

T
85D

 **NACIONAL SERVICIOS DE INFORMACION**
ARCHIVO HISTORICO

1687



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

TRASTORNOS ASOCIADOS A LAS EXIGENCIAS DERIVADAS
DEL PROCESO LABORAL QUE LLEVAN A CABO LAS
ENFERMERAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

P R E S E N T A :

L.E.O. GLORIA ESTELA AHUMADA QUEZADA

DIRECCIÓN DE TESIS: MARIANO NORIEGA ELÍO

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO, 2009

Agradecimientos y Dedicatorias.

Los esenciales...

A la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, agradezco la oportunidad brindada, para el logro del mi reto académico que por años estuvo pendiente. Gracias por permitirme egresar de una Institución comprometida con la excelencia.

A la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, gracias por la calidez humana con que a diario me reciben todos los que forman parte de ella. A cada uno de mis profesores, mi respeto y gratitud por compartir conmigo ese gran tesoro de conocimientos que poseen.

A mis Sinodales, mi más sincero agradecimiento por ser partícipes de este evento, realmente me siento afortunada por contar con la presencia de personalidades de renombre, poseedores de excelencia académica y valor humano.

- * Dr. Mariano Noriega Elío
- * Mtra. Adriana Cecilia Cruz Flores
- * Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado
- * Dr. Luis Alberto Vargas Álvarez
- * Dr. Deimos Arturo Aguilar Jiménez.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", por darme la oportunidad de hacer uso de sus instalaciones para poder acceder a su gente. En especial a la Jefatura de Enfermería y en particular a mi compañero y amigo, enfermero psiquiatra Carlos Flores, por su ayuda incondicional y su asesoría de principio a fin para la realización de este proyecto.

Los del alma...

A mi familia, por ser el motivo principal que me motiva a seguir adelante. Les dedico un logro más, gracias por estar a mi lado siempre que los necesito.

Con todo mi amor a mi abuelita Elodia (Tomasa, para mí), porque aunque ya no estas en este mundo terrenal, nunca he dejado de sentir tu presencia, fuiste tú, mi primer ejemplo a seguir, me heredaste esa fortaleza para seguir adelante, me enseñaste que nada es imposible si se conduce uno con honestidad. Gracias por existir.

A ti Mangloria, mi madre, la mejor, porque toda mi vida te he visto trabajar para dármelo todo, y hoy trato de imitarte. Gracias, porque siempre percibes cuándo te necesito sin que te llame. En especial por ayudarme en el cuidado de mis hijas, para poder dedicarle tiempo completo a mis estudios.
Te amo.

A mi querido esposo, Gabriel, por darme esa libertad para seguir volando, por el apoyo incondicional que siempre me has brindado, por tanto amor, por tu paciencia, por entenderme. Gracias por ceder el tiempo que debí dedicarte. Por creer en mí, por ser como eres.

A mis niñas Samy y Cass, con todo mi amor, por ser el principal motivo de superación, por darle luz a mi vida, por hacerme saber que soy para ustedes un ejemplo a seguir. Gracias por conducirse con independencia, eso me permitió dedicarle más tiempo a este proyecto, y no les falle, mis logros les pertenecen.

Con especial cariño para mis tíos: Mary y Sergio, por acompañarme siempre a lo largo de mi vida académica. Gracias por alentarme a ser mejor, por sus palabras tan acertadas, por enseñarme que el haber nacido humilde, no es ningún obstáculo, para alcanzar los sueños, cuando se trabaja para conseguirlos.

A ti Mariano, mi maestro, mi asesor, mi amigo, por donarme tantas horas de tu tiempo, para la exitosa culminación de mi proyecto. Gracias por tus enseñanzas, tu paciencia y comprensión, pero sobre todo por creer en mí. Que Dios te bendiga.

Les dedico este trabajo a mis compañeras de aula: Laura, Isaura y Paty. Además a mis amigas (os): Amparo, Armando, Marcos, Teresita, Silvia y Olga, porque siempre me expresaron frases de aliento, ¡Sí se puede!, ¡Ya mero!, y me dieron un abrazo oportuno para no dejarme vencer. A ti Alex Guzmán porque nunca dudaste en hacerme un favor con tal de entregar la tarea. A todos Gracias....

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
Título	8
1. Marco teórico	16
1.1 El trabajo	16
1.2 Enfermedad mental	20
1.3 Violencia en enfermos mentales	22
1.4 Enfermería psiquiátrica	24
1.5 Riesgos y exigencias	26
1.5.1 Riesgos psicosociales	26
1.5.1.1 Violencia hacia el personal de enfermería	28
1.5.1.2 Acoso laboral (mobbing)	31
1.5.1.3 Responsabilidad civil y penal	35
1.5.2 Exigencias	37
1.5.2.1 Turnos laborales	37
1.5.2.2 Turno nocturno	38
1.5.2.3 Otras exigencias	41

1.6 Daños a la salud	
1.6.1 Trastornos psíquicos	47
1.6.2 Músculo-esqueléticos de origen laboral	49
1.6.3 Psicósomáticos	50
1.6.4 Síndrome de burnout	57
1.6.5 Alcoholismo y drogadicción	60
2. Marco de referencia	65
2.1 Condiciones salariales y laborales	65
2.2 Formación de personal psiquiatra en México	67
2.3 Estudios epidemiológicos	69
2.4 Los hospitales psiquiátricos en México	72
3. Metodología	80
3.1 Posibles limitaciones metodológicas	82
3.2 Tipo de estudio y diseño	83
3.3 Universo y población	83
3.4 Recolección de la información	84
3.5 Análisis de factibilidad	88
3.6 Plan de diseminación de los resultados	89
4. Resultados	90
4.1 Características del hospital y del personal en estudio	90
4.2 Descripción del proceso de trabajo en enfermería	101

4.3 Análisis epidemiológico y estadístico	108
A. Características sociodemográficas de la población en estudio	108
B. Características del trabajo asalariado	110
C. Valoración del trabajo	112
D. Perfil general de exigencias laborales	114
E. Perfil patológico general en las enfermeras	116
E.1 Perfil patológico general agrupado	118
E.2 Prevalencia del síndrome de burnout	119
F. Perfiles de exigencias y patológicos específicos	121
F.1 Perfil de exigencias por servicios	121
F.2 Perfil de exigencias por puesto laboral	124
F.3 Perfil patológico por servicio	126
F.4 Perfil patológico por puesto laboral	128
G. Asociaciones entre exigencias y daños a la salud agrupados en trastornos	130
5. Conclusiones	132
6. Recomendaciones	137
Referencias bibliográficas	146
Anexos	
Anexo 1. Carta de consentimiento informado	152
Anexo 2. Inventario para determinar síndrome de burnout	153
Anexo 3. Encuesta individual para evaluar la salud de las trabajadoras	155

Trastornos asociados a las exigencias derivadas del proceso laboral que llevan a cabo las enfermeras en el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro.

Introducción

El desarrollo económico, político, social y cultural de cualquier país va marcando las pautas en los cambios que han de generarse en el modo de vivir y enfermar de toda su población. Los trabajadores de todos los sectores, son la fuerza principal que estimula el crecimiento de una Nación; son ellos quienes sufren las consecuencias de todos esos cambios a través del tiempo, por ejemplo, al implementar la nueva tecnología en sus procesos laborales con la finalidad de aumentar la productividad y disminuir los costos; son los mismos trabajadores quienes ignoran, la mayoría de las veces, los daños a su salud que les genera la constante exposición a riesgos y exigencias presentes en su entorno laboral.

Es por ello que miles de investigadores en todo el mundo han redoblado esfuerzos por conocer cuáles han sido a lo largo del tiempo esos padecimientos que surgen del trabajo y que dañan la integridad física del sujeto; registran las enfermedades, las estudian a fondo y observan sus cambios, con el propósito de implementar las medidas preventivas necesarias, para mejorar las condiciones de salud.

Diversas investigaciones han aportado que: los trabajadores sufren de riesgos psicosociales (estrés, mobbing y Burnout) y si no son atendidos a tiempo derivan en: enfermedades, ausentismo, depresión y comportamientos violentos. "Se calcula que sólo en Europa causa 40 millones de víctimas y cuesta 20 millones de euros al año".¹

Piñuel establece que "un 10.8% de los trabajadores está quemado en su trabajo", síndrome denominado burnout, en cuanto al estrés, genera enfermedades que afectan a un tercio de los trabajadores, y el mobbing, definido como un continuo maltrato que afecta a uno de cada diez, "muchos trabajadores tienden a la negación y el miedo los paraliza destruyéndolos psicológicamente".²

En América Latina no hay cifras al respecto, de momento se sabe que la violencia psicológica alcanza tasas de 75 a 80 por ciento de los empleados.³ Ante la notable falta de estudios científicos en México, así como por los altos costos humanos y económicos reportados por especialistas en la materia, deben justificarse todas aquellas investigaciones científicas desde diferentes ópticas y metodologías, encaminadas a obtener un mayor acercamiento y comprensión de esta problemática en el ámbito organizacional mexicano. Cuyos resultados puedan posteriormente tener trascendencia social en beneficio, en primera instancia, de los trabajadores y de la población en general.

Los cuidados que se brindan a la población en general, en cualquier área de la salud, incluidos los trabajadores enfermos, ya sea en clínicas u hospitales, están a cargo de profesionistas al servicio del sector salud, a quienes de igual manera su centro laboral no los hace inmunes, sino que también dadas sus condiciones de trabajo, puede exponerlos a la pérdida de su propia salud.

Un grupo vital de trabajadoras(es) dentro de cualquier unidad de salud, es el conformado por el personal de enfermería, caracterizados por ayudar a las personas a que afronten situaciones difíciles; cuando la enfermedad se hace presente afectando cualquiera de sus esferas (biológica, psicológica y social), estos profesionistas son capaces de crear estrategias para mejorar la atención, son ellos mismos quienes a través de los años han generado con su labor, un gran impacto social y mediático entre pacientes y familia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han reconocido la importancia de los servicios de enfermería en los sistemas de salud y han instado a los gobiernos a desarrollar estrategias que los fortalezcan, para contribuir a satisfacer las necesidades de atención que demandan los individuos y la comunidad.⁴

Las enfermeras, profesionales de la salud pública, participan en la prevención de enfermedades y promoción a la salud, ofrecen servicios en una amplia variedad de formas: intervienen en campañas nacionales de vacunación a domicilio, diagnostican padecimientos, administran y controlan tratamientos. Proveen enseñanza a pacientes y familiares; realizan consejería, remiten usuarios que demandan sus servicios, a las Instituciones de alta especialidad pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Además son profesionistas que se encuentran capacitadas para colaborar con otros profesionales del área; médicos, trabajadoras sociales, psicólogas y nutriólogas, con quienes forman equipos multidisciplinarios en atención a la población más desprotegida; en especial niños y ancianos de escasos recursos económicos.

“Las intervenciones en enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana”,⁵ obtienen como resultado la satisfacción de la persona atendida al recibir calidad y calidez de atención.

En la mayoría de los países, existe un desequilibrio entre la oferta y la demanda del personal de enfermería, deficientes condiciones de trabajo, falta de posicionamiento de esta disciplina y escasa participación en la toma de decisiones en el sector salud.⁵

Las enfermeras cumplen varios roles sociales a lo largo de su vida, en su gran mayoría son: madres, esposas, jefas de familia y profesionistas con un alto nivel de responsabilidad, muchas de ellas se hacen cargo de la manutención de sus padres, hijos, nietos, suelen llevar las riendas de su hogar; lugar donde no termina su trabajo, pues muchas veces, es ahí donde sin importar horario, son requeridas por familiares, amigos, vecinos; solicitan su opinión, atención y consejo sobre enfermedades, síntomas y medicamentos, acción que realizan como parte de un servicio gratuito a su comunidad.

El Comité de Seguridad y Salud en el Reino Unido, coloca a la enfermería como la ocupación más peligrosa; es la profesión más propensa a ser objeto de

violencia, por encima de los policías, siendo más afectadas las mujeres que laboran en turnos vespertino y nocturno.⁶

Ante el incremento de padecimientos que afectan la salud mental del ser humano alrededor del mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró en el año 2001 el proyecto Atlas, que muestra una cartografía de los recursos humanos disponibles en todos los continentes; capacitados para dar atención y tratamiento a la población en general ante la presencia de enfermedad mental. En dicho proyecto se hizo especial énfasis en dar a conocer la importancia de las enfermeras psiquiátricas en los equipos de atención a la salud mental.⁷

El número de profesionistas con esta especialidad es insuficiente en la mayoría de los países en desarrollo. La media de enfermeras psiquiátricas por 100,000 habitantes es de 13; en la región de las Américas hay tres enfermeras psiquiátricas por cada médico psiquiatra, frente a ocho de la región de África y Asia Sudoriental.⁷

Esta situación no sólo se da ante la carencia de centros de formación, sino a la escasa importancia que se le concede a esta especialidad. Desde siempre se le ha relacionado a la psiquiatría con exposición a violencia física, generando temor y poco interés para especializarse y laborar en esta área. Entre enfermeras de hospital general: es común escuchar frases donde dejan entrever que no les es grato el trato con estos pacientes, “a simple vista producen miedo”, “cuando se agitan se arrancan sondas, te avientan lo primero que encuentran, son groseros, te patean, escupen, en pocas palabras desquician el servicio”, “ni de loca trabajaría en un psiquiátrico”, “y con niños menos” dicen Irma y Marina quienes trabajan con adultos del área de medicina interna.

El objetivo general para este estudio fue basado principalmente en la identificación de exigencias derivadas del proceso laboral, que pudieran estar determinando daños a la salud física y mental en las enfermeras del psiquiátrico infantil, manifestándose mediante la presencia de trastornos psíquicos, psicosomáticos, músculo-esqueléticos, accidentes y síndrome de Burnout.

Entre los objetivos específicos, se planteó conocer, cuál era el proceso de trabajo desempeñado por el personal femenino en cada uno de los servicios, únicamente del área de hospitalización, el modo en que se organizan para el desempeño de funciones, y así de esta manera, poder identificar exigencias, escuchando de propia voz, cómo es que el personal las afronta. Se aplicó una encuesta para conocer los principales trastornos que aquejan a estas trabajadoras.

La realización de esta investigación se justifica por tres puntos importantes:

1. El aumento en la prevalencia de enfermedades mentales en la población en general, que han generando mayor impacto a la sociedad, padecimientos que requieren de atención hospitalaria especializada, y que según estadísticas están afectando cada vez más a los niños, por ejemplo: episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente, algunos de ellos con intentos suicidas; el hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro (HPI) reportó durante el 2006, 569 casos atendidos en consulta externa de los cuales fueron hospitalizados 166; cifras que aumentaron durante el 2007; a 695 casos con el mismo número de hospitalizaciones al año anterior.⁸

Por consiguiente aumenta el número de pacientes y la gravedad de los casos, así como las exigencias que cada integrante del personal de enfermería debe afrontar durante una jornada laboral. Debe quedar claro que sólo se mencionaron dos de los padecimientos, de un total de por lo menos quince, que se han diagnosticado en nuestros niños y jóvenes mexicanos dentro de la Institución en estudio.

2. Derivado del punto anterior se requiere un incremento en la demanda de personal con experiencia psiquiátrica; es prioritario una participación inmediata en la comunidad para crear acciones preventivas; en el hospital son esenciales para poder brindar atención integral de calidad y con calidez a pacientes en tratamiento.

3. Se necesita conocer de manera precisa, en qué consiste el proceso laboral que llevan a cabo las enfermeras psiquiátricas en atención de paciente bajo estigma social, cuál es su exposición a exigencias incluyendo violencia física, accidentes dentro de su área laboral y daños a su salud física y/o mental, para poder implementar medidas preventivas en ellas, difundir resultados a enfermeras de otras áreas de atención, erradicar temores, e incrementar el personal competente al servicio de la salud mental.

Los trastornos psicóticos en niños y adolescentes son entidades diagnosticadas de difícil detección, tales trastornos frecuentemente se presentan enmascarados en: abuso de sustancias, trastornos del humor, o bien, trastornos propios del desarrollo, entre otros. Aparentemente, estas enfermedades mentales son raras, no obstante, y de acuerdo a estadísticas universales, "Se estiman de cuatro a diez casos por cada 10 mil niños".⁹

Después de justificar el por qué estudiar enfermeras de esta rama, conviene aclarar que el lugar elegido fue: El Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPI), por ser el primero y hasta el momento el único a nivel Nacional, que presta tantos servicios en conjunto (más adelante se describen cada uno de ellos), para la atención a niños menores de dieciocho años.

El personal de enfermería que labora en el (HPI), constituye el elemento de apoyo básico para el adecuado desarrollo de las labores médico-asistenciales, estos profesionistas que brindan atención a niños con padecimientos mentales, aceptan no estar exentos de ser violentados por estos pacientes, el problema se da cuando el personal de enfermería en general, considera la agresión física y verbal como una reacción normal, a las cuales se han ido acostumbrando, siempre y cuando, no les provoquen lesiones que les impidan seguir realizando sus funciones.

Los pacientes psiquiátricos, junto con los que tienen antecedentes por consumo de psicoestimulantes, como lo son: el alcohol y las drogas, son más propensos a desarrollar conductas agresivas, frases que forman parte de los comentarios expresados por el personal de enfermería; quienes durante el ejercicio

de su profesión, ya experimentaron dicha situación, dejando secuelas físicas y psicológicas en su persona.

La hipótesis general que se manejó al inicio del estudio afirma que las exigencias derivadas de su trabajo, son la principal causa por la que el personal de enfermería presenta daños en su salud física y mental, manifestándose mediante síntomas característicos de trastornos psíquicos, psicosomáticos, músculo-esqueléticos y síndrome de burnout.

Mediante la elaboración de este documento se darán a conocer los resultados obtenidos cualitativa y cuantitativamente durante la investigación, detallando cuáles suelen ser los factores predisponentes que pueden estar alterando la salud de las enfermeras, cuyos datos se vieron reflejados en la prevalencia de los trastornos en estudio.

Esta información le permitirá al hospital implementar medidas preventivas y de tratamiento. Al final del estudio se incluye un apartado de recomendaciones con propuestas viables, acordes al presupuesto del hospital, se espera que al ponerlas en práctica se vean mejoras a corto plazo, incluso para el resto del personal que labora en otras áreas.

El principal propósito de poner a prueba estas alternativas, es poder ofrecer atención de calidad en todos servicios que brinda el hospital al paciente y su familia, pero lo más importante de todo, la satisfacción laboral, la prevención y reducción de daños, el mejoramiento de las relaciones interpersonales en el ámbito laboral, y el trabajo en equipo de todas las enfermeras, independientemente de su categoría.

Los puntos anteriores forman parte de los aspectos fundamentales que podrían determinar una visible mejoría en las condiciones de salud física y mental de estas trabajadoras.

Como base para el inicio de la investigación, se hizo la revisión de diversos materiales bibliográficos, que dieron un panorama general y actual de los temas involucrados en el estudio. Se incluye un marco teórico, donde se puntualizan conceptos derivados del tema de investigación, en este caso aquellos involucrados en el proceso laboral y daños a la salud, presentados en el siguiente orden: trabajo,

enfermedad mental, violencia, enfermeras psiquiátricas, riesgos psicosociales, que incluyen: acoso laboral (mobbing), responsabilidad civil, turnos laborales, trastornos psíquicos, psicosomáticos, síndrome de burnout, alcoholismo y drogadicción en profesionales de la salud.

Al término del marco teórico, se presenta un marco de referencia, ahí se plantea las condiciones salariales y laborales de las enfermeras, formación de personal psiquiátrico, estudios epidemiológicos y hospitales con esta especialidad en México. Se continúa con la metodología, donde se especifica el tipo de estudio y diseño; universo, población, instrumentos para la recolección de la información y la forma en que se procede al análisis.

