagógica . Universidad de Antioquia . 1992

FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES. Documento técnico del Instituto de Seguros Sociales. Protección Laboral. 1996.

MICHAEL FOUCAULT. La historia de la locura en la época clásica.

MANUEL VELÁSQUEZ FERNANDEZ. La respuesta jurídico legal ante los riesgos psicosociales. Universidad Nacional. Internet.

M. DEUTSK. RM KRAUSS. Teorías en psicología social. EDITORIAL PAIDOS. 1994.

PANORAMA AMBIENTAL. De Santiago de Cali. CVC. DAGMA. 2003.

PEDRO R. GIL·MONTE, PH. D. Factores de riesgo psicosociales y síndrome de burnout . Departamento de Psicología Social y Organizacional Facultad of Psicología - Universidad de Valencia-España. 2003 Psicología Científica. com. Internet.

PENÉLOPE RODRÍGUEZ SEHK, ELSSY BONILLA CASTRO. Mas allá del dilema de los métodos. 2 Edicion.1995

REVISTA ACTUALIDAD LABORAL. Bogotá.1996

RELACIONES HUMANAS. Seguro Social. Salud ocupacional. ISS. 1997.

RIESGOS PSICOSOCIALES EN LA EMPRESA Y SU CONTROL. Seguro Social. Protección laboral. 1996

THURSTONE Y CHAVE, citados por Enrique Batista en su obra Escalas de Actitudes (METODOLOGÍA,pag 77)