Los últimos apartados describen los resultados, las conclusiones y las recomendaciones directas a la Institución, sede de este proyecto.

La investigación dio inició en septiembre del 2006 y fue posible concluirla en el 2008.

1. Marco Teórico

Dado que se está estudiando la relación del trabajo con los efectos sobre la salud en las enfermeras, queda justificado tener que abordar conceptos fundamentales como lo son:

1.1 Trabajo

El vocablo trabajo deriva de *trepalium*, nombre latino con el que se denominaban a los instrumentos de tortura en la Edad Media. “Es el medio de ganarse la vida, y también una forma de darle sentido, una fuente de identidad social, y una oportunidad para obtener recompensas psicológicas y sociales, pero también es una amenaza para la salud, por las exigencias del entorno al profesional”.¹⁰

Se define como el esfuerzo físico e intelectual del hombre; implica el despliegue de procesos fisiológicos y mentales al transformar la materia para hacerla más útil, auxiliado por instrumentos para producir bienes o servicios al prestar ayuda a otros hombres, con el fin de proporcionarles una vida más digna al satisfacer sus necesidades y las de la comunidad.¹¹ El trabajo da independencia, permite estructurar el tiempo, relacionarse con otros, desarrollar actividades creativas, garantiza seguridad personal y familiar; es el mejor medio para la realización personal dando sentido a la vida.

“El trabajo forma parte de un esfuerzo humano aplicado a la realización de cualquiera de las etapas de un proceso productivo”; para poder vencer condiciones impuestas por la naturaleza, el tiempo que emplea el hombre, equivale al que pierde de ocio o de descanso donde realiza su menor esfuerzo. Tuvo su comienzo en las edades primitivas, prolongándose hasta la Edad Media en forma de industria familiar; ellos sólo producían lo que necesitaban para subsistir, sin excedentes como en la sociedad capitalista actual, donde la mayor parte del trabajo es colectivo, realizado en equipo; percibiéndose a cambio, un salario, como una manera de retribuir un pago a su esfuerzo.¹²

El hombre empezó a recurrir al trabajo de otras personas para poder obtener elementos imprescindibles para su subsistencia. Esto implicaba que “cada hombre se especializaba en una parte distinta de la producción en la que se sentía más hábil, en una actividad diferente a la de su compañero”¹², por ejemplo: aquél que se dedicaba exclusivamente a la pesca, acumulaba tanto que no podía consumirlo todo; es entonces cuando surge el intercambio o trueque por otros productos, dando inicio al comercio en su forma más primitiva, extendiéndose a distintas comunidades.

El trabajo es considerado un derecho humano y un deber, tal como lo reconoce nuestra Constitución en su artículo 123. VII: **“Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley”**. **“Para trabajo igual debe corresponder salario igual, sin tener en cuenta sexo, ni nacionalidad”**. Artículo 5º. **“A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos”**. **“Nadie puede ser privado del producto de su trabajo sino por resolución judicial”**.¹³

La categoría laboral esta relacionada con la pertenencia a un determinado estrato social (educación, ingresos, lugar de residencia, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, y tabaco), lo que también influye sobre la salud del trabajador y su familia.

El trabajo también conlleva a la exposición, durante una parte muy importante de la vida, a factores de riesgo muy diversos, con influencias negativas sobre el bienestar o salud del trabajador. “A la relación entre trabajo y salud se le prestó atención hasta el Renacimiento; con los estudios de Paracelso, Jorge Agrícola y Bernardino Ramazzini (1633-1714). Este último, médico humanista italiano fue el primero en estudiar los efectos sobre la salud de los principales oficios de su época en su obra *De morbis artificum diatriba (Tratado de las enfermedades de los artesanos)*, lo que le ha valido ser considerado el padre de la Medicina del Trabajo.”

“Las alteraciones de orden psicológico y social pueden ocasionar insatisfacción, moriotonía, desmotivación, conflictos, e incluso dependiendo de condicionantes personales, trastornos mentales, psicosomáticos, que influyen en la aparición o favorecen el empeoramiento de enfermedades sin relación de causalidad con el trabajo”.¹⁰

Las condiciones laborales están dadas por la actividad humana (a la que se incluye situación personal del trabajador, capacidades, necesidades, cultura, así como sus percepciones y experiencias), y la tecnología que se emplea; ambas pueden generar alteraciones ambientales con situaciones de riesgo; ocasionando errores, incidentes, averías, defectos de producción y accidentes de trabajo; predisponiendo a la presencia de enfermedades profesionales, bajo rendimiento, ausentismo y abandono laboral.¹⁰

Algunos factores de estrés derivados de la organización del trabajo son: recibir órdenes contradictorias o confusas, incompetencia profesional, nula participación en la toma de decisiones, escasez de personal, cambio de turno, falta de reconocimiento, imposibilidad para elegir compañeros, carga laboral, tareas administrativas y agotamiento físico.¹⁵

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) coloca a los profesionales de la salud en tercer lugar de exposición al estrés, por detrás de los periodistas y agentes de bolsa. Se debe tomar en cuenta que para cada persona y función existe una dosis óptima de estrés, que lleva al sujeto a un rendimiento adecuado; pero un aumento de éste, disminuye la eficacia y multiplica el riesgo para la salud, provocando cambios personales, familiares y laborales.¹⁰

La mayoría de los procesos laborales se llevan a cabo dentro de condiciones que implican obligaciones y derechos entre trabajadores y patrón; entre los que destacan salario, descansos, turnos de actividad productiva. Las jornadas diarias son variables para cada profesión u oficio, ello va a depender de factores económicos, técnicos, empresariales e institucionales.

El trabajo resulta benéfico en el ámbito personal y social del individuo, desempeña un papel más importante de lo que creemos; de ahí que existan más problemas de salud cuando se encuentra uno en situación de desempleo; por el deterioro de la situación económica que éste implica, genera ansiedad y depresión, que pueden conducir hasta el suicidio; origina insomnio, irritabilidad, somatizaciones que conducen a enfermedades orgánicas (problemas circulatorios, cardiovasculares, hipertensión, dorsalgias), favorecidas por inadecuada alimentación, vivienda y falta de seguridad social. Estos efectos dependen de la clase social, nivel educativo, tiempo de desempleo, responsabilidad familiar y de su historia previa de enfermedad, influyendo negativamente sobre la salud de la familia.¹⁰

La seguridad y salud en el trabajo han contribuido a la disminución de los accidentes y la prevención de las enfermedades profesionales, pero resulta indispensable la promoción a la salud dentro del centro laboral. Una población trabajadora sana, motivada y bien preparada es fundamental para el bienestar económico del país, al igual que el futuro de cualquier centro laboral.

Aunado a un trabajo asalariado, las mujeres por cuestiones culturales se han visto en la necesidad de tener que realizar tareas en el hogar, obteniendo con ello una doble jornada laboral que necesariamente tiene que afectar su estado de salud al acumular fatiga diaria a través del resto de su vida, debido a que para la realización de éstas no hay edad de jubilación, incluso cuando hay deterioro en la salud física, la mujer siempre busca la manera de satisfacer a los suyos.

Las enfermedades que afectan la parte corporal del ser humano, de algún modo repercuten sobre la salud mental de las personas, es decir, amenazan su condición humana, modificando la forma en que se relacionan con los demás, así mismo, disminuyen la posibilidad de una participación constructiva en el medio ambiente en que se desenvuelven, incluyendo el ámbito laboral.

Debido a que las trabajadoras en estudio brindan sus servicios a pacientes diagnosticados con algún padecimiento mental es importante abordar el siguiente concepto:

1.2 Enfermedad mental

Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerada como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se manifiesta por cambios visibles en el razonamiento y comportamiento, el sujeto es incapaz de relacionarse con la realidad para adaptarse a las condiciones de la vida. ¹⁶

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales estriba en que se estima, que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padece en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tiene epilepsia y la demencia la padecen el diez por ciento de los mayores de 65 años; en una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud. ¹⁷

Entre las quince principales causas de pérdida de vida saludable (AVISA) en México, se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas; seis de ellas están relacionadas de alguna manera con este tipo de trastornos y con las adicciones como son: homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática, demencias, consumo de alcohol y trastornos depresivos, representando cerca del 18% del total de AVISA. ¹⁷

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y la Organización Panamericana de la Salud, "el concepto de enfermedad mental no aparece más y en todos los casos ha sido reemplazado por trastorno mental", sobre todo cuando no se tiene precisión sobre las causas que lo generan. ¹⁸

El trastorno mental abarca muchas manifestaciones de diversa índole, para hablar de cada una, hay que individualizar según síntomas presentes, ya que suelen ser distintos en cada persona, sus causas son multifactoriales e integran elementos de origen biológico (genético u orgánico), ambiental (familia) y psicológico (emocional), factores que intervienen en el inicio, desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Aún en nuestros días es bien sabido, que “El enfermo mental sigue siendo mirado con miedo y aversión, como un ser peligroso o como un ser aparte. La locura, como el cáncer sigue siendo para el pueblo un mal malvado que se oculta”.¹⁹

La enfermedad mental, quizás por sus formas de manifestarse o por el pronóstico frecuente de cronicidad, suele ser una de las que más sentimientos negativos genera, como lo son: temor o ansiedad ante la ignorancia del padecimiento, falta de habilidades para afrontarla eficazmente, ausencia de apoyo familiar, escasa disponibilidad de recursos hospitalarios.

En el caso del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente, es requisito indispensable que cuando ingresa un paciente a hospitalización se haga acompañar por un cuidador de 24 horas, situación que lleva al acompañante a solicitar alternativas de solución, por no contar con una red de apoyo, de tal manera que son referidos a hospitales donde no se requiera de la presencia continua de la familia.

Es común que se presenten en los cuidadores, síntomas de cansancio físico, agotamiento emocional y sentimientos de culpabilidad que desgastan sus capacidades, repercutiendo negativamente en la salud de las personas implicadas y en el pronóstico del padecimiento. Se han dado casos donde el familiar más cercano responsable del cuidado directo del paciente, termina por compartir el padecimiento, presentando un brote psicótico similar; situación que obliga al médico a requerir que un familiar no debe permanecer más de doce horas continuas como cuidador.

Los efectos del desgaste emocional provocan en la familia del paciente actitudes de: aislamiento, irritabilidad, sentimiento de vergüenza, culpabilidad y miedo debido al impacto de la enfermedad.²⁰ Un ejemplo de ello, son las trece pacientes femeninas adultas, que viven de manera permanente desde hace varios años en el área de cuidados prolongados del HIP; víctimas del abandono familiar por estar diagnosticadas con retraso mental profundo desde su nacimiento.

Es lógico pensar que el personal implicado en el cuidado de por lo menos diez pacientes con padecimiento psiquiátrico se vea afectado en su salud física y mental, situación que dependerá estrechamente del entorno laboral en el que se

desenvuelve y que mediante este estudio se habrá de descifrar. Por tal motivo surge la importancia de "Cuidarse a uno mismo como requisito casi imprescindible para poder cuidar oportunamente a los demás y en enfermería, esto no es una excepción".²¹ Cuando la persona está bien consigo misma y su propio cuerpo, puede decirse que está en las mejores condiciones para ayudar a los demás, porque ayudar al prójimo, siempre ha sido la base ética en la noble profesión de enfermería.

El trato con enfermos mentales conlleva a algunos integrantes del equipo multidisciplinario de salud a presentar despersonalización caracterizada por cansancio, irritabilidad, poca tolerancia, fatiga mental, errores de conducta como lo son: agresividad o maltrato físico y/o verbal al trato con el paciente, la familia y en general con compañeros de trabajo. Razón suficiente para abordar el siguiente concepto:

1.3 Violencia en enfermos mentales

En nuestra sociedad existe un estigma y prejuicio sobre los enfermos (marcar a la gente y prejuzgarla antes de tiempo), la discriminación hace que individuos o grupos de una sociedad priven a otros de sus derechos o beneficios.

Es el caso de los enfermos mentales, a los que la discriminación por parte de la sociedad, basada en sus supuestas características físicas, (que a simple vista producen miedo), y a la desinformación acerca de este tipo de padecimientos crean una desventaja que se añade a la que se derivada de su padecimiento.

Una parte esencial del estigma o rechazo social hacia personas afectadas y algunos servicios de salud que las atienden, surge al pensar que el enfermo mental es más propenso a ser agresivo, de manera que, el padecimiento se define como locura y se le relaciona con la violencia acompañada de conductas perversas o maliciosas.²² Este comportamiento es variable, se produce sin un claro desencadenante o estímulo que pueda entenderse como razonable y lógico por el

resto de la gente, se caracteriza por actuaciones aparentemente sin sentido, inexplicables e impredecibles.

La presencia de una enfermedad mental grave aumenta la probabilidad de hechos violentos, sobre todo en el caso de trastornos paranoides, antisociales, de personalidad, retraso mental, esquizofrenia, coexistencia con el abuso de alcohol, drogas, el incumplimiento del tratamiento y los antecedentes de dicha conducta.²⁵

En otro punto de vista, la mayoría de las personas con enfermedad mental grave no se comportan de manera agresiva o violenta todo el tiempo. Es más frecuente que sean víctimas de ésta, la frecuencia en que los enfermos mentales sufren actos violentos o delictivos, multiplica por catorce la población en general.²⁶

Las políticas asistenciales están más preocupadas por calmar la alarma social y proteger a la población, que procurar una atención integral, acorde con los derechos de estas personas.

Los medios de comunicación son un elemento importante en la difusión de esta alarma, se ha vuelto común ver casos a diario en noticieros televisivos, donde exhiben el comportamiento violento de personas afectadas por algún trastorno mental, con consecuencias irreparables que lamentar, la desinformación sobre estos padecimientos y el uso inadecuado de términos contribuyen a que perduren los mitos y se mantenga la ignorancia.

La mejor manera de luchar contra la violencia y el estigma resultante, es procurar la detección oportuna de casos, tratamiento especializado, fármacos de costos accesibles y disponibles, garantizar la atención en hospitales psiquiátricos y clínicas afines, sin tomar en cuenta nivel socioeconómico, evitando la discriminación.

Más adelante se abordará el lado opuesto, ya no a nivel de sociedad si no en este caso a nivel de riesgo para el personal de enfermería durante el trato en hospitalización.

1.4 Enfermería psiquiátrica

Las situaciones que más transgreden la integridad física y mental de los trabajadores de la salud son sus condiciones de trabajo ya sea doméstico o remunerado y las formas como están organizados. Éstas determinan condiciones altamente estresantes que favorecen la aparición de trastornos psíquicos y psicosomáticos.²⁵ La organización en enfermería implica la fragmentación del trabajo, del contenido de las tareas elementales, su repartición, el tiempo y las relaciones humanas.

Entre los principales elementos potencialmente nocivos están las exigencias laborales, aquellas que se derivan del trabajo mismo y de su organización, con consecuencias como el estrés y los trastornos mentales. Uno de los factores para el estrés suele ser la gran responsabilidad, enfocada en la seguridad de los seres humanos en los cuales aplica su conocimiento.¹⁰

Aprender a reconocer y atender la ansiedad del paciente y la familia ante los síntomas, diagnóstico, pronóstico, riesgos y efectos secundarios de los tratamientos, es una de las tareas principales, pero no siempre resulta fácil captar la confianza y mantener la credibilidad, en ocasiones se puede llegar a identificar en exceso con el sufrimiento.

Enfrentarse a la muerte puede generarle a las enfermeras un cierto sentimiento de fracaso, este es mucho mayor si se piensa que pudo haber hecho algo por evitarla, más aún si fue considerado acto de negligencia, sobre todo en pacientes con problemas que escapan a sus posibilidades y formación; por ejemplo, abuso de drogas, paro cardíaco, embarazo no deseado o la insatisfacción y el dolor por vivir.

De acuerdo con las autoras Méndez Diz y Kombilt, el rol de la enfermera es una de las categorías ocupacionales más estresantes, es un trabajo de alta responsabilidad, demanda realizar tareas penosas, exponen a una extrema tensión como consecuencia del permanente contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte; debe resolver problemas que emergen en forma imprevista, obliga a cumplir

horarios extremos, turnos nocturnos y trabajo en días no laborables para la mayor parte de la población.²⁶

De la misma manera, son fuentes de estrés “los conflictos con los compañeros, incluidos supervisores y otros profesionales del equipo, la preparación inadecuada para tratar los problemas emocionales de los pacientes o familiares, sobrecarga de labores y la incertidumbre por falta de actualización en sus conocimientos”.²⁶

Las enfermeras psiquiátricas experimentan ansiedades y depresiones, con riesgo de identificación y de transferencia emocional. No resulta nada fácil atender niños con padecimientos que hasta hace años eran vistos únicamente en los adultos, como en el caso de la depresión, y que hoy en día se hacen cada vez más presentes, provocando en los niños sentimientos de minusvalía, desesperanza y muerte.

En la práctica clínica “trabajan con población que soporta estigma y rechazo social, dicho estigma alcanza también a estas profesionales, al trabajar en una red de servicios en procesos de cambio, con objetivos no siempre bien definidos y con precariedad de recursos”.²⁷

El ejemplo más actual es el que viven en el HPI cuyas instalaciones se encuentran deterioradas y próximamente pretende desalojar a toda su población, no con la intención de repararlas, sino para construir la ampliación del Hospital de Cancerología, reubicando, y no en su totalidad, a pacientes y personal en un edificio cercano perteneciente a la Secretaría de Educación Pública, no apto para este tipo de pacientes, produciendo con esto, sentimientos de discriminación e injusticia entre todos los involucrados: personal de salud, pacientes, familiares y enfermeras de psiquiátricos aledaños a la zona.

Existen factores (riesgos y exigencias) que tienen efectos para la salud de las enfermeras a nivel físico y mental, en el caso del personal en estudio se agregan a la lista: la falta de autonomía para la toma de decisiones (el médico siempre tiene la última palabra), insatisfacción con las tareas propias del oficio (hay personal sin vocación de servicio, pasaron del área de cocina o intendencia a ser parte del

personal de enfermería), sobrecarga de trabajo; principalmente por ausentismo y falta de personal.

Además, de trato poco amable y cordial por parte de los jefes, supervisión con tintes de maltrato y discriminación laboral, dificultades para poder gozar de prestaciones de ley: días económicos (faltas con goce de sueldo), días académicos, bajo el pretexto de que no hay personal que pueda cubrir el lugar, ausencia de estabilidad laboral (los contratos hoy en día son eventuales, con pocas esperanzas de obtener la base), jornadas prolongadas, rotación de turnos, turnos nocturnos, ausencia de pausas de descanso y ausencia de ascensos con base en los méritos.

Los síntomas más comunes de los trastornos mentales que pueden presentarse en el personal, se clasifican en psíquicos o psicológicos (irritabilidad, trastornos del sueño, sensaciones de ansiedad, depresión excesiva, temor, trastornos de la conciencia); psicosomáticos (colitis, gastritis, neurodermatitis, hipertensión, dolor precordial, cefalea tensional, migraña); y agotamiento (fatiga).²⁸

Se agregan a los síntomas, todos aquellos daños o secuelas físicas que dejan las agresiones físicas a las cuales se expone el personal, tanto en consulta externa como en hospitalización, percibiendo un insignificante pago quincenal, por riesgos profesionales.

Cuando las expectativas no son realistas provocan frustración y ésta es causa habitual de tensión y agresividad, la cual puede manifestarse en el plano físico o verbal. "Los pensamientos negativos y pesimistas con los que el personal de enfermería pudiera conducirse suele generarles una mala opinión de la gente y de ellos mismos, de manera que si no son perfectos o brillantes, pueden evaluarse como fracasados o imbéciles".²⁹

1.5 Riesgos y exigencias

1.5.1 Riesgos psicosociales

Riesgos psíquicos: Están dados por situaciones donde se incrementa la jornada de trabajo, ya sea en horas o tareas a realizar, común en caso de ausentismo, tomando en cuenta que los hospitales nunca cierran, se trabaja en fines

de semana, días festivos y navidad, es decir, aumentan los tiempos de exposición a factores estresantes y a la ansiedad. Situaciones que aunadas al fácil acceso a las drogas, determinan un mayor uso de éstas por parte de los trabajadores de la salud, predominando la irritabilidad, angustia, ansiedad, sentimientos de culpa, insatisfacción personal, matrimonial y sexual, difícilmente aceptan que su salud mental esta deteriorada y sobre todo que requieren de ayuda profesional.

Otro ejemplo del aumento de actividades, se da cuando con la finalidad de poder actualizar conocimientos en el área, se hace uso de los días de descanso, sacrificando tiempo libre o familiar, debido a que la mayoría de las veces no hay apoyo por parte de la Institución donde se labora, es así como el sobreesfuerzo ha originado que se mitiguen los notables problemas estructurales y carencias de personal.

Los cambios de turno laboral originan tanto problemas personales (insomnio, agotamiento físico, irritabilidad, malestar gástrico) como de relación familiar (alteraciones de la organización doméstica) y social (mayor aislamiento y menor participación en actividades colectivas). El trabajo nocturno exige doble esfuerzo, ocasiona mayor fatiga en unidades de alto riesgo: urgencias y psiquiátricos, donde se combina una gran responsabilidad, una continúa disponibilidad ante las necesidades de los enfermos, ello da como resultado una situación sumamente estresante, agotadora, sumado a la imposibilidad de recuperar el sueño perdido. Este estrés emocional se caracteriza por trastornos psicossomáticos, neurosis, depresiones e incluso abandonos profesionales, no obstante, "el hecho de enfermar o no, depende del significado que cada quien le dé a la situación estresante y su manera de afrontarla".¹⁰

Las situaciones de desgaste psíquico que adquieren las enfermeras al brindar cuidados integrales durante el desarrollo de su profesión, incluyen: agresión física y verbal, a las que se exponen, consideradas por estas profesionistas como "gajes del oficio", pero cuando dañan su integridad suelen clasificar dichas eventualidades como accidentes, donde el paciente justifica su agresión, argumentando la mayoría

de las veces, maltrato, negligencia y abuso de autoridad, dando pie a demandas por parte de la familia, donde se procede de manera judicial, civil o penal.

1.5.1.1 Violencia al personal de enfermería

El personal que labora en hospitales psiquiátricos se encuentra predispuesto al riesgo de ser agredido física y verbalmente, es decir desde lenguaje ofensivo o amenazador hasta el homicidio. The Occupational Safety and Health Administration (OSHA) determinó en 1998 que las agresiones ocurren con mayor frecuencia, en las plantas de hospitalización de psiquiatría, geriatría, urgencias y salas de espera, los factores de riesgo están relacionados con la organización del trabajo, el diseño ambiental, las conductas del personal y el tipo de pacientes.³⁰

La violencia ocasionada por los enfermos mentales ha sido un riesgo que los trabajadores han aceptado con frecuencia como algo inherente a su profesión, incluso se recibe una remuneración económica según percepción salarial, por exposición a ese riesgo profesional, de tal manera que no se registran todos los incidentes, pues muchos de ellos son considerados normales al no repercutir de manera considerable en su integridad física, es decir, no hay presencia de limitantes para continuar trabajando.

La incidencia de la violencia es común, a menudo se considera parte del trabajo, los trabajadores de atención a la salud se encuentran en la vanguardia de esta situación. Son muchas las dificultades para detectar riesgo de conducta violenta en los pacientes, existen factores predisponentes, por ejemplo: ser joven (entre 14 y 24 años), varón, estatus socioeconómico y nivel educacional bajo, víctima de violencia familiar, delincuencia juvenil, trastorno psiquiátrico grave en los padres, intoxicación o abstinencia de drogas y alcohol, epilepsia del lóbulo temporal, personalidad antisocial (frecuentes problemas con la ley, por violación de normas, actos imprudentes de tránsito).³¹

“La violencia tiene tres características: brusquedad, agresividad, y destructividad”. Los pacientes deben ser evaluados con guardias de seguridad presentes y disponibles, en ausencia de éstos, se debe considerar la necesidad de tener presente a otra persona y conducir la entrevista con la puerta abierta. La violencia toma muchas formas: el paciente psicótico físicamente agitado; el rabioso explosivo; el intoxicado o delirante; el paciente paranoide que se defiende de amenazas imaginarias.¹⁶

La exposición a este tipo de agresiones puede tener consecuencias de sobrecarga emocional, primero por los daños que se generan durante los cuidados y que aumentan si el paciente cuenta con antecedentes delictivos, estancias cortas previas, hospitalizaciones involuntarias e inadecuado manejo farmacológico. Por otra parte, la ley basada en los derechos humanos protege al paciente, aunque éste haya causado lesiones físicas o psíquicas al trabajador y le haya generado días perdidos por incapacidad temporal o ausentismo laboral.

En el año 2001, un estudio realizado por la Universidad de Iowa destacó que en algunas unidades psiquiátricas los accidentes agresivos superan los cien casos por cien trabajadores al año. Se pudo constatar en este estudio que el personal de enfermería, mujeres entre los 40 años, con contrato temporal en turno vespertino y de bajo peso fue el más agredido, predominando en quienes no habían recibido formación específica para afrontar estas situaciones, dándose con mayor frecuencia durante el primer semestre del año. En este caso en las unidades de adicciones no se registraron incidentes, como se esperaba, lo que hizo suponer que existen características personales de las enfermeras como; poca experiencia en el manejo de paciente con enfermedad mental, baja satisfacción o bajo nivel de control sobre su trabajo que pudieran estar influyendo en la predisposición. El consentimiento del paciente para ser ingresado, disminuye considerablemente el riesgo de agitación psicomotriz. No existe estrategia universal alguna, para prevenir la violencia.³²

Cuando una persona trata de obligar a los demás a cambiar, está pidiendo que sean diferentes para que ella pueda estar contenta, a menudo el personal de enfermería con características de despersonalización experimenta estas situaciones

y las expresa contradiciendo a sus pacientes, generándoles irritabilidad y por lo tanto, tendencia a conducirse de modo agresivo.

La violencia causa perturbaciones inmediatas y a largo plazo: en las relaciones interpersonales y en la organización del trabajo dentro de su área laboral. Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención a la salud y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados del paciente y a la decisión del trabajador de abandonar su profesión.

La violencia ha sido clasificada en verbal, física y psicológica. Las agresiones están caracterizadas por un comportamiento intencional que daña físicamente a otra persona, incluyendo la agresión sexual.³⁰ Las agresiones psicológicas que en ocasiones recibe el personal de enfermería, consisten en trato humillante, seductor y devaluador, es decir, les faltan al respeto, a su dignidad y su profesión.

Los pacientes con trastornos de personalidad antisocial son muy dados a intimidar al personal con su comportamiento ofensivo con tintes vengativos y crueles, discriminando o devaluando con la finalidad de conseguir su objetivo. Por ejemplo, ante la demanda de atención, medicamento o cigarrillos: amenazan con hacer uso de su fuerza física o de sus supuestas influencias, para conseguir su objetivo, situación que genera miedo, pues pudieran poner en riesgo la conservación del empleo, acciones como ésta se dan a cualquier nivel de atención, (urgencias, hospitalización, consulta externa), sin importar el diagnóstico del paciente, muchas ocasiones es el familiar quien demuestra este comportamiento, abusando de sus derechos, provocando en el personal desgaste psicológico, pues ya no es uno, sino dos pacientes con los que se debe conciliar.

El personal de enfermería de ambos sexos ha sido blanco perfecto para el acoso sexual, secundario al aumento en la libido del paciente durante su hospitalización, (por el aislamiento social al que se somete), esta conducta la mayoría de las veces, provoca en las enfermeras sentimientos de vergüenza (sobre todo cuando hay tocamientos), coraje e impotencia al sentirse humilladas y en ocasiones amenazadas.

El sufrimiento y humillación que produce la violencia en el personal, conducen a una falta de motivación, pérdida de confianza, baja estima profesional, y si la situación se prolonga, se observan frecuentemente consecuencias: enfermedad física, desórdenes psicológicos, abuso de tabaco, café, alcohol o medicamentos.

Quienes trabajan solos, es decir, que son responsables de un área hospitalaria donde hay solo una enfermera(o), corren mayor riesgo de sufrir ataques físicos o sexuales. Muchos trabajadores del sector salud, como el personal de enfermería que trabaja de noche, o hace su trabajo en soledad o en relativo aislamiento, está expuesto a la violencia, sobre todo porque en el caso de psiquiatría se labora en áreas cerradas bajo llave y con poco personal, ejemplo: una enfermera por cada diez pacientes.

Hay factores que dificultan la actuación de las enfermeras ante el paciente agitado, como lo son: la presión para una acción rápida, implicaciones legales, y el componente emocional que generan estas situaciones. De ahí la importancia de que el personal esté capacitado y conozca lo que se tiene y no se tiene que hacer, el entrenamiento, la experiencia del equipo y el uso de determinadas medidas, sobre todo farmacológicas, van a asegurar una mayor efectividad en el abordaje de estos pacientes especialmente ante el manejo de la violencia inminente.

Cuando el maltrato que se recibe es originado por el personal del mismo gremio, llámense compañeros, o jefe inmediato, mediante la práctica de una supervisión estricta, habrá de definirse como una situación de acoso, causante de igual manera, de malestar físico y afecciones psicológicas en la víctima o receptora de la acción negativa. Nombrado desde hace más de dos décadas como:

1.5.1.2 Acoso laboral (mobbing)

El término anglosajón “mobbing”, traducido al castellano como acoso moral en el lugar de trabajo, es empleado por vez primera en el ámbito laboral por Heinz Leymann en la década de los 80 del siglo pasado.³³ El mobbing ha sido reconocido ya como flagelo en organizaciones de Europa, Australia, Canadá, los Estados Unidos

y algunos países sudamericanos, por la toxicidad laboral que genera; sin embargo, en México apenas comienza a ser observado.³⁴

Concretamente, el “mobbing” se engloba en un fenómeno más amplio: la violencia en el lugar de trabajo, definida en 1995 por la Comisión Europea como un comportamiento negativo por parte del personal con mayor nivel jerárquico o por los compañeros (as), hacia una persona, durante mucho tiempo, a través de amenazas, abusos, actitudes agresivas y degradantes de manera repetida, no implica violencia física, este acoso se da en circunstancias relacionadas con su trabajo, implican un desafío a su seguridad, bienestar o salud.³⁵

La víctima se ve marginada, calumniada y criticada, le son asignadas tareas inútiles, absurdas, monótonas, aumento en el ritmo e intensidad del trabajo, no acordes con su puesto, es cambiada de lugar, o ridiculizada frente a la gente, con el objetivo de crearle un vacío.³⁶ La productividad en los centros laborales y la competencia entre los empleados se ve seriamente afectada.

Una definición más es la que se recoge en la Nota Técnica Preventiva 476 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en España: “situación en la que una persona o un grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente, al menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado, (más de seis meses), sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo”.³⁵

Diversos antropólogos sociales explican que el mobbing es una forma de violencia y una nueva expresión del comportamiento humano en las sociedades complejas. Es característico de espacios laborales sin estructura, con una pobre organización del trabajo, altamente burocratizadas, donde priva la ausencia de interés y la falta de apoyo por parte de los superiores, la existencia de múltiples jerarquías poco claras, cargas excesivas de trabajo debido a escasez de personal, existencia de líderes espontáneos no oficiales que detienen y luchan por mantener el poder informal, así como de ausencia de normatividad y de instancias efectivas para disminuir los conflictos.³⁷

Se afirma que no sólo el acoso sexual va en crecimiento, sino también el acoso psicológico, como forma de violencia simbólica extrema a la que hay que poner atención. El acoso laboral, parece intensificarse en las condiciones que privan en el empleo formal y se vincula a la distribución del poder.³⁷ Es una forma de expresión de la violencia en los espacios laborales. Se ha resaltado que ese fenómeno ha derivado en el suicidio de un cinco por ciento de quienes se tiene registro de que lo padecen. Según una encuesta realizada a 307 personas de la ciudad de Guadalajara Jalisco, el 38.6 por ciento reportó la presencia de comportamientos de violencia psicológica alta; 47.7 por ciento media; y 13.7 por ciento baja”.³⁷

Ligia Esther Cortés, de la Universidad Autónoma de Yucatán, aporta una interesante conclusión del mobbing en México. “Es una conducta grupal, sistematizada, dolosa y destructiva, dirigida a un individuo de apariencia tranquila, cumplido, buena persona o buen trabajador que lo agarran de ‘puerquito’ o de ‘barquito’, en donde un cabecilla incita y logra que se haga causa común para fastidiarlo hasta dejarlo en una situación de desventaja, indefenso, con todas las de perder, es decir, desmoralizado”.³⁷

La finalidad siempre es destructiva, terminar con las redes de comunicación de la víctima y su reputación, para inducirla a darse de baja o provocar su despido. Éste acoso genera daño a la salud personal física y psicológica, teniendo consecuencias negativas a nivel social y familiar del trabajador.³⁷

El acoso se manifiesta de diversas maneras:

*Manipulación de la información: no informando sobre su trabajo, no dirigiéndole la palabra, no haciéndole caso, amenazándola, criticándole su labor y su vida privada.

*De la reputación: comentarios injuriosos, ridiculizándole o burlándose, propagando comentarios negativos acerca de su persona.

*Del trabajo: proporcionándole trabajos en exceso, monótonos, repetitivos, o bien sin ninguna utilidad, así como trabajos que están por encima o por debajo de su

nivel de preparación. A su vez, dichas situaciones de acoso pueden afectar a cualquier nivel jerárquico de la organización (acoso horizontal, ascendente o descendente), de tal modo que cualquier miembro de la organización puede convertirse en acosador o acosado.³⁶

El acoso psicológico o moral puede considerarse como una forma característica de estrés laboral, con la particularidad de que no se da por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización, sino que tiene que ver, tal y como señala Heinz Leymann, con “un temor psicológico en el trabajo que implica una comunicación hostil y amoral, dirigida sistemáticamente por una o varias personas, casi siempre contra otra que se siente acorralada en una posición débil y a la defensiva”.³⁸

Los problemas de salud tienen que ver con la somatización de la tensión nerviosa. La persona afectada puede presentar diversas manifestaciones de enfermedades psicosomáticas desde dolores y “trastornos funcionales hasta trastornos orgánicos: palpitaciones, temblores, desmayos, dificultades respiratorias, gastritis y trastornos digestivos, pesadillas, sueño interrumpido, dificultad para conciliar el sueño, entre las dolencias más frecuentes están, dolores de cabeza y /o de espalda”. Conduce a cuadros patológicos psíquicos y físicos severos e incapacidad hasta la muerte, incluyendo el suicidio.³⁹

“A nivel psicológico, puede presentarse dificultad de concentración y memoria, irritabilidad, ansiedad, miedo al fracaso, sentimientos de minusvalía, reacciones paranoicas”. Deteriora relaciones laborales, de solidaridad y cooperación, frenando posibilidades de desarrollo, “el mobbing es producto y productor de enfermedad laboral”⁴⁰

El mobbing puede tener, asimismo, importantes repercusiones negativas tanto en la vida familiar, con un aumento de la tensión entre los cónyuges y una mayor morbilidad general tanto en ellos como en sus hijos, así mismo en su vida laboral, donde se puede acompañar de un mayor ausentismo, bajas prolongadas y posibilidad de perder el empleo y quedar en situación de imposibilidad para volver a trabajar.⁴¹

La gravedad de dichas consecuencias y el aumento de la sensibilización en torno a dicha problemática laboral han motivado, durante los últimos años, el incremento de las demandas judiciales por esta causa. Así, entre el 2000 y el 2003 se dictaron más de 150 sentencias relacionadas con el acoso laboral en España, cifra que se ve aumentada durante el 2004, llegándose a contabilizar alrededor de 400 sentencias sobre mobbing.⁴¹

“Las personas acosadas que, hasta ahora, sufrían en silencio han recuperado la esperanza, en la actualidad osan expresarse y denunciar las prácticas abusivas de las que son objeto. Nuevas reivindicaciones han estado en el origen de varios movimientos sociales importantes, pues los asalariados ya no aceptan las vejaciones y las conductas que atentan contra su dignidad. Exigen que se les respete”.⁴¹

En Madrid, España se llevó acabo una investigación, para conocer la prevalencia de acoso laboral en el trabajo y acoso sexual, en 1.714 personas de los cuales 911 (53%) eran hombres y 803 (47%) mujeres. El 60% con edades comprendidas entre los 25 y 39 años, concluyendo que: “El mobbing afecta más a las mujeres (9%), pero los casos más graves lo sufren los hombres (7%)”. A los hombres (58%) se les acosa con temas relacionados con el trabajo y a las mujeres (45%) con las relaciones laborales y la vida privada, el 24% de las mujeres también fueron víctimas de abuso sexual, en ambos casos depende del estatus de la jerarquía laboral y del tamaño de la empresa en la que se labora.⁴²

1.5.1.3. Responsabilidad civil y penal

La responsabilidad es una cualidad que nos hace conocer y aceptar las consecuencias de nuestras acciones. Es importante en todos los aspectos de nuestra vida. Ésta nos lleva a hacer lo que se espera de nosotros, muestra cuidado, dedicación y hasta amor y pasión por todo lo que hacemos, va muy de la mano con la ética de todo profesional, nos obliga a salir adelante en cualquier actividad, nos hace comportarnos de forma adulta y madura, nos hace capaces de sacrificarnos por cumplir, y hemos de responder por nuestros actos aun cuando seamos víctimas de calumnias.

Lamentablemente, hoy en día, las demandas con carácter legal en contra del personal de enfermería por incumplimiento de sus deberes, o acciones inapropiadas, han ido en aumento, y es que los motivos son diversos, desde negligencia ante la aplicación de un tratamiento farmacológico, ya sea por aplicar dosis incorrecta, medicamento equivocado o por aplicarlo a la persona incorrecta y fuera de tiempo, hasta, abuso sexual, maltrato psicológico, discriminación, robo de artículos personales y suicidio del paciente.

Lo que más predomina en hospitales psiquiátricos, son aquellas denuncias por maltrato psicológico (al referir agresiones verbales), agresiones físicas, acoso o abuso sexual, es decir *“desde un simple piropo, tocamientos y por qué no, contactos sexuales”* comenta personal, sobre todo en aquellas pacientes con trastornos límites de la personalidad (con actitudes manipuladoras, devaluadoras, histriónicas, con tendencia a la mitomanía: expresan fantasías, mienten con facilidad, son conflictivas, difícilmente entablan relaciones cordiales, tienen pobre control de impulsos, con poca tolerancia a la frustración), suelen estar hipersexuales, seductoras (por la presencia de la libido aumentada), como las que llegan con ánimo eufórico.

Es común que no se tome en cuenta el diagnóstico del paciente, para dudar de su versión (es decir, si está psicótico, alucinado, con ideas de daño y referencia o si es mitómano: mentiroso), ni la versión del personal de enfermería involucrado, el personal suele ser siempre culpable al principio, hasta que se demuestre lo contrario, en la actualidad han sido destituidos de este gremio, trabajadores sin pruebas suficientes, ni liquidación conforme a la ley.

Existen demandas que levanta la familia contra el hospital y todo aquel personal que resulte responsable, por ejemplo, del suicidio de su paciente internado, aunque *“muy en el fondo moralmente ellos terminan siendo los únicos responsables, saben en el abandono en que tienen a su familiar, no acuden a visitarlo, y cuando les dicen que va a ser dado de alta no hallan qué hacer con él”* comentario común entre enfermeras psiquiátricas, involucradas en casos de denuncia legal.

No conformes con eso pretenden sacar ventaja y recibir remuneración económica, para que supuestamente, sanen el daño que el evento les ha ocasionado, el daño

psicológico para el personal, inicia paralelo a la queja o denuncia y se agrava según el proceso que se sigue para resolverlo. *“Tenemos que acudir a declarar, muchas veces somos objeto de amenazas de venganza, por parte de la familia, y lo peor de todo, en mi caso me dejaron morir sola, el hospital se lavó las manos y si acaso sólo una vez me acompañó mi jefa inmediata a declarar, imagínate el desgaste mental y por todo lo que pasé esos dos meses, ¡ah! pero no creas que la pesadilla terminó, ya pasaron cinco años y no he recibido notificación de que estoy absuelta del cargo que me imputaron: culpable de homicidio imprudencial”.*

“El licenciado que después me contrató el hospital, (porque no sólo me querían a mí en la cárcel, sino que la familia pedía indemnización por el daño, por eso empezaron a ayudarme), ni siquiera se ha comunicado conmigo desde hace años, total que no sé en que quedó el problema”, “por eso ahora nos descuentan el pago de un seguro de responsabilidad civil para tener derecho a un abogado que nos oriente y proteja desde el principio, de lo contrario corremos el riesgo de perder el trabajo y la cédula profesional que nos permita continuar ejerciendo aunque sea en otro hospital”. Experiencia descrita en párrafos, narrados actualmente por Sara, enfermera implicada en el suicidio de su paciente psiquiátrico en el año 2003.

1.5.2 Exigencias

Únicamente están contempladas las que se consideraron ser las más frecuentes, a las que se exponen las enfermeras psiquiátricas.

1.5.2.1 Turnos laborales

Los turnos fijos, sin ningún tipo de rotación, son fisiológicos, cuando sitúan el trabajo dentro de la fase de actividad diurna, permitiendo el sueño durante las horas nocturnas, con buen grado de adaptación al cabo de una semana. Las personas

tienen características fisiológicas distintas: unos son alondras y tienden a madrugar, otras son búhos y tienden a traspasar; cada grupo se adapta mejor a un turno distinto.⁴³

En los turnos mensuales cada rotación de turno obliga a un periodo de adaptación al nuevo horario, para adecuar cronológicamente la actividad fisiológica a la actividad laboral; dicha adaptación suele alcanzarse al cabo de una semana. Con ello quedan aseguradas tres semanas de actividad plena en cada rotación de turno. Además, la rotación evita el problema de la degradación de las relaciones sociales.⁴³

“La rotación semanal parece la más indicada para evitar marginaciones sociales, pero resulta anti-fisiológica, ya que su periodicidad coincide con el tiempo necesario para lograr la adaptación cronológica. Por ello se presenta un estado de inadaptación permanente, responsable de insomnio, bajo rendimiento laboral e insatisfacción”.⁴³

“Hay una periodicidad interesante en las rotaciones, que es la de tres días, pasando de turno de mañana a turno de tarde, turno de noche y dos o tres días de descanso, ésta es practicada por los controladores aéreos, éstos son aconsejables porque no crean marginación social y tampoco inadaptación perjudicial generadora de cronopatía laboral importante”.⁴⁴

1.5.2.2 Turno nocturno

“El sueño es una fase de recuperación, en la que se pierde relación con el entorno, disminuyendo el umbral de las percepciones y el tono muscular, junto con el consumo de oxígeno, la temperatura y la tensión arterial; hay además un enlentecimiento de la actividad eléctrica cerebral y cardíaca. La relajación muscular, propia de las etapas de sueño profundo, permite recuperarse de la fatiga física, esta fase se ve favorecida por el silencio y la oscuridad, mientras que el ruido y la luz tienden a disminuir tanto su profundidad como su duración”.⁴⁵

Veinticuatro expertos en un estudio de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) España, concluyen: el trabajo nocturno es un agente probable de cáncer en humanos. Tras dar a conocer los resultados de un estudio

reciente en un grupo de enfermeras que han trabajado de noche durante mucho tiempo; “ellas tienen más riesgo de sufrir cáncer de mama que las que no tienen horario nocturno”. La exposición constante a la luz, ya sea eléctrica o natural y el “síndrome de desincronización debido a la diferencia horaria”, pueden incrementar de manera sustancial el crecimiento de tumores.⁴⁶

Agregaron: que “la alteración de los ritmos circadianos genera una reducción de los niveles de la hormona melatonina en las horas nocturnas, lo que incrementa la incidencia o crecimiento de lesiones tumorales”. Teniendo en cuenta que, según la última Encuesta da Calidad de Vida en el Trabajo, en España trabajan de noche casi el 20% de los trabajadores ocupados y más de un 11% de las trabajadoras, la inclusión del trabajo nocturno como probable cancerígeno supone un detonante para incidir en la protección frente a este riesgo.⁴⁶

Los doctores Eduard Estivill, jefe de la Unidad del Sueño del Instituto Dexeus de Barcelona, y Apolinar Rodríguez, responsable del Servicio de Neurofisiología del Hospital de la Paz de Madrid, después de diversos estudios informaron en el 2006 durante una entrevista: “los trabajadores de turnos de noche pierden cinco años de vida por cada quince de jornada laboral y que se divorcian tres veces más que el resto de sus compañeros”. Afirman que son más susceptibles en un 40% de padecer insomnio, ya que se produce en ellos un desajuste del ritmo circadiano, que es el reloj biológico que nos indica cuándo despertar y cuándo dormir. “Este desajuste genera astenia física y mental (sensación generalizada de debilidad) mucho más visible en mujeres que en hombres y que pueden conducir a la vejez prematura y al debilitamiento”.⁴⁷

Este debilitamiento es generador de un mal humor constante que se verifica en la irritabilidad, intolerancia ante cualquier problema y dificultad para hacer cualquier tipo de esfuerzo; pudiendo ocasionar problemas sociales con compañeros de trabajo, amigos y familiares; angustia, depresión, trastornos digestivos, ataques de pánico, enfermedades cardiovasculares por un estrés crónico, unido a adicciones a tranquilizantes, excitantes o alcohol y tabaco.⁴⁷

El trabajo a turnos necesario en todas las actividades que requieren un trabajo continuo, como es el caso de los hospitales, "obliga a alterar los horarios de actividad y reposo generando una cronopatología laboral, caracterizada por una fatiga persistente que afecta al rendimiento psicomotor y obliga a multiplicar esfuerzos que, progresivamente, van perdiendo su eficacia y generan más fatiga física"; por otro lado, la disminución del rendimiento genera insatisfacción laboral, que es motivo de tensión y fatiga psíquica, por lo tanto al ir aumentando la fatiga muscular aunada a la mental, disminuyen las posibilidades de recuperación.⁴⁸

Durante los turnos de guardia hay un aumento de las responsabilidades, y hay que tomar decisiones que a veces desbordan los límites de la propia capacidad profesional, lo que provoca tensión que también agrava la fatiga psíquica. Las propias condiciones ambientales de los hospitales (silencio, iluminación artificial, difusa y atenuada, mínimas variaciones térmicas y olores poco estimulantes) reducen la posibilidad de incrementar la fase de vigilia.

"Los turnos laborales fijos de noche suelen afectar a la eficacia de las fases de sueño y ensueños, aumentando la proporción de insomnio, el principal efecto nocivo es sobre la calidad de vida, al degradar las relaciones sociales del individuo con su entorno comunitario, dentro del cual acaba quedando marginado".⁴³

La fase de sueño es muy lábil, y su profundidad y duración pueden verse afectadas por una serie de factores, entre los que también cuenta la vigilia previa; si en ésta se ha llevado a cabo una actividad satisfactoria, con un discreto grado de fatiga física, el sueño subsiguiente será completo, profundo y reparador.⁴⁵

"Los ensueños representan el despertar interior en un mundo imaginario, en el que proyectamos nuestras esperanzas, aparcamos nuestras frustraciones o descargamos nuestra agresividad, por eso los ensueños tienen un gran valor en la recuperación de la fatiga psíquica y en el mantenimiento de la propia personalidad". La privación de estos destruye la memoria y anula la voluntad, por eso fue utilizado como método de tortura.⁴⁹

La inversión del ritmo sueño vigilia se caracteriza por somnolencia durante la fase activa e insomnio durante la de reposo, así, es que casi parece lógico caer en la

tentación de emplear estimulantes para mantenerse despierto (alcohol, café y tabaco), y sedantes para conciliar el sueño.

En las horas nocturnas se requiere un esfuerzo mayor para desarrollar las tareas por lo que la fatiga crónica es uno de los problemas más divulgados entre los trabajadores nocturnos. De hecho, "en los turnos de noche se incrementa el riesgo de accidentes, ya que la fatiga afecta la capacidad de concentración del trabajador".

47

El desajuste en el horario no sólo altera las funciones fisiológicas del ser humano, al disminuir sus defensas inmunitarias por insuficiencia de luz solar, sino que también le produce desequilibrios sociales y psicológicos al verse obligado a vivir al revés que los demás. La causa principal de los trastornos es que "el descanso diurno es poco reparador, ya que durante el día los parámetros biológicos tienen unas constantes naturales diferentes a las de la noche, en que el organismo se prepara para descansar".⁴³

Al cuerpo no se le puede engañar. Mientras la mayor parte de las actividades recreativas y de convivencia familiar se desarrollan durante el día, las enfermeras de turno nocturno se dedican a dormir y a perderse de esos momentos irrepetibles, en el caso de quienes están casadas y con hijos, pues ellos tarde que temprano crecerán y se irán del hogar.

1.5.2.3 Otras exigencias

Se ha demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud en general; esto tiene su origen en la agresión hacia el individuo provocada por la inseguridad y tensión que se produce en el contexto físico y social. "Este proceso daña la convivencia humana, propicia la aparición y mantenimiento de diversos fenómenos sociales como pobreza, violencia urbana, violencia familiar, fuerte presión en el lugar de trabajo, inseguridad de empleo, bajo apoyo social, conductas adictivas, desintegración familiar, niños en situación de calle, explotación sexual y abuso físico de menores, entre otros, así como el incremento de los problemas epidemiológicos

del subdesarrollo como la desnutrición e infecciones, que se mezclan con las enfermedades originalmente propias del primer mundo".¹⁷

Carga de trabajo y presión de tiempo: Se da la mayoría de veces por falta de personal o mala organización en la distribución de las tareas, es uno de los principales estresores, no sólo por la cantidad de trabajo, sino también por la calidad de atención que demanda el paciente, la presión que se ejerce en cuanto a tiempos con que se realizan las acciones de enfermería y que en situaciones de emergencia disminuyen por la premura que se requiere para su ejecución.

Además, la sobrecarga de trabajo al tener que realizar tareas o acciones no propiamente de enfermería (cuestiones administrativas, que incluyen el llenado de papelería, actividades similares a las de celadora, revisión de cuartos y pertenencias, por la vigilancia estrecha que se requiere, telefonista, secretaria, psicóloga, nutrióloga, tanatóloga), todos los incidentes que se registren a lo largo del turno deben quedar asentados por escrito, para cualquier aclaración posterior, cada vez son más las hojas de registro que se deben llenar.

El paciente y los familiares se vuelven perseverantes para que se les atienda de inmediato, entre más saben de su padecimiento, más desconfiados suelen ser, deben evitarse accidentes intencionales al fumar, insistir en el aseo diario, a veces asistir durante el baño, incluso vigilar que no se peleen entre ellos o se lesionen con fines suicidas. En el caso de diagnósticos de trastornos alimentarios hay que vigilar la ingesta de alimentos y cuidar que no se provoquen el vómito.

Contacto diario con el sufrimiento y la muerte:

Las experiencias negativas ante cualquier pérdida en el transcurso de la vida del paciente, y la muerte de éste, mantiene al personal expuesto a distintos niveles de intensidad al sufrimiento, donde la antigüedad profesional juega un papel importante, debido a la resistencia al dolor y la experiencia que se adquiere a través de los años en el manejo de situaciones críticas. Se ve más afectado el personal de recién ingreso; por seguir muy de cerca la evolución del padecimiento, es común

entablar una relación más afectiva y familiar, el paciente suele descargar, por ejemplo: pérdidas que le han ocasionado duelos sin resolver, y al personal con poca experiencia en el área, se le dificulta poner una barrera entre él y los pacientes, para evitar transferencia emocional, que finalmente puede afectar e impactar su propia vida familiar, sobre todo cuando se está más sensibles de lo normal, cuando el personal adopta el caso y lo sufre como si fuese suyo.

La aproximación al fenómeno de la muerte nos permite comprender mejor cómo debemos vivir. Al asistir al lesionado y curarlo, revivimos nuestra propia muerte y la vencemos, así como, la búsqueda de aventura, vivencia en el riesgo, desafío de un diagnóstico difícil o la atención a enfermos complicados. Somos susceptibles a la monotonía, ante cada nuevo enfermo y cuadro clínico.

La experiencia laboral es considerada para quienes trabajan al cuidado del ser humano, como un factor protector, que le permite adquirir cierta habilidad para desechar de inmediato la basura emocional que le fue depositada o cambiar de área laboral cuando considera que el manejo con ciertos padecimientos afectan su salud mental, es decir, cada vez se irá adquiriendo la madurez necesaria para enfrentar la situación sin tener que salir lastimado.

No resulta tan sencillo en el caso del personal de enfermería que brinda cuidados en las diversas áreas de pacientes pediátricos; *“la impotencia que uno experimenta al ver que el paciente no mejora, y sobre todo si es niño, te genera mucho estrés, en verdad sufres, al no entender qué pecado pudieron cometer esos angelitos para estar sufriendo tanto, no necesitas tener hijos para percibir el dolor de las madres, es un sentimiento que por naturaleza femenina se percibe”*, dice Irma

De esta misma manera, se sufre ante casos de infantes deprimidos, cuando expresan ideas de minusvalía, desesperanza y muerte, sentimientos generados al no encontrarle sentido a su vida, cansados de sufrir y no saber con que curar su tristeza, pensando que la mejor solución al mal que los atañe, es dejar de existir. Por ello, resulta increíble pensar que alguien pueda sufrir en una etapa tan bella como lo es la niñez.

Otro factor importante que afecta al paciente y a su vez al personal son la presencia de efectos secundarios al uso de antipsicóticos, pareciera que el enfermo se deteriora ante la presencia de signos de rigidez muscular y acatisia: caracterizada por ansiedad, incapacidad para mantenerse quieto, aumento en la actividad motora (necesitan moverse de un lado a otro, es decir, cambiar de lugar y postura continuamente, por ejemplo, levantarse y sentarse en forma reiterada, cruzar y extender piernas), situación que no les permite estar quietos ni un momento, deambulan sin sentido, cursan con insomnio, presentan salivación excesiva, irritabilidad y desorientación, dichos efectos requieren de más acciones, pertinentes y oportunas para revertir el cuadro.

Cuando se complica el padecimiento, indudablemente debe cambiar el plan de cuidados de enfermería establecido al inicio, la premura con que deben tomarse las acciones aumentan el grado de estrés en el personal, dando lugar a sentimientos de impotencia, debido a que conocen medicamento, vía y acciones posteriores a seguir, pero se necesita autorización de la acción por escrito; eso obliga al personal a presionar al médico para que valore de inmediato el caso.

Mientras tanto aumenta el desgaste físico y mental de la enfermera en la jornada, si es nocturna, peor aún, por ser menos los médicos disponibles en la guardia, el servicio se vuelve un caos, *“a mí me ha pasado, el resto de pacientes despierta, se comportan poco tolerantes, demandando atención: piden medicamentos, agua, hablar con el médico de más jerarquía, presentan crisis de angustia, se autoagreden, lloran; es entonces cuando desearías que todo fuese una pesadilla y estar durmiendo en tu casa, por la presión que todos ejercen al mismo tiempo sobre uno”* dice Pilar.

Falta de apoyo: factor desencadenante de estrés; no resulta nada agradable trabajar con compañeros, incluyendo médicos, donde las relaciones interpersonales están deterioradas, dificultando con ello el trabajo en equipo; se debe procurar un ambiente armónico y cordial, para facilitar las tareas haciendo menos pesado el turno.

Relaciones con los pacientes y sus familiares: Es común que los padecimientos psiquiátricos sean crónicos, por lo tanto los pacientes aprenden a conocer a la perfección su tratamiento, desde el color de las pastillas hasta la dosis que han de tomar, conocen muy bien el sistema hospitalario, se vuelven exigentes, saben con quién acudir, dónde gritar y amenazar si algo no les parece, y también de qué mañas valerse para no pagar los gastos que genera su hospitalización.

Existen situaciones que suelen darse en pacientes bipolares o con trastornos de personalidad, donde los familiares parecieran compartir el padecimiento y exigir más que el paciente, *“se toman demandantes de atención, devaluadores, perseverantes, piden que les explique uno para qué sirve cada medicamento, cuánto tiempo lo van a tomar, si causa adicción, cómo va el enfermo, cuál es su pronóstico, cuándo podrá ser dado de alta, esperan que el personal de enfermería realice funciones de médico, y para variar estos últimos quieren dar indicaciones verbales o por teléfono con tal de no lidiar con ellos y su familia, muchas veces obligan a mentir al personal, diciendo que están muy ocupados en una urgencia o ingreso”*. Son comentarios de Clarisa, enfermera que atiende niños y adultos en dos hospitales psiquiátricos de Tlalpan ciudad de México.

Recibir indicaciones verbales es riesgoso y en caso de una desgracia, (incluye en general para cualquier tipo de hospital y área médica), si no hay nota por escrito, ni testigo alguno que justifique la acción o procedimiento de enfermería, hay únicamente un solo responsable de la negligencia: la enfermera, procediendo en su contra de manera legal al grado de perder el empleo y la cédula profesional. *“Es un verdadero problema eso de recibir órdenes verbales por parte del médico, porque luego se retractan de lo que indicaron cuando las cosas no salen bien, se olvidan de la honestidad, mienten y culpan a enfermería, y en esos casos ni quien te defienda, si no está por escrito no vale y la responsabilidad de haber suministrado el medicamento es sólo tuya, pasas a ser la única culpable y negligente, todo por buena onda, por solapar al médico para que siga durmiendo, resulta caro haber aceptado la orden vía telefónica”*. Comenta Marina.

Pero también existe un lado amable, donde la relación con el familiar y el paciente se torna cordial, es valorado el conocimiento y la atención que se ofrece, en ocasiones al irse de alta lo hacen por escrito, haciendo énfasis a la calidad humana con que fueron tratados, y a la oportuna intervención al aminorar sus temores ante lo desconocido, generando en ellos una luz de esperanza y fe, por ejemplo, en que todo va a estar bien si no abandonan el tratamiento, esperanza: al guiarlos, escucharlos y acompañarlos en el duelo, que los tiene hundidos en el dolor y la desesperanza, motivo que los orilló a solicitar ayuda profesional.

Para los profesionales de la salud siempre es gratificante ver a un enfermo evolucionar de forma satisfactoria, saber que la participación de cada uno ha influido en su recuperación, es una sensación que no tiene precio, es pensar que valió la pena la angustia y el estrés que produce en uno, sobre todo, cuando se brindan cuidados a pacientes con un trastorno mental.

Saber por propia voz del paciente y la familia, que la semilla de tu trabajo empieza a dar frutos, llena de orgullo a cualquiera, frases como: *“que Dios la bendiga por todo”, “nunca cambie”, “pocas como usted comprometidas con su profesión”, “su alegría nos contagia”, “sus consejos han sido clave en mi recuperación”, “nunca me voy a olvidar de lo que hizo por mí”, “gracias por escucharme”, “sus palabras son duras pero han provocado grandes cambios en mi manera de percibir la vida”, “está precioso el libro que me recomendó”, “sus palabras fortalecieron mi autoestima”, “me llevo un buen recuerdo de su persona”, “nadie me había tratado así a pesar de ser lo que soy”, “te quiero”*. Son sólo algunas de las frases que expresan las enfermeras del hospital en estudio.

Formación y habilidades. La falta de formación y habilidad se contempla como un estresor importante, pues el personal algunas veces se siente inexperto la ayuda emocional. Estos profesionistas han tenido que auto- formarse, por no existir en los planes de estudio, o del propio hospital formación específica en esta área. Actualmente existen cursos de tanatología, esta disciplina proporciona herramientas

necesarias para ayudar a otro ser humano a que se sienta mejor ante cualquier pérdida, ya sea de algo o alguien significativo en su vida.

Muchas veces al proporcionar informes, la enfermera, con el único objetivo de mantener al tanto a la familia, da a conocer datos acerca del diagnóstico y pronóstico del paciente, que sólo el médico está autorizado a decir, imprudencias como éstas, le ocasiona conflictos laborales, por ejemplo, la familia dice: *“la enfermera me dijo que ya pronto sería dado de alta”* y de repente el paciente empeora, como suelen darse casos, los familiares desconfían, se quejan en la dirección y la enfermera recibe una nota de demérito, donde le sugieren que se mantenga al margen y evite usurpar funciones que no le corresponden.

Debemos considerar que todas las exigencias deben ser tomadas desde el nivel del grupo laboral en el que se encuentra inserto el profesionalista, sin olvidar la perspectiva individual de cada enfermera(o), es decir, va a depender de la habilidad intelectual con la que cuentan, su personalidad, y su edad cronológica, lo que va a diferenciar entre ellas, qué y cuáles de sus condiciones laborales están considerando exigencias.

Siguiendo un orden del tema en estudio, parece oportuno dejar en claro, los conceptos de los trastornos más frecuentes que afectan la salud de las enfermeras, se debe evitar relacionarlos con el término locura, motivo por el cual la población en general se sigue negando a aceptar el padecimiento diagnosticado y a solicitar ayuda profesional. El personal del área de la salud, no se excluye de esta forma de pensar.

1.6 Daños a la salud.

1.6.1 Trastornos psíquicos

Estos daños dependerán en gran medida de la habilidad de la persona para hacer frente a las situaciones difíciles de la vida. “Cuando hay una exposición a la misma situación estresante, dentro de los límites razonables, un individuo podrá reaccionar con éxito y mantenerse sano, mientras que otro tendrá problemas de salud”²⁸

Las enfermedades mentales provocan angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico; afectan el equilibrio emocional, el rendimiento intelectual y la adaptación social. Son agrupadas según sus características de afectación, en trastornos. Los trastornos psíquicos también son considerados como una tensión emocional de larga duración. Producen alteraciones del estado de ánimo.⁵⁰

Todos experimentamos abatimiento, incompetencia o desamparo en determinadas situaciones. Así mismo experimentamos trastornos del sueño y otras molestias. También nos sentimos a veces desganados, pasivos y como paralizados. El organismo muchas veces está preparado para revertir en un tiempo considerable ese cuadro, y de no ser así, se presentan daños que requerirán atención especializada, como los siguientes:

La depresión: "Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefinición y desesperanza profunda".⁵⁰ La depresión patológica está determinada por una tristeza sin razón aparente que la justifique y, además, grave y persistente.

"Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, irritabilidad, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer, incapacidad para concentrarse o tomar decisiones, energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa y desesperación, desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual, ideas recurrentes de suicidio, muerte, ataques de llanto." ⁵⁰

"Las actitudes negativas evidencian: irritación, preocupación, tensión y depresión. De ello puede derivarse un mal funcionamiento de las facultades cognoscitivas, como incapacidad para concentrarse, memorizar y tomar decisiones".¹⁰ Afecta a hombres, mujeres y niños sin distinción de clase social, aunque predomina en el nivel socioeconómico bajo.

La ansiedad: Se caracteriza por el temor al peligro, va acompañada de un sentimiento de que el suceso peligroso, ya se ha dado. Se encuentran en la ansiedad componentes psicológicos y somáticos. Dentro de estos podemos destacar algunos

tales como: “aprensión, disnea, inquietud, irritabilidad, mareo, náuseas, nudo en la garganta, opresión precordial, palpitaciones, parestesias, sudoración, taquicardia, temblores, tensión, urgencia urinaria y vértigo”.⁵⁰

1.6.2 Trastornos músculo-esqueléticos (TME) de origen laboral

Estos trastornos se han incrementado de una manera exponencial en las últimas décadas, afectando a trabajadores de todos los sectores y ocupaciones independientemente de la edad y el género. Constituyen el problema de salud de origen laboral más frecuente en Europa y en el resto de países industrializados y una de las primeras causas de ausentismo.⁵¹

Se caracterizan por ser lesiones inflamatorias o degenerativas de músculos, tendones, articulaciones, ligamentos y nervios. Sus localizaciones más frecuentes se observan en cuello, espalda, hombros, codos, muñecas y manos. Los diagnósticos más comunes son las tendinitis, tenosinovitis, síndrome del túnel carpiano, mialgias, cervicalgias, y lumbalgias. El síntoma predominante es el dolor asociado a inflamación, pérdida de fuerza y disminución o incapacidad funcional de la zona anatómica afectada.⁵¹

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2007), los factores que contribuyen a la aparición de TME son los siguientes⁵¹:

Factores físicos:

- Cargas/aplicación de fuerzas, posturas forzadas. Movimientos repetidos, vibraciones, entornos de trabajos fríos o muy calientes.

Factores psicosociales:

- Demandas altas, bajo control, falta de autonomía, falta de apoyo social, repetitividad y monotonía, insatisfacción laboral.

Individuales

*Historia médica, capacidad física, edad, obesidad, tabaquismo. La exposición conjunta a más de un factor de riesgo incrementa la posibilidad de padecer TME.

*Los costos socioeconómicos para el trabajador, incluyen: disminución de los ingresos, aumento de los gastos (farmacéuticos y asistenciales).

*Para la empresa: pérdidas de productividad, sustitución del trabajador de baja, complementos salariales indemnizaciones.

*Para la sociedad: prestaciones económicas por incapacidad temporal o permanente gastos por ingresos hospitalarios, intervenciones, consultas, prestación farmacéutica.

Además habría que añadir el coste humano, que representa la pérdida de salud, de autonomía personal y de calidad de vida, difícilmente cuantificables en términos monetarios.

1.6.3 Los trastornos psicosomáticos

Se presentan luego de someter al organismo a un desgaste crónico en el cual se tuvo que soportar mucho estrés, insomnio, probablemente también malos hábitos de alimentación, provocando mayor desgaste aún.

La tolerancia de cada organismo a las situaciones estresantes, es algo muy individual, siempre habrá personas que pueden manejar muy bien su estrés y quienes sean extremadamente sensibles al mismo. Así que el tiempo de exposición a los estresores por sí solo, no es por desgracia, un parámetro que sea de ayuda para predecir la aparición de algún trastorno psicosomático.

La historia personal y el ambiente en el que se desempeña el individuo son los principales escenarios a investigar, éstos ayudarán a reconocer cuáles son las situaciones que pueden considerarse predisponentes y en base a éstas, poder actuar de manera preventiva.

Las enfermedades psicosomáticas más frecuentes son aquéllas que están vinculadas con el aparato respiratorio, la piel, el aparato gastrointestinal, el genitourinario y el cardiocirculatorio. El asma bronquial, las disneas psicógenas, las dermatitis atípicas, la alopecia, el colon irritable, la úlcera gastroduodenal, la constipación, la disuria, la frigidez, la impotencia sexual, las taquicardias paroxísticas, las lipotimias, son las afecciones que se suelen ver con más frecuencia, ligadas con aspectos psicológicos.¹⁶

“Los síntomas psicosomáticos incluyen: dolores de cabeza, lumbagos, dolores en la nuca y las manos, dolores y trastornos funcionales del estómago y palpitaciones cardiacas”⁵⁰

La Confederación General del Trabajo en España opinó que las alteraciones de la salud más comunes en la enfermera son:

Psicosomáticas: fatiga, cefaleas, dificultad para conciliar el sueño, trastornos gastrointestinales, hipertensión y cardiopatía isquémica.

Emocionales: trastornos de ansiedad, depresión, conductas suicidas, abuso de drogas legales o ilegales y referentes a las conductas defensivas: aislamiento, negación, desplazamiento, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, cinismo. Adicionalmente pueden generar consecuencias laborales: insatisfacción y deterioro del ambiente, disminución de la calidad, ausentismo, reconversión profesional y abandono de la profesión, también consecuencias personales y familiares: incomunicación, hostilidad, ruptura familiar, aislamiento social.⁵²

Debido a que los estados emocionales crónicos con frecuencia se asocian a defectos en las funciones orgánicas, se les relaciona en forma estrecha con los problemas cotidianos de la vida; la acumulación de problemas en las relaciones interpersonales producen una gran parte de las tensiones y angustias que dañan al ser humano trastornando su fisiología. Los síntomas iniciales son de tipo físico, justifican el cuadro clínico, por eso resulta complicado reconocer a primera vista su origen mental.

La medicina psicosomática se ocupa de los siguientes grupos de enfermos:

En el primero se encuentran los que sufren de diversos síntomas físicos, pero no tienen una enfermedad corporal a la que puedan atribuirse. En otro grupo de enfermedades psicosomáticas, existe un padecimiento físico, pero los factores originales que lo provocaron son de naturaleza emocional. En un tercer grupo de enfermedades psicosomáticas, el paciente sufre de un padecimiento orgánico, pero algunos de sus síntomas no se originan en éste sino en factores mentales.⁵⁰

La tristeza, el desaliento y el autorreproche, producen en los órganos: palidez prolongada de la mucosa e hiposecreción. La angustia genera aumento de los movimientos peristálticos del sistema gastrointestinal. Los sentimientos agresivos, incluyendo el resentimiento y la hostilidad, provocan un gran aumento en la secreción y la vascularidad y un aumento discreto en la motilidad.⁵⁰

De acuerdo con observaciones clínicas y de laboratorio las experiencias que despiertan una emoción de gran intensidad, ya sea porque son súbitas o inesperadas o porque ocurren de manera variable o prolongada, tienen el potencial de establecer patrones que desorganizan el funcionamiento orgánico, a veces un individuo puede tener, en forma sucesiva o simultánea, trastornos que afectan a varios sistemas orgánicos.⁵⁰

Con el objeto de clasificar estas fallas, se separarán según el sistema en el que aparecen.

Sistema cardiovascular⁵⁰

Se ha demostrado que el estrés provoca angustia, tiende a aumentar la frecuencia de los latidos cardíacos, palpitaciones, elevación temporal de la presión arterial, así como a provocar cambios en el ritmo y en el electrocardiograma, alteraciones de la temperatura cutánea, sudoración de manos, temblor de extremidades, mialgias, trastornos digestivos y cefalea.

“La enfermedad coronaria parece más común en individuos con puntuación alta en las escalas que detectan hostilidad, una reacción que está basada en las oleadas de adrenalina que acompañan a los estallidos de rabia”.

La depresión puede ser un poderoso factor de riesgo para el infarto al miocardio, así como la enfermedad cardíaca previa, las arritmias o la insuficiencia cardíaca congestiva

Hipertensión⁵⁰

La hipertensión vascular es una reacción sistemática que puede ser inducida por muchas causas. Los casos en los que el psiquiatra se interesa, son aquellos en los que un factor principal es la tensión emocional, que actúa a través del sistema nervioso vegetativo y provoca vasoconstricción.

“La personalidad de un paciente hipertenso muestra serenidad y afabilidad aparente, pero encubre actitudes conflictivas de predisposición a la hostilidad agresiva que debe reprimirse a fin de mantener fuertes ligas de dependencia, especialmente hacia personas que ocupan puestos de autoridad”.⁵⁰

Migrañas

Este síndrome consiste en un mal funcionamiento neurovascular, con otros síntomas somáticos que también se acompañan de alteraciones en el estado de ánimo, en individuos con personalidad perfeccionista y de gran empuje, del tipo ejecutivo cuyas metas son siempre ambiciosas. Síntomas: se presenta cambios en el estado de ánimo, asociados a un aumento en la variabilidad del estado contráctil de los vasos sanguíneos, especialmente en la cabeza. “También aparece enrojecimiento o lagrimeo del ojo afectado, edema de la mucosa nasal, contracción dolorosa de la musculatura del cuello en algunos pacientes. En otros hay náuseas, vómitos, retención de líquidos y diversos fenómenos de otros tipos, que se asocian a la migraña”.¹⁰

Aparato gastrointestinal

Los síntomas de trastornos gastrointestinales son múltiples, ya que se extienden, desde los que se localizan en la cavidad bucal, hasta la gran variedad de expresiones de mal funcionamiento en el estómago, el intestino delgado e intestino grueso, y en los principales órganos secretores que se relacionan con la digestión.

Los síntomas más frecuentes son: anorexia (falta de apetito), náusea, indigestión nerviosa, flatulencia (incomodidad por gases), vómito, eructos, dolor epigástrico, diarrea y estreñimiento.⁵⁰

La obesidad

Se ha interpretado en gran parte como un aumento en el acto compulsivo que lleva al individuo a comer. “El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en el que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida a través de su devoción hacia el niño, sobrealimentándolo”.⁵⁰ Al pasar el tiempo, la imagen del cuerpo obeso llega a tener un gran significado emocional para el paciente, suele ser la causa de una baja autoestima; son víctimas de agresión

verbal, apodos, burlas, discriminación en los deportes, en el trabajo e incluso en el ámbito familiar, lo que los obliga a cierto grado de aislamiento social e inseguridad para poder relacionarse con las personas.

Sistema músculo- esquelético

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide se caracteriza por dolor músculo esquelético crónico secundario a la inflamación de las articulaciones, factores predisponentes: los de tipo hereditario, alérgico, inmunológico y psicológico. La aparición o la exacerbación de la enfermedad se ha relacionado con períodos de estrés emocional, debido a la supresión inmunológica. Este paciente es un individuo emocionalmente tranquilo a pesar de sus limitaciones físicas, con frecuencia reprimen su ira, rara vez expresa abiertamente sus sentimientos y parecen tener satisfacciones sirviendo a los demás.

50

Sistema respiratorio ⁵⁰

La conducta emocional afecta al sistema tanto en su expresión como en su acción. “El llanto y la risa, los gritos o el habla, implican cambios en la acción respiratoria; la respiración excesiva o lo opuesto son repuestas típicas durante períodos contrastantes de acción o descanso”. Dentro de estas están el síndrome de hiperventilación y el asma. La disnea y la falta de aliento pueden producirse en la depresión, cuando el paciente está en reposo, suele ir acompañado de vértigo, sudoración, palpitaciones y experimentan dificultad al inspirar.

Sistema endocrino

Algunos pacientes con trastornos depresivos y esquizofrenia, tienen anomalías en la regulación de algunos de sus ejes neuroendocrinos. Dentro de éstos se encuentran: diabetes mellitus e hipertiroidismo. Las personas sometidas a estrés repetido o crónico pueden estar inmunodeprimidas y tener riesgo de enfermedades infecciosas.

En los años sesenta se llevaron estudios en la Marina de los Estados Unidos relacionando antecedentes de cambios vitales importantes como el divorcio, el traslado o la pérdida de trabajo con una mayor probabilidad de sufrir enfermedades durante los meses siguientes al acontecimiento estresante. Mas tarde encontraron un riesgo superior de enfermedad y muerte precoz en las personas que carecen de apoyo social.⁵⁰

Sistema genitourinario

La insuficiencia renal manifestada por uremia puede presentarse con síntomas psiquiátricos en un gran porcentaje de pacientes. Los síntomas tempranos son fatiga y dificultad para la concentración, apatía, depresión e irritabilidad. “En las etapas tardías puede presentarse euforia o pensamientos paranoides”. La impotencia, la eyaculación prematura y los trastornos menstruales son otros padecimientos que suelen estar aunados a trastornos mentales, sobre todo cuando se ha iniciado tratamiento farmacológico con antidepresivos y antipsicóticos.

En el 10% de las mujeres que emplean píldoras para el control de la natalidad, se presentan síntomas depresivos.¹⁶

Sistema nervioso

El trastorno psiquiátrico es una situación en la cual se presenta una enfermedad física caracterizada por síntomas clínicos:

A) Epilepsia.

Los problemas psiquiátricos ocurren en 30-50% de los epilépticos y se caracterizan por crisis parciales simples, complejas (incluyen fenómenos somatosensoriales: sensaciones de “golpes eléctricos, alfileres o agujas”; fenómenos visuales: ver manchas, luces, hasta ilusiones y alucinaciones; fenómenos auditivos caracterizados por zumbidos o golpes simples, y distintos síntomas que pueden imitar la ansiedad), o generalizadas.

“Los síntomas psiquiátricos incluyen problemas de personalidad (38%), ansiedad (23%), aislamiento (18%), conducta agresiva destructiva (12%), depresión (11%) y tendencias paranoides (7%)”. Las fobias, síntomas obsesivo compulsivos, conducta sexual desviada, euforia y preocupación homicida ocurren en menos del 1% de los pacientes.”¹⁶

B) Lesiones encefálicas focales.

Las neoplasias suprasensoriales suelen manifestarse por medio de depresión, ansiedad, desorientación y confusión; en el padecimiento donde se ve involucrado el lóbulo frontal, se presenta euforia, llanto inesperado, conducta infantil desinhibida y distracción fácil; en presencia de hematoma epidural existe irritabilidad y falta de atención; en caso de infarto de arteria basilar, se presenta lentitud psicomotriz, respuesta retardada y somnolencia.¹⁶

C) Insuficiencia cerebrovascular.

Es la causa más común de la ansiedad, se le nombra síndrome de robo de la subclavia, cuando se acompaña de mareos y confusión intermitente.¹⁶

D) Encefalitis.

Caracterizada por ansiedad, cambio de personalidad, labilidad y confusión, antes de que se presenten los signos sistémicos de enfermedad. La más común es producida por el virus del herpes simple. A los síntomas anteriores se le agregan estupor catatónico y psicosis recurrentes, antes de que aparezcan los síntomas neurológicos claros. Otro tipo de encefalitis es la producida por un virus lento, se le nombra enfermedad de Jacob-Creutzfeldt, se presenta con depresión y psicosis asociadas con demencia.¹⁶

E) Esclerosis múltiple.

Caracterizada primero por humor disfórico y ansiedad, después con depresión o manía importante.

F) Enfermedad de Huntington.

Hay presencia de ansiedad grave, cambios en la personalidad, llanto fácil, después cambios en el humor y demencia, antes de los movimientos coreiformes.

El resto de los trastornos sólo se nombrarán: síndrome posconcusional (imita la esquizofrenia); hidrocefalia a presión normal (triada: ataxia, incontinencia y demencia); narcolepsia (parálisis del sueño, alucinaciones, sueño nocturno alterado); Alzheimer (depresión más alteración de la memoria reciente, delirios, alucinaciones auditivas o visuales); Wilson (se deposita cobre en varios órganos incluyendo el encéfalo, produce cambios en la personalidad y conducta, trastornos mentales orgánicos); Síndrome de apnea del sueño; Alteraciones de la imagen del cuerpo y neurastenia.¹⁶

1.6.4 Síndrome de burnout

El síndrome de Burnout es definido como aquel estrés que presentan los profesionales que mantienen relación constante y directa con otras personas como es el caso del personal de enfermería; ante la consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo diario, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas.

Fue denunciado por Hebert Freudenberger en 1974, pero en 1986 al hacer su servicio social en un Hospital Psiquiátrico en Canadá, Cristina Maslach y Susana Jackson lo definen como agotamiento profesional, despersonalización y falta de realización personal.

Por lo tanto es un trastorno crónico que daña la calidad de vida y salud del profesional, repercutiendo en la calidad asistencial. Se presentan sentimientos de escasa competencia y fracaso, que de continuar y no revertirse el cuadro, culminará en un deterioro psíquico y físico, convirtiéndose en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios, secundario a una propensión al abandono y ausentismo lo que deteriora la calidad del servicio generando cierto grado de

hostilidad y resentimiento. “Cuando se percibe como satisfactorio, el trabajo es gratificante; cuando se percibe como insatisfactorio, ocasiona desilusión”.⁵³

Se ha descrito que el personal de atención a la salud es particularmente propenso a desarrollar un deterioro progresivo, tanto emocional como físico, que repercute negativamente en el trato a los pacientes; a ese deterioro se ha denominado síndrome de agotamiento profesional.⁵³ Los síntomas varían de una persona a otra, e involucran tres esferas determinantes: agotamiento físico y emocional: derivado de la auto percepción de incapacidad, despersonalización: causada por desmotivación y sensación de falta de realización personal. Deterioro del desempeño laboral.⁵⁴

El desarrollo de este síndrome es progresivo, en lo general “inicia con un proceso de desgaste laboral que se acompaña de signos y síntomas entre los que destacan las alteraciones cardiovasculares, fatiga, cefalea, problemas gastrointestinales, mialgias, insomnio y trastornos dermatológicos”.⁵⁵

Posteriormente aparecen alteraciones alimentarias, “abuso en el consumo de alcohol, tabaquismo, uso frecuente de fármacos como benzodiazepina y analgésicos, así como conductas paradójicas con exacerbación del ejercicio, pasatiempos cuyo objetivo es reducir el número de horas reales de trabajo”.⁵⁵

Además, se manifiestan alteraciones emocionales tales como irritabilidad, ansiedad, depresión, cinismo, actitudes agresivas o defensivas. Finalmente, se incrementa el ausentismo y la falta de rendimiento laboral, que por lo general se acompaña de “problemas en las relaciones interpersonales, tendencia al aislamiento, insatisfacción, desilusión hacia el trabajo, percepción de incumplimiento de las expectativas trazadas al inicio de la vida profesional”.⁵⁶

“El trabajo es una fuente inagotable de conflictos psicológicos” y se tiende a cometer el error de confundirlos con pereza, negligencia o falta de preparación profesional. Además “existen estresantes físicos como: la luz, el ruido, la temperatura. Estresantes individuales y/o colectivos como los roles conflictivos, la ambigüedad, la sobrecarga de trabajo o la responsabilidad, así como la carencia de apoyo y conflictos intergrupales”.⁵²

Por lo tanto las personas que confían en sí mismas, en sus propias capacidades y cualidades suelen ser más enérgicas, eficaces, responsables, activas y resistentes y por el contrario, las que no cuentan con esa confianza son más conformistas, dependientes, inseguras y más propensas a presentar ansiedad y depresión ante situaciones estresantes. “Una relación laboral positiva, con autonomía, libertad, responsabilidad y control es satisfactoria, y por el contrario, las condiciones inversas se asocian con insatisfacción laboral y causan sobrecarga y fatiga”. “Las características de ciertas profesiones y condiciones laborales también tienen su influencia”. Por eso la inseguridad en el puesto, la desmotivación y los turnos rotatorios se asocian con estrés físico y psíquico.⁵²

“Cuando las condiciones de 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 general y mejora la salud. Un desequilibrio entre las oportunidades y las exigencias ambientales, por un lado, y las necesidades, aptitudes y aspiraciones del individuo, por otro lado, produce reacciones diferentes”.⁵²

“El síndrome afecta a aquellos profesionistas idealistas, optimistas y entregados en exceso al trabajo, es más frecuente en las mujeres sin pareja o con poco apoyo familiar y durante los primeros años de ejercicio profesional”. Cuando decimos que un profesional está “quemado” tratamos de reflejar el hecho de que una situación (laboral, familiar, escolar, social) le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción.⁵⁶

Entre los profesionales más amenazados por el agotamiento emocional, figuran los psiquiatras, “la prevalencia de este problema es de alrededor del 15% en los profesionales de la salud”. “La intervención en salud mental es un trabajo difícil, exigente y estresante con mayor riesgo al agotamiento profesional”. Burnout es el final de un proceso continuado de tensión y de estrés. Por ello se dice, que este síndrome se cataloga como “el precio de ayudar a los demás”, (médicos, enfermeras, maestros, policías, asistentes sociales) están implicados.¹⁰

Según el modelo de Maslach la podemos ver primero como agotamiento emocional, luego se desarrolla la etapa de despersonalización y por último una baja realización personal en el trabajo. Este agotamiento psíquico viene determinado por:

a) conflictos entre compañeros e incertidumbre cuando no se poseen los conocimientos necesarios, ausencia de toma de decisiones, mala organización para el desempeño de tareas, falta de respeto por su trabajo y de reconocimiento por parte de los enfermos, enfrentamiento con la enfermedad y la muerte.⁵⁷

b) falta de apoyo y trabajo excesivo por problemas económicos, tareas paralelas, falta de tiempo, salarios insuficientes o mejor aún, percepción de injusticia de salarios y obligaciones, empleo eventual.⁵⁷

Entre marzo del 2003 y septiembre de 2004, se llevó a cabo un estudio en personal de enfermería que asistió a diversos eventos científicos en la ciudad de México. La muestra estuvo conformada por 551 enfermeras (88.6%) de 30 a 35 años y 71 enfermeros (11.4%) de 19 a 22 años, consideraron variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, relación de pareja y turno laboral. Encontrándose que a mayor edad cronológica, aumenta la probabilidad de presentar puntaje elevado de Burnout, quienes son solteros tienen mayor cansancio emocional, una menor realización personal y mayor despersonalización que los casados (o que conviven con parejas estables), los enfermeros tienen mayor propensión a presentar manifestaciones de burnout que las enfermeras; el turno matutino y nocturno presentó mayor puntaje en despersonalización y el vespertino en realización personal, el puntaje más alto correspondió al turno vespertino, seguido por el nocturno.⁵⁸

1.6.5 Alcoholismo y drogadicción

El alcohol y las drogas (incluido el tabaquismo), son fenómenos considerados como plagas sociales, que han ido en aumento, y el personal que labora dentro de hospitales, no es inmune, pues influyen los patrones socioculturales para su uso: el sometimiento al estrés, el conocimiento científico de la droga y sus efectos en forma de enfermedad, el contacto con el dolor y muerte, los efectos tangibles de la adicción, las facilidades para su adquisición (donde quiera se encuentran a la venta

anfetaminas, éxtasis, cocaína), su abaratamiento hace que en ocasiones se ve con familiaridad su uso, sobre todo en individuos lábiles en el plano afectivo, inseguros, fóbicos, deprimidos, anhedónicos.¹⁰

El alcoholismo es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado y frecuente de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales. Su consumo se distribuye por igual entre los dos sexos, predominando en el masculino, no es de sorprender, pues una de las características de todas las drogas, sobre todo del alcohol, es la de facilitar el contacto con otros individuos.

Las estadísticas son muy subjetivas, pues la realidad se encuentra enmascarada. Un factor de sesgo hacia la imputación de abuso de alcohol en un determinado profesional, puede proceder por ejemplo, en las reuniones de carácter científico, como los congresos en ciudades turísticas, dirigidos a médicos y enfermeras, estos son cada vez más frecuentes y los patrocinadores son generalmente dados a conjugar lo científico con lo gastronómico, es decir, que durante los recesos suele haber bebidas denominadas cocteles, con bajo grado de alcohol, pero embriagantes de cualquier manera, por lo que la asociación por mera presencia en los eventos es muy fácil.

Entre las principales causas o pretextos con que se relaciona el personal para el consumo de alcohol están: ansiedad, que contamina a todo el equipo de trabajo en situaciones de urgencia, falta de personal, complicaciones, contactos con la familia.

Los grandes aparatos o sistemas sobre los que actúa el alcohol son el sistema nervioso central y periférico, cardiocirculatorio, digestivo, urinario, reproductor y el metabolismo. Los más sometidos a tensión en el ejercicio de la psiquiatría, que pudieran favorecer un estado premórbido más vulnerable a la acción alcohólica, son los dos primeros.¹⁰

Las funciones psíquicas más alteradas son: memoria, atención, sensopercepción visual y auditiva, cuya alteración puede tener consecuencias no solamente para la salud individual sino también para el rendimiento profesional, incluyendo accidentes dentro y fuera del lugar de trabajo.¹⁰

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV de la American Psychiatric Association; considera al tabaquismo como: una enfermedad crónica sistémica, perteneciente al grupo de las adicciones, principal causa mundial de enfermedad y mortalidad evitable. “La nicotina es un alcaloide altamente tóxico, en un adulto una dosis de 60 mg produce parálisis respiratoria de consecuencias fatales; un cigarrillo normal contiene 0.5mg de nicotina”. La incapacidad para concentrarse, la confusión y las alteraciones sensoriales, están asociadas a la toxicidad.⁵⁰

Hoy en día el tabaquismo es considerado una enfermedad adictiva crónica con posibilidades de tratamiento. El fumar puede provocar varias enfermedades, entre ellas están: el cáncer de pulmón, el enfisema pulmonar, infarto al miocardio, enfermedades cerebrovasculares y respiratorias crónicas, en mujeres embarazadas provoca partos prematuros y niños de bajo peso al nacer. Suelen ser datos que el personal médico y de enfermería sobre todo del área psiquiátrica conocen de sobra, pero que no son suficientes para crear conciencia real y evitar el daño, pues si algo se observa más en el área hospitalaria son fumadores vestidos de blanco, pero eso sí, en áreas específicas y diseñadas según las autoridades para tal fin, a raíz de la nueva ley de protección a los no fumadores.

En el lado opuesto se encuentran el personal del área de la salud que no fuma, pero que son considerados fumadores pasivos, adquiriendo el daño en su propio centro de trabajo, pues existen hospitales psiquiátricos donde contemplan el derecho a fumar a todos sus pacientes, en algunos de ellos, sin restricciones en la cantidad de cigarrillos al día e incluso dentro del área de hospitalización, es decir tranquilamente en su cama, violando con ello la promulgación y vigencia de la Ley de protección a la salud de los no fumadores en el Distrito Federal y la Ley para el control del tabaco, que entró en vigor el día 7 de abril del 2008, donde se contempla la no tolerancia.

El cigarrillo no solamente lesiona la salud de quien lo fuma, sino que afecta a quienes desean cuidar su salud, *“es un riesgo al que se expone el personal de enfermería, yo durante ocho horas, en el otro hospital, atiende de diez a doce*

pacientes, donde por lo menos nueve de ellos fuman un promedio de un cigarro por hora, es decir, inhala dentro de mi servicio los desechos tóxicos de 40 a 60 cigarros en un turno, por eso, cuando estoy en un servicio con más de cinco fumadores siempre me enfermo de la garganta”.[Comenta la enfermera Mari quien trabaja para dos hospitales psiquiátricos del sector salud]. El personal que labora en los turnos matutino y vespertino suele ser el más afectado, ya que de noche la mayoría de los pacientes duerme, es importante que se sepa que el daño, (por los efectos del cigarro), al personal no va incluido en enfermedades profesionales, tampoco se recibe pago por riesgo laboral.

Mediante un comunicado que hizo girar el día 7 de marzo del 2008, la Subsecretaría de Administración y Finanzas a la Secretaría de Salud, se dio a conocer a todos Subsecretarios, Jefes de unidad, Directores y Coordinadores Administrativos que queda estrictamente prohibido fumar en cualquier espacio cerrado, incluyendo oficinas gubernamentales (baños, áreas verdes, estacionamientos, azoteas) es decir, no existirá espacio alguno en las instalaciones para fumadores. Por tal motivo quedarán denominados todos los inmuebles de la Secretaría de Salud como: **Edificios Libres de Humo de Tabaco** de lo contrario serán acreedores a multas a partir del 1 de septiembre del 2008. Dicha acción será supervisada por la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), con el apoyo de la Comisión de Seguridad e Higiene y de Protección Civil.

El fumar cerca de otras personas es un acto agresivo, pues se impone un tóxico a los demás; la emisión de humo del tabaco en el ambiente es una ofensa inaparente para el fumador, pero perceptible y evidente para quienes no fuman, al afectar su derecho a respirar aire libre de contaminantes.

Sería interesante saber las estadísticas de cuántos cuadros de padecimientos respiratorios sufre al año este personal y que las autoridades estén concientes que la aplicación gratuita y anual de vacunas contra la gripa no son suficientes, pues no previenen daños causados por el tabaco. Afortunadamente en psiquiatría infantil no

existe tal problemática, pues aunque los pacientes fumen, no se les permite por ser menores de edad.

Hasta aquí se dieron a conocer sólo los daños más frecuentes que se deben prevenir y de existir, tienen que ser debida y oportunamente tratados.

El personal en estudio forma parte importante de las estadísticas registradas anualmente, en cuanto a demanda de atención que solicitan los pacientes, en ellas se plasma de manera objetiva el trabajo que han venido realizando estas trabajadoras. A continuación se presentan las cifras.

El HPI durante el año 2005, registró haber atendido en la consulta externa, 3,375 casos; en 2006, 3,867; y en 2007, 3,813. En hospitalización reportó 1,058 internamientos durante el 2005; 898 en 2006, según estadísticas de morbilidad, proporcionadas por epidemiología; los quince principales diagnósticos en orden de prevalencia son: retraso mental profundo, trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo, alteración en el comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias psicotrópicas, a lesión o disfunción cerebral, del humor persistente, específicos de la personalidad, esquizofrenia, hipercinéticos, debido al consumo de solventes volátiles, disóciales, retraso mental leve, debido al consumo de cocaína, reacciones a estrés grave y otros⁸.

Para el 2007 fueron atendidos en hospitalización 844 niños y adolescentes, de los cuales los diagnósticos principales fueron los episodios depresivos y recurrentes con 166 casos⁸, la disminución se debe, a que hay pacientes que están siendo atendidos en otras instituciones por haber cumplido la mayoría de edad. Las cifras nos muestran un panorama general de la situación que atraviesa la niñez mexicana y que los diagnósticos registrados lo hacen de manera específica, estremeciendo sin duda a cualquier profesionista y padre de familia.

Todos estos pacientes fueron atendidos la mayor parte del día por el personal de enfermería, por lo que es preciso saber de qué manera impacta esta actividad profesional, en la salud física y mental de estas trabajadoras.

2. Marco de referencia

En México el personal de enfermería presenta extrema heterogeneidad, que a la vez se diferencia entre estados, municipios, zonas urbanas, rurales y entre instituciones del sector salud. Se prevé que para el año 2010 exista mayor emigración de enfermeras a los EE.UU., pues el 50% de sus profesionistas estará fuera del mercado laboral por envejecimiento.⁵⁹

Al respecto el Dr. Hiroshi Nakajima en 1992, reconoce que “mientras la sociedad no valore en su justa medida la tarea asistencial y el trabajo de la mujer, ni se remuneren ambos en consecuencia, todo cuanto se haga por atraer aspirantes y retener el personal será inútil, las mujeres mejor instruidas y motivadas serán atraídas por las carreras que confieren mayor prestigio y que ofrecen mayor remuneración y condiciones de trabajo”.⁵⁹

Esta claro que el desarrollo de la enfermería como profesión está ligado a los cambios de rol de las mujeres en cada sociedad. Es previsible que en las sociedades donde la mujer logre mayores avances académicos, económicos y políticos, tendrá mayores posibilidades de desarrollo si los sistemas de salud así lo permiten.

2.1 Condiciones salariales y laborales

En la mayoría de los países las condiciones de trabajo son deficientes, expresadas en bajos salarios, sobrecarga laboral por exceso de pacientes, turnos de trabajo prolongados, ambientes laborales poco adecuados, áreas físicas deficientes, falta de dotación de equipo y suministros básicos para el cuidado de enfermería y pocos o inexistentes espacios de participación de enfermería en la toma de decisiones.⁵⁹

En México las diferencias salariales varían entre instituciones del sector público y privado. No existe una retribución diferenciada entre el licenciado en enfermería y el técnico, con mucha frecuencia enfermeras profesionales tienen sueldos de auxiliares de enfermería, además hay enfermeras profesionales que son

el resultado de negociaciones sindicales y políticas de ajuste escalafonario que privilegian la antigüedad laboral y no la formación profesional.

Durante el segundo semestre del 2006, se retabuló al personal de enfermería que pudo comprobar con documentos oficiales su licenciatura, esto sólo sucedió con el personal que labora en dependencias de la Secretaría de Salud, no así para el personal del ISSSTE e IMSS.

México enfrenta una etapa difícil, pues no hay cargos que representen al gremio a nivel legislativo, ni una estructura de enfermería a nivel nacional que se encargue de abogar ante la promulgación de leyes en la Cámara de Diputados, con la finalidad de mejorar condiciones laborales, por ejemplo: que se reduzca en el personal del área de la salud mental la edad cronológica y años de servicio, para poder tener derecho a una jubilación temprana y poder gozar de una vejez digna, principalmente por el riesgo que se corre de ser violentada por los pacientes, pues a mayor edad las consecuencias de una agresión pudieran ser fatales para el agredido.

El personal de enfermería sólo cuenta con una posición de asesoría a nivel de la Secretaría de Salud.⁶⁰

Estas profesionistas al igual que todos los que laboran en el área de la salud se enfrentan a diario con la enfermedad, el dolor y la muerte, situaciones que demandan en ellas un esfuerzo emocional e intelectual y en ocasiones un particular estilo de vida, siempre disponible para los demás.

Muchas de las veces acaban estresadas e insatisfechas, todo ello repercute en la profesión, en el sistema de salud y finalmente en la sociedad. Las más vulnerables o sometidas a condiciones más duras, pueden acabar psicológicamente inhabilitadas para el ejercicio profesional.⁶¹

2.2 Formación de personal psiquiatra en México.⁶²

Los problemas de salud mental en México, al igual que en muchos otros países del mundo, no han sido objeto de atención prioritaria y se han relegado a un segundo término; las razones que explican esta situación son entre otras, que la dimensión y perfil de estos trastornos no son valorados aún en su justa dimensión y características, y aún ahora es difícil encontrar estadísticas confiables sobre su epidemiología e impacto en el bienestar de la población.

Los hospitales que hay, son insuficientes, su distribución es inadecuada y de difícil acceso. El personal capacitado no cubre los requerimientos de la sociedad y se carece de recursos económicos para poder brindar el servicio adecuado.

La enseñanza de la psiquiatría en México es relativamente reciente, aunque como rama de la medicina la psiquiatría ha existido en el mundo desde hace 150 años. Las primeras residencias hospitalarias en el Manicomio de la Castañeda se iniciaron en 1948, y desde 1954 fueron dotadas de programas de enseñanza más formales.

En 1951, la entonces Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), estableció un curso de dos años de duración, posteriormente ampliado a tres años para el adiestramiento clínico en psiquiatría.

En 1971, la UNAM abrió el curso de especialización en las áreas de psicoterapia médica, psiquiatría social y psiquiatría infantil y de la adolescencia y desde 1992 cuenta con programas de maestría y doctorado.

En 1973 se fundó el Consejo Mexicano de Psiquiatría (CMP), constituido por los representantes de las principales sociedades existentes de la Academia Nacional de Medicina y profesores de los cursos de especialización de las universidades de Guadalajara, San Luis Potosí y Nuevo León; su función ha sido la de certificar a quienes tuvieron un adiestramiento adecuado. El CMP cuenta con un total de mil 108 especialistas certificados, de los cuales poco más de 70 son psiquiatras infantiles.

Durante la primera mitad de la década de los setenta ocurrieron dos eventos de importancia para el desarrollo de la psiquiatría infantil institucional en México: la organización del curso de postgrado de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en el

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, y la fundación de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

El curso de enfermería psiquiátrica en México se empezó a impartir en el año de 1966, con sede en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM; estos cursos consistían en asignaturas fundamentales que permitieron a las enfermeras desempeñar un papel de colaboradoras en el Plan de Higiene Mental. Este curso se estructuró respondiendo a las necesidades de proporcionar cuidados técnicos con una base científica a los pacientes con trastornos mentales albergados en las instituciones psiquiátricas, como lo era el antiguo manicomio de La Castañeda.⁶³

El curso de postgrado ha funcionado de forma continua desde 1972 y lo han tomado la mayoría de los médicos que cuentan con especialización en esta área. La Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil agrupa a prácticamente todos los especialistas adiestrados en la especialidad y ha mantenido, desde su fundación, actividades al servicio de la educación continua del psiquiatra infantil y de especialistas en otras disciplinas afines.⁶⁴

En 1979 se creó el Instituto Mexicano de Psiquiatría con las siguientes funciones: Llevar a cabo investigaciones científicas en el área de la psiquiatría y la salud mental, capacitar a personal profesional en todos los niveles, proveer asesoría técnica a otras instituciones.⁶⁴

En la Escuela de Enfermería del Instituto Politécnico Nacional (IPN) se preparan enfermeras en psiquiatría, con tendencia más a la docencia que a la asistencia. En la actualidad, la carrera básica de enfermería, en su programa de enseñanza, no contempla la asignatura de patología psiquiátrica y cuidados de enfermería, por lo que se han creado cursos posttécnicos de enfermería psiquiátrica en el Distrito Federal⁶²

Los cursos son impartidos en diversas Instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital Español, Instituto Nacional de Nutrición, Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"; Secretaría de la Defensa Nacional, a través de la Dirección General de Sanidad

Militar y su Escuela de Graduados, así como en Guanajuato, Sonora, Zacatecas y Oaxaca entre otros.⁶⁵

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” ha capacitado a 896 enfermeras psiquiatras y el Instituto Nacional de Psiquiatría a 91. También el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” ha contribuido a la fecha a la educación continua del personal de salud mental, con 28 cursos relevantes en los ámbitos de educación, tratamiento e investigación de los trastornos del desarrollo infantil.⁶⁵

En la actualidad la Secretaría de Salud mantiene en operación más de 80 módulos de salud mental integrados a centros de salud, los cuales en su mayoría disponen de psicólogo clínico, en otros se tienen trabajadoras sociales y enfermeras. En una tercera parte se dispone de médico psiquiatra y de equipo de salud mental.⁶⁶

La Secretaría de Educación Pública ha hecho una labor importante en materia de tratamiento y rehabilitación de niños con trastornos en el desarrollo, a través de la Dirección de Educación Especial. En la actualidad, en el Distrito Federal existen 28 Centros de Atención Múltiple (CAM), en 15 Delegaciones Políticas, mismos que atienden alumnos con algún tipo de discapacidad, abarcando desde la educación inicial, a partir de los 45 días de nacidos, hasta la capacitación laboral a los 17 años.¹⁷

Los centros de salud con Módulo de Salud Mental deben contar con los elementos y equipo necesario para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier enfermedad mental o en su caso para la referencia de usuarios, así como para realizar actividades de fomento y promoción de la salud mental. El equipo de profesionales que lo atienden incluye un médico psiquiatra, psicólogo, trabajador social y una enfermera.¹⁷

2.3 Estudios epidemiológicos

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención.

En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representan 20%. Estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales.¹⁷

El impacto de la depresión sobre los AVAD representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones autoinflingidas con 16%, enfermedad de Alzheimer y demencias con 13%, la dependencia al alcohol representa 12%, la epilepsia con 9%, psicosis con 7%, farmacodependencia y estrés postraumático con 5% cada uno y 16% corresponde a otros padecimientos.¹⁷

En 1990, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.⁶⁷

En México hay 33 470 538 de niñas y niños, de los cuales más de 10 millones son menores de cinco años y casi 23 millones se encuentran entre los 5 y 14 años; en la región centro-sur del país la concentración de menores es de más de un millón de niños por estado; en la zona norte en menos de un millón de niños por estado y disminuye en la zona del caribe con menos de 500 mil niños por estado. Estudios en México reportan alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en

niños, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral.¹⁷

Los datos epidemiológicos nacionales recientes, que ha reportado la Secretaría de Salud sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, indican una alta prevalencia en trastornos hipercinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica y retraso mental. Se observa también un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol, y una mayor incidencia en depresión, intentos suicidas y violencia.¹⁷

El área de la investigación psicosocial del INP, ha desarrollado diversas e importantes líneas de investigación en el país en problemáticas específicas como la violencia intrafamiliar y social, los niños y niñas que viven en la calle y otros grupos marginales; también sobre el papel de la familia y la sociedad como factores de riesgo, protección de trastornos mentales, así como de proveedores de cuidados de salud mental y estudios sobre problemas emocionales en diversas etapas de la vida, como la adolescencia o la tercera edad, entre otros.⁶⁷ A la fecha, se han realizado 534 investigaciones epidemiológicas y psicosociales por parte de esa institución.¹⁷ En ninguna de ellas ha participado el personal de enfermería, a finales del 2007, les fue proporcionada la escala de Maslach, para medir síndrome de Burnout, en general a todas las áreas laborales. Aún en espera de resultados.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", a través de su programa en psiquiatría infantil, ha aportado 90 tesis de titulación para tener el grado académico y 16 proyectos generales en el campo de la investigación en salud mental.⁶⁸

2.4 Los hospitales psiquiátricos en México ¹⁷

Desde la época prehispánica, con los aztecas, floreció el quehacer terapéutico en pro de la salud mental. Más tarde en la época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los dementes, que mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. El primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue el de San Hipólito, fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera; posteriormente, en 1698 José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado.

En 1794 se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén y en 1860 se establecieron en esa ciudad dos asilos, uno para hombres y otro para mujeres; mientras en Monterrey, en el mismo año se fundó el Hospital Civil, dentro del cual se dedicó a los enfermos mentales una sección.

En 1898 se estableció el Manicomio Estatal en Orizaba, Veracruz y en 1906 el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en Mérida, Yucatán.

En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas entre ellas el sanatorio del Doctor Rafael Lavista en Tlalpan en 1898 y los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes en 1905 inauguraron la Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, en Zapopan, Jalisco, que sigue funcionando y en junio de 1910 abrió sus puertas el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla...

En 1910 el entonces presidente de la República Mexicana Porfirio Díaz inaugura en terrenos de la Hacienda "La Castañeda", en Mixcoac, en la Ciudad de México, el Manicomio General, que durante décadas prestó atención a los asilados; el tratamiento que se dio a enfermos mentales fue semejante al que se prestaba en otros países, ya que también se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable, del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono.

En la década de los años veinte se fundó el pabellón de niños en ese hospital. A partir de 1930 otros sanatorios privados como el del Doctor Samuel Ramírez Moreno, que cerró sus puertas en 1961 y el Sanatorio Floresta, del Doctor Alfonso Millán intentaron subsanar en cierto grado la deficiente atención de los enfermos mentales que otorgaba el Estado.

De 1940 a 1950 se crearon hospitales del sector público relacionados con la medicina institucional y de seguridad, que generaron los primeros esquemas institucionales de atención a los problemas de salud mental en México y de práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud; en este sentido, en 1942 se creó el servicio de psiquiatría del Hospital Español en la Ciudad de México con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos; todo esto con participación en la enseñanza universitaria, en el seno de un hospital general de 400 camas con adecuadas instalaciones y todas las especialidades.

En 1949 se inauguró la Clínica San Rafael, en Tlalpan y es hasta nuestros días uno de los centros privados más importantes del área metropolitana en lo que se refiere a la atención psiquiátrica privada. En 1952 se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud. En 1964, abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde su inicio contó con un espacio con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría con buen funcionamiento y aceptación, hasta que entre 1970 y 1971 por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron.

En el período administrativo que abarca los años de 1964 a 1970, se reestructura la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina Dirección de Salud Mental, correspondiéndole como tarea sustantiva de su gestión coordinar el plan de acción conocido como "Operación Castañeda"; éste consistió en una reforma de la atención hospitalaria especializada bajo la dependencia de la SSA, por medio de la cual se cierra el manicomio de "La Castañeda" y se crean seis recintos hospitalarios especializados que tuvieron como principal objetivo mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de

nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que les permitiera desarrollar, a través de actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, diversas alternativas para su reintegración social.

En esa operación se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", donde se separan adultos y niños fue construido en Tlalpan en un edificio horizontal, siendo el primero en inaugurarse, ya que los niños desnutridos y abandonados del manicomio general eran, sin duda, una prioridad. Su primer director fue el Dr. Jorge Velasco Alzaga, distinguido paidopsiquiatra con grandes conocimientos en salud pública.



Entrada principal, en la fachada se muestra como en un principio se ocultó la especialidad del hospital, con la finalidad de proteger la integridad de sus usuarios.

Este hospital fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral. En su inicio tenía una capacidad de 220 camas.

También se definió un esquema de atención hospitalario especializado en esta materia, al interrelacionar a las distintas unidades creadas, con grupos de problemas y poblaciones específicas. El proceso fue culminado en 1968 y en conjunto las seis unidades dispusieron de 3,030 camas.

Durante el periodo de 1970 a 1976, la SSA mantuvo la Dirección de Salud Mental, la cual tuvo atribuciones de planeación y programación, así como de operación de servicios, dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud. Asimismo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de Salud.

Durante la administración 1976-1982, dos áreas complementarias fueron objeto de particular impulso: la formación de recursos humanos especializados y la investigación científica en la materia, gestándose a partir de entonces la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1979, antes Centro Mexicano de Estudios en Fármaco dependencia (CEMEF); en éste se dio especial énfasis en la atención a las adicciones, cada vez con más presencia, por lo cual se fortalecieron los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en ese año y se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, el 8 de Julio de 1986.

El entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INP), desarrolló modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados; uno de estos programas se puso en operación de 1980 a 1982 en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" e incluyó tratamiento intrahospitalario, participación de la familia y seguimiento extrahospitalario.

En 1996 se inauguró en Ayala, Morelos, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública, para pacientes internos con diagnóstico de enfermedad mental que cumplen una condena.

En el informe de rendición de cuentas de la administración 2000-2006 en materia de servicios de atención psiquiátrica, también se menciona el promedio de antigüedad de los inmuebles para la atención a la salud mental, que es de 35 años. Aclaran que de los 28 hospitales psiquiátricos, sólo cinco de ellos se encuentran en buenas condiciones, 18 están en un nivel medio de condición y cinco presentan un deterioro severo. El término “buenas condiciones” se refiere a aquellas unidades hospitalarias psiquiátricas que cuentan con suficiencia, tanto de recursos humanos, financieros y materiales.⁶⁹

La distribución de hospitales, profesionistas de la salud y servicios en general se encuentran concentrados principalmente en el Distrito Federal o en estados como Jalisco y Nuevo León, lo que da como resultado una falta de equidad en la distribución de los servicios especializados.¹⁷

En las zonas rurales la situación empeora puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas; una visita al psiquiatra, por ejemplo al Distrito Federal representa un día de viaje a un costo elevado, situación común entre los pacientes que demandan atención en el HPI y el Instituto Nacional de Psiquiatría. En el nivel local, los curanderos tradicionales y otros agentes informales son consultados, por la creencia de la gente que argumenta que sus padecimientos son producto de sucesos paranormales.

En el caso de la atención psiquiátrica infantil el problema es aún más serio, ya que sólo existe en la República Mexicana un hospital psiquiátrico, que atiende a este tipo de población y que se encuentra ubicado en la Ciudad de México. Aunado a esto, “el número de paidopsiquiatras (psiquiatras especialistas en menores de 18 años) es de 200 en todo el país”, número que resulta insuficiente para atender a los niños y adolescentes que presentan algún trastorno psiquiátrico en su desarrollo, tomando en cuenta que en México existen poco más de 33 millones de niños, todos ellos susceptibles de presentar algún padecimiento mental.⁶⁸ Recordemos que las causas pueden ser multifactoriales, afectando a cualquier edad de la niñez, sin distinción de estrato social ni sexo.

En cuanto a recursos financieros, el bajo presupuesto se refleja directamente en el nivel de calidad de los servicios. "Razón suficiente para decir que la atención a la salud mental constituye quizá el área de mayor rezago del sistema de salud en nuestro país".⁶⁸

La historia de la psiquiatría institucional en México tiene un capítulo dedicado a la psiquiatría infantil. A principios de este siglo, un grupo de psiquiatras promovió el proceso que condujo a la construcción del Pabellón de Niños del Manicomio General. En los años cuarenta, psiquiatras españoles exiliados en México escribieron los primeros libros de texto relacionados con la psiquiatría infantil. Poco después, en la revista del Hospital Infantil de México, aparecieron los primeros artículos de esta especialidad.⁶⁹

Desde finales de la década de los treinta y durante los cuarenta, surgieron los primeros servicios especializados en psiquiatría infantil; la Clínica de Conducta y la de Higiene Mental del Centro Materno-Infantil "General Maximino Ávila Camacho". Siguió los servicios especializados del Hospital Infantil de México, Hospital Infantil del Centro Médico del IMSS y Hospital Infantil del IMAN.⁶⁹

Los hospitales psiquiátricos sufrieron diversas transformaciones en la calidad de atención brindada, bajo la supervisión y asesoría del personal adscrito a los Servicios de Salud Mental (SERSAME). Se debe destacar la creación del Hospital Psiquiátrico "El Batam" en la Ciudad de Puebla, tres unidades médicas de alta especialidad para la atención de los trastornos mentales infantiles, adicciones y pacientes de la tercera edad.⁶⁹

En lo que respecta al ejercicio real de los derechos humanos, los tres programas específicos: esquizofrenia, trastornos demenciales y parkinson, propusieron estrategias únicas y directas para desestigmatizar estos trastornos, favorecer su incorporación a la comunidad y brindarles un trato con acertado sentido humano.⁶⁹

Otro de los objetivos del Programa de Acción en Salud Mental, se deriva de la necesidad de aumentar equidad e igualdad de oportunidades, atención a niños y adolescentes; se crearon programas para Trastorno por Déficit de Atención, Psicopatología del Niño y Adolescente; desarrollando estrategias clave para la atención de los menores con afecciones mentales, incrementándose el número de consultas de primera vez y subsecuentes en las unidades médicas psiquiátricas del área metropolitana, aunado a actividades preventivas para la conservación de la salud mental.⁶⁹

Un claro ejemplo de cómo ha ido aumentando la atención en esta área, son los 895 niños con trastornos hipercinéticos que atendió por consulta externa el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" durante el año 2005, 1,115 en el 2006 y 1,139 durante el 2007; además proporciona servicios de prevención y atención primaria a la salud mental, atención ambulatoria (consulta externa especializada), hospitalización de pacientes psiquiátricos de 6 a 18 años de edad con trastornos agudos y crónicos, actividades de rehabilitación, formación de recursos humanos e investigación.⁸

Estudios en México reportan cerca del 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos infantiles, lo que indica que 5 millones de niñas y niños sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad requiere de una atención especializada e integral.⁶⁵

En cuanto a recursos financieros, del gasto total en salud pública para atender 97 483 000 habitantes, que incluye a todas las instituciones del Sector Salud y que asciende a 117 mil 758 millones de pesos, se destina un gasto aproximado de sólo mil millones para la salud mental, lo que equivale al 0.85%, cifra que es insuficiente de acuerdo a estándares internacionales; la recomendación de la OMS es que se destine un 10% del presupuesto total de salud a la salud mental. El bajo presupuesto se refleja directamente en el nivel de calidad de los servicios y se desconoce cuál es el impacto económico que las enfermedades mentales le generan al país.⁶⁵

Resulta obvio pensar que para el cumplimiento de estas expectativas a futuro, será indispensable la participación profesional del personal de enfermería, por lo tanto, no podemos perder de vista que, además de formar parte del grupo de salud, estas trabajadoras son seres humanos que no están inmunes a padecimientos mentales, pues laboran en un área considerada de alto riesgo para adquirir factores que predisponen al deterioro de su propia salud mental.

El personal de enfermería del hospital “Dr. Juan N. Navarro” no ha sido contemplado en su totalidad, para estudios de investigación formal, únicamente han participado algunas de ellas en encuestas aplicadas al personal en general, sobre calidad de atención y la más reciente sobre síndrome de burnout, cuyos resultados fueron parte de una estadística interna sin ser publicados. A nivel nacional no se encontraron estudios realizados en enfermeras psiquiátricas infantiles.

3. Metodología

El primer contacto con el hospital fue en diciembre del 2006, cuando el compañero enfermero Carlos Flores quien también labora en este lugar, y a petición mía, hizo el favor de presentarme con las principales autoridades a quien debía dirigirme una vez terminado el proyecto en mente. En este caso el acercamiento fue directamente con la jefatura de enfermería, a cargo de la Lic. Imelda Zacarías quien amablemente me recibió, contestando a mis dudas en general; en esa misma ocasión se me dio la oportunidad de entablar comunicación con la Dra. María Elena Márquez Caraveo, directora de la división de Investigación.

Se dio un recorrido muy superficial por todas las áreas; conociendo profesionistas diversos, todos ellos del área de la salud, personal a cargo de la biblioteca, del departamento de epidemiología, y algunas enfermeras de distintos servicios. Esta fue la manera como inicio la relación que habría de familiarizarme con el campo en estudio.

En el mes de febrero del 2007, se solicita información al área de investigación sobre los requisitos para poder presentar el proyecto e iniciar trámites de aceptación; esta vez me atendió la psicóloga Verónica, quien forma parte del Comité de Ética; me hizo entrega de un tríptico con información suficiente y formato que indica puntos a incluir en la presentación del proyecto, se aclararon dudas para la inscripción del mismo.

De ahí en adelante se dieron varias visitas, hasta conseguir la fecha para presentarlo ante los representantes de los distintos comités. Ellos me entrevistaron en abril, acompañada de mi asesor. El proyecto fue plasmado para el conocimiento de los asistentes en un breve resumen mediante diapositivas en power point, recibiendo toda clase de sugerencias por escrito en días posteriores. Se modificó según las sugerencias; la versión final quedó lista a principios de junio, fecha en que dieron luz verde para entrevistar y aplicar encuestas sólo a enfermeras.

Habiendo obtenido el permiso correspondiente por parte de las autoridades del hospital y con previa autorización mediante la firma de consentimiento informado para cada una de las participantes, se solicitó una entrevista con la jefa de enfermeras la señorita Zacarías, el Comité la designó como informante clave y asesora clínica; con lista en mano se confirmó el universo constituido por 80 trabajadoras.

Se llevó a cabo el recorrido formal en el turno matutino por todas las áreas, se hizo la presentación con las supervisoras y jefas de servicio para que se enteraran de cuál era el motivo de mi estancia durante algunas semanas en todos los turnos, a su vez las jefas me presentaron al turno siguiente y así sucesivamente. Se acordó que los instrumentos serían aplicados dentro de su horario laboral, en un momento libre, sin interferir en sus actividades, y en el lugar elegido por cada una; pero dentro de su servicio. Fueron aplicadas de manera personal 71 encuestas durante la jornada laboral en el área de enfermería.

El tiempo que invirtieron en la contestación fue de 20 minutos aproximadamente, se aclararon dudas de manera oportuna, revisando que lo entregaran totalmente contestado. La información fue recolectada por área y turno, de no hacerlo por falta de tiempo, se regresó al día siguiente. En un principio se intentaron dejar las encuestas del turno nocturno, pero nadie contestó; así que se tuvo que acudir de noche concluyendo en algunas veladas hasta las dos o tres de la madrugada, los fines de semana el horario de aplicación fue de diez de la mañana a cinco de la tarde, con tal de no perder participantes, se les dio el tiempo necesario, hasta que se desocuparan.

La fase de recolección de la información se cumplió tal como se había planeado en el cronograma del proyecto; durante la última semana de junio y las tres primeras de julio en el 2007. Ellas solicitaron que se hiciera todo lo posible para conocer a su debido tiempo los resultados.

Las visitas a cada uno de los servicios tuvieron también la finalidad de poder observar los procesos de trabajo de las enfermeras en cada uno de ellos y poder contestar las preguntas: qué se hace, para qué, cómo, cuándo, con qué y quiénes lo hacen, además valorar las condiciones y características del ambiente laboral en cada turno.

Se obtuvo una panorámica general de lo que sucede, después de haber concluido el llenado de encuestas, se entrevistó por lo menos a 15 enfermeras de los distintos servicios y turnos, ellas tomaron conciencia al reflexionar sobre los riesgos y exigencias a los que se exponen en el trato diario con sus pacientes, dicha información cualitativa se plasma en pequeños párrafos incluidos a lo largo de todo el documento y de manera textual, por seguridad los nombres fueron cambiados.

3.1 Posibles limitaciones metodológicas

El HPI se encuentra viviendo una etapa de crisis ante la reubicación de sus instalaciones y los rumores de una reducción de personal de todas las áreas laborales, situación que tiene al departamento de enfermería: apático, desconfiado, se sienten defraudados, traicionados por su sindicato, tristes por la situación, con temor al despido injustificado y sin el apoyo de las autoridades de la Secretaría de Salud.

Para estudiar a las enfermeras, la situación fue complicada, se invirtieron seis meses realizando trámites requeridos por el hospital para obtener la autorización, al ser otorgado el consentimiento, la labor de convencimiento fue ardua, pues el personal se negaba a participar por temor a ser perjudicadas, argumentando: exceso de trabajo, pereza para leer la encuesta, temor a las represalias, dar a conocer su estado de salud actual, ser juzgadas por sus superiores, ser removidas de sus puestos, despedidas u obligadas a solicitar pensión.

3.2 Tipo de estudio y diseño

La investigación, de corte epidemiológico, es diagnóstica, observacional, transversal, y correlacional.

Se dice que es diagnóstica porque a través de esta investigación se pudo obtener la prevalencia con que se presentan los trastornos psíquicos, psicosomáticos músculo-esqueléticos y el síndrome de burnout en el personal femenino de enfermería, de todos los turnos laborales (sólo como diagnósticos presuntivos).

Es observacional, no puede haber control de las variables, se pudo visualizar de qué manera están organizadas las enfermeras en cada servicio y cuáles son las actividades que llevan a cabo en cada turno, así como la relación con los pacientes y sus condiciones laborales.

Es un estudio transversal, cuya recolección de información, por medio de encuestas individuales, se llevó a cabo en junio y julio del 2007. Por último correlacional, porque establece las asociaciones entre las condiciones de trabajo y las condiciones de salud.

3.3 Universo o población

Para el estudio se consideró a toda la población femenina de enfermería (N=96), pero debido a los criterios de exclusión (sólo se estudiarían enfermeras de base, laborando de manera operativa, es decir, realizando actividades propias de la profesión, directamente con pacientes que solicitan ser atendidos, ya sea en consulta externa u hospitalización) la población se redujo a 80, con una no respuesta de 11.2%, es decir, a nueve de ellas no se les logró convencer, negándose incluso a regresar las hojas del cuestionario, quedando un total de 71 enfermeras para la investigación. Algunas trabajadoras que sobrepasan los 60 años trataron de omitir información por escrito en cuanto a los daños a su salud, sin embargo verbalmente contestaron con veracidad, mencionando en todo momento temor a ser cuestionadas y perjudicadas; textualmente comentan *“es que si anoto todo, van a querer que ya me jubile y yo todavía puedo trabajar, que hago en mi casa, ahí viven mis hijos pero ya son casados” dice Lupita.*

La enfermeras participantes laboran en los seis diferentes turnos: matutino, vespertino, nocturno A, B y C, especial diurno; se incluyen puestos de supervisión y jefatura sin importar nivel escolar. Existen quince enfermeras distribuidas en otro tipo de actividades, por ejemplo: en el área de investigación, en cursos, sindicato y las que están de vacaciones o de licencia médica, estas trabajadoras desde un inicio no se contemplaron.

Se excluyeron a los trabajadores masculinos, pues en este caso, sólo se encuentran laborando de manera oficial 19 hombres. Si se hubieran incluido se podría haber sesgado el resultado de la investigación.

3.4 Recolección de la información

En el caso de la información cualitativa, fue recolectada durante las entrevistas que se llevaron a cabo con 15 enfermeras, de distintas áreas y turnos, el tiempo fue variable con cada una de ellas, se contempló su disponibilidad al diálogo. Esta opción surge como una manera de ampliar las respuestas de su encuesta y ejemplificar sus vivencias. Asegurándoles en todo momento el anonimato.

Variables:

Independientes

Son todas aquellas que se incluyeron en los cuatro capítulos de la encuesta individual que fue aplicada: 1) Datos generales (edad), 2) Calidad de vida y trabajo doméstico (escolaridad, estado civil, presencia de hijos, hijos menores de cinco años, actividades domésticas, salario, otros ingresos, condiciones de vivienda, tiempo y medio de transporte, horas de sueño, actividades del tiempo libre), 3) Condiciones y valoración del trabajo (área, puesto, turno, antigüedad laboral en este y otros hospitales, satisfacción personal, ausentismo), 4) Exigencias (supervisión estricta, espacio físico reducido, tareas aburridas, trabajo peligroso, denigrante, esfuerzo físico pesado).

Dependientes

Se consideraron como variables dependientes, diez diagnósticos presuntivos, (trastornos músculo esqueléticos, lumbalgia, cefalea tensional incluyendo migraña,

trastornos del sueño, fatiga patológica, ansiedad, psicósomáticos digestivos, del aparato circulatorio, depresión, accidentes de trabajo) mismos que se agruparon en trastornos psíquicos, psicósomáticos y músculo-esqueléticos, además, derivado de la segunda encuesta, el síndrome de Burnout.

Instrumentos y materiales:

1. Encuesta Individual

Se aplicó la "Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores"¹¹, con la finalidad de recabar información sobre las condiciones actuales que cada una de ellas percibe en su entorno laboral y personal. Ya se mencionaron las variables independientes que incluye en forma de preguntas esta encuesta.

Se respetaron los aspectos éticos necesarios como las hojas de consentimiento informado, donde se aclaró que la información recabada sería utilizada con fines de investigación, asegurando el anonimato, (hoja que firmaron individualmente momentos antes de contestar la encuesta y de la cual se les otorgó una copia).

2. Maslach Burnout Inventory (versión española):⁵⁵

El instrumento consta de 22 reactivos (preguntas), que se evalúan, según la puntuación obtenida, que va de cero a seis, en cada pregunta, es decir de menos a más, esto mide principalmente la frecuencia con que se presenta cada afirmación (reactivo), por ejemplo: nunca, equivale a cero, pocas veces al año, le corresponde un punto, una vez al mes, le tocan dos; pocas veces al mes, equivale a tres, una vez a la semana, cuatro, pocas veces a la semana, cinco y todos los días seis. La suma de estos puntos, dan el nivel en que se encuentran en cada una de las tres dimensiones del trastorno, según sus respuestas; Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP), y Falta de Realización Personal en el trabajo (FRP).

Para medir agotamiento emocional, se suman los puntos obtenidos de las preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, se le clasifica en nivel bajo, si el resultado es

menor o igual a 16; medio, si está entre 17-26, y alto, si se encuentra mayor o igual a 27.

En el caso de la despersonalización, se suman las respuestas a las preguntas 5, 10, 11,15 y 22, le toca nivel bajo si el resultado es menor o igual a 6, medio, si va de 7-12 y alto, mayor o igual a 13.

Para sacar el nivel de falta de realización personal se suman puntos de las preguntas 4,7,9,12,17,18,19 y 21, se dio nivel bajo si la puntuación era mayor o igual a 39, medio, si se encuentra entre 32-38 y alto, si es menor o igual a 31.

Debe quedar claro, que sólo se dará el diagnóstico de burnout cuando las puntuaciones de AE y DP sean altas y las de FRP bajas, es decir, que las tres subescalas deben estar en un nivel alto.

Subescala	Bajo	Medio	Alto
DP	Menor o igual a 6	7-12	Mayor o igual a 13
AE	Menor o igual a 16	17-26	Mayor o igual a 27
FRP	Mayor o igual a 39	32-38	Menor o igual a 31

Ambos instrumentos están validados, ya han sido aplicados con éxito en otras investigaciones, y en este caso, no surgieron problemas para su contestación.

Captura:

La información se ordenó por número de encuesta para iniciar el vaciamiento, previa codificación de las preguntas y control de calidad. Se utilizó el paquete computacional para el análisis preliminar de la información como es el PROESSAT (Programa para la Evaluación y el Seguimiento de la Salud de los Trabajadores), que contiene instrumentos de recolección, captura, procesamiento y análisis de la información, con la finalidad de conocer la prevalencia de los padecimientos y sus

posibles asociaciones con las variables independientes. Este programa permite hacer cruces de todas las variables.

Se elaboró una base de datos en Excel, misma que se trasladó a JMP versión 4.0; un paquete para análisis estadístico, ambas herramientas permitieron estudiar los resultados obtenidos en cada una de las 22 preguntas del inventario de Maslach para Burnout, obteniendo los niveles de los tres aspectos que determinan la presencia del síndrome; agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en relación a las actividades realizadas en el trabajo.

El STALCALC permitió clasificar a la población dentro de una tabla tetracórica y obtener la razón de prevalencia, los límites de confianza y el valor de p, para ver si hay asociaciones entre las variables.

Con el procesamiento de la información se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas (proporciones, porcentajes, tasas de prevalencia, razones), ajustes de tasas, el perfil de exigencias laborales y el perfil patológico mental, así como algunas pruebas de significancia, como lo son: ji cuadrada, Mantel-Haenszel y exacta de Fisher) para corroborar si había asociación entre las variables.

Se mostró la distribución de los datos, por medio de frecuencias simples y porcentajes de las siguientes variables:

- * Demográficas: edad, escolaridad, estado civil, presencia de hijos, calidad de vida y trabajo doméstico.

- * Laborales: área, puesto, turno, tiempo de recorrido al trabajo, antigüedad, ausentismo y salario.

- * Valoración del trabajo: percepción de sus actividades asalariadas.

- * Se realizó un perfil general de las exigencias laborales a las que se exponen: supervisión, espacio reducido, lugar fijo, trabajo peligroso, denigrante y pesado. Tomando en cuenta los servicios que requieren un mayor número de enfermeras

laborando, como es el caso de las áreas de hospitalización: varones, mujeres, cuidados prolongados y adicciones.

* Del mismo modo se integró un perfil patológico general de las enfermeras, con base en este, se llevó a cabo uno más por servicio, donde se contemplaron los once principales diagnósticos (trastornos músculo-esqueléticos, lumbalgia, cefalea tensional, trastornos del sueño, fatiga patológica, ansiedad, psicósomáticos digestivos, del aparato circulatorio, depresión accidentes de trabajo y migraña), obteniendo frecuencias simples y tasas. Al final se agruparon en tres: trastornos músculo-esqueléticos, psíquicos y psicósomáticos.

* Se obtuvo la prevalencia del síndrome de Burnout (con sus resultados en las tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal; según su nivel bajo, medio y alto; se sumaron los resultados de los niveles medio y alto para obtener cifras más contundentes, con la finalidad de obtener frecuencias y porcentajes).

* Se realizó la asociación entre las tres subescalas de burnout y variables en estudio, de donde se obtuvo: razón de prevalencia, intervalo de confianza y valor de p.

* Al final se asociaron las exigencias y los trastornos agrupados, para obtener razones, intervalo de confianza y valor de p.

3.5 Análisis de factibilidad

La investigación fue factible económica y administrativamente y se contó con la autorización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", para llevar a cabo el trabajo de campo, durante el cual se pudo interactuar con el personal de

enfermería, y observar el proceso de trabajo que llevan a cabo en cada uno de los servicios, experimentando el contacto directo con los pacientes.

3.6 Plan de diseminación de los resultados

El día jueves 21 de agosto del 2008, a las 11:30 a.m., se presentó de manera general el contenido de la tesis y los resultados preliminares de la investigación, esto tuvo lugar en el Auditorio del HPI, ante unos 80 trabajadores, de las distintas categorías: médicos, enfermeras y administrativos, incluyendo a estudiantes de enfermería del curso de psiquiatría, todos ellos, interesados en conocer los resultados.

Así mismo, el jueves 16 de octubre del 2008, a las 8:30 a.m., se presentó el trabajo de tesis, incluyendo todos los resultados, conclusiones y recomendaciones, en el auditorio del Hospital Psiquiátrico "Dr. Héctor Tovar Acosta" u Hospital San Fernando del IMSS, al sur de la Ciudad de México; contando con la presencia de aproximadamente 200 personas, en su mayoría médicos, además psicólogos y enfermeras interesados en el tema.

Elaboración de tesis (Idónea comunicación de resultados). fecha límite, año 2008.

Entrega de por lo menos un ejemplar de la tesis, para la biblioteca del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Elaboración de un artículo, con opción a ser publicado en la revista CONAMED.

Elaboración de folleto o tríptico donde se den a conocer a cada una de las participantes los resultados de la investigación.

4. RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos apartados, el primero describe las características del hospital y el proceso de trabajo en estudio, el segundo, comprende el análisis estadístico de los datos.

Características del hospital y del personal en estudio.

La atención psiquiátrica hospitalaria en nuestro país, se remonta al siglo XIV con la fundación del Hospital de San Hipólito por las órdenes religiosas existentes en esa época. En el año de 1910 el gobierno del presidente Porfirio Díaz construye el Manicomio General de México conocido como "La Castañeda", albergando en sus pabellones a mujeres, hombres y niños sin que hubiese una diferenciación de sexo, edad o tipo de padecimiento. Al paso de los años se crea la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; se da inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños.⁷⁰

Como resultado de esto al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" que se funda el 24 de octubre de 1966.



Foto 1. Entrada principal, fachada actual. Antes nombrado Hospital de Desarrollo Infantil.

Se otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), sólo a menores de 18 años.



Foto 2. Puerta principal de acceso, área de consulta externa.

El hospital fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización. El área de hospitalización contó en un inicio con cuatro pabellones: Pabellón A: Que atendía a mujeres con padecimientos mentales crónicos. Pabellón B: Que atendía a varones con padecimientos psiquiátricos crónicos. Pabellón C: Que atendía a varones con trastornos mentales agudos. Pabellón D: Que atendía a mujeres con trastornos mentales agudos.



Foto 3. Actualmente: unidad de adolescentes varones (izquierda), área de medicina física (derecha).

El pabellón A cambió a Hospital de día y las pacientes con trastornos crónicos fueron trasladadas al pabellón D, junto con las pacientes con padecimientos agudos. Los pacientes crónicos del pabellón B fueron trasladados en su mayoría a un hospital tipo granja u orfanato.



Foto 4. Todos los pabellones se encuentran unidos por pasillos y amplios jardines.

En 1990 aproximadamente, separan a las adolescentes con trastornos mentales agudos, quedando en el pabellón D, conocido ahora como la unidad de adolescentes mujeres. Reúnen a las pacientes mujeres con padecimientos crónicos en lo que ahora se conoce como la unidad de cuidados prolongados. El pabellón C continúa atendiendo a varones con trastornos mentales agudos y a partir de la creación de PAIDEIA, en el año de 1994, se amplió su planta física para operar un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos provocados por el uso de sustancias adictivas, el cual opera hasta la fecha⁷¹, quedando la unidad de adolescentes varones y PAIDEIA separados físicamente en dos edificios distintos. La unidad de adolescentes varones funciona como tal a partir de 1992, para la atención de pacientes de sexo masculino menores de 18 años. En su inicio el hospital tenía una capacidad de 220 camas.



Foto 5. PAIDEIA: área de varones únicamente, para tratamiento y rehabilitación de adicciones.



Foto 6. A un costado de PAIDEIA se ubica el área de investigación y estudios de gabinete para pacientes.

El área consulta externa, en su inicio, no era especializada, sin embargo al pasar el tiempo se vio la necesidad de integrar siete clínicas para trastornos específicos (ansiedad, depresión, conducta alimenticia, autismo, déficit de atención, hiperactivos, víctimas de abuso sexual, retraso mental), con base en la población demandante de un alto grado de especialización.



Foto 7. Pacientes en espera, consultorios de consulta externa, atención de lunes a viernes, turnos matutino y vespertino.



Foto 8. Área de medicina física, rehabilitación de diversos padecimientos psiquiátricos y neurológicos.



Foto 9. Sesión de hidroterapia en hospital de día como método de relajación en niños autistas.



Foto 10. Tina de hidromasaje, para relajación, utilizada también en niños con déficit de la atención.

Desde su fundación, el hospital ha evolucionado en su modelo de atención para dar solución a los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y la adolescencia, con un modelo multidisciplinario tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo, dando como resultado una atención digna e integral a cada paciente, en función de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica NOM 025-SSA-1994.⁷¹

Actualmente el hospital cuenta con 120 camas y cinco áreas fundamentales; Hospitalización continua, parcial, consulta externa, enseñanza e investigación. Apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental.

Este hospital es el único en su género, y actualmente atiende a la población de niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos procedentes de todos los estados de la República. La cobertura que ofrece es muy extensa, según datos proporcionados por el departamento de epidemiología, durante el 2006 tiene registrados en la consulta externa 3,867 casos atendidos, y en hospitalización 898. Se prevé que dichos padecimientos seguirán manteniéndose muy altos al paso de los años. En el 2007 se mantuvieron las cifras, 3,813 casos atendidos en la consulta externa, y 844 hospitalizados, a pesar de que muchos de los pacientes, actualmente ya están siendo atendidos en el Fray Bernardino o en el Nacional de Psiquiatría por haber cumplido la mayoría de edad.

En el hospital, el personal de enfermería trabaja en los siguientes servicios:

1. Urgencias.

2. Consulta externa; clínicas de la adolescencia, desarrollo, emociones y conducta. Áreas de apoyo: rehabilitación, pediatría, neuropediatría, medicina preventiva y dental.

3. Hospitalización:

a) Unidad de niños y adolescentes, solo con problemas de adicción (Paideia).

b) Unidad de adolescentes varones (UAV).

c) Unidad de cuidados prolongados: pacientes mujeres adultas, con retraso mental, que fueron abandonadas por su familia desde hace varios años y que viven ahí de manera permanente (UCP).

d) Unidad de adolescentes mujeres, incluyendo problemas de adicción (UAM).

4. Terapia ambiental (hospital de día para niños autistas).

5. Área de investigación.

6. Jefatura de enfermería.

Los puestos de las enfermeras participantes en el estudio, se distribuyen de la siguiente manera: 14 auxiliares, 38 generales, 14 especialistas en psiquiatría y 5 licenciadas.

Se labora en tres turnos, para los cuales hay flexibilidad, según necesidades del personal, es decir pueden modificar horario de entrada adelantándose una hora, por consiguiente salen una hora antes: matutino de lunes a viernes de 6 a 14 o de 7 a 15 horas, con derecho a media hora para el desayuno; vespertino de 13 a 21 horas, con media hora para comer, y nocturno velada A, (guardias fijas lunes, miércoles y viernes) B (martes, jueves y sábado) y C (sábados, domingos y días festivos) en horarios de 19 a 6 ó de 20 a 7 de la mañana, les proporcionan colación; turno especial diurno (sábados y domingos de 7 a 19 o de 8 a 20 horas), con pausa

para desayuno y comida. En general ellas regulan las pausas en su proceso de trabajo, según número de pacientes a su cargo y tipos de cuidados indicados.

Todas ellas son trabajadoras de base y sindicalizadas, con las siguientes prestaciones de ley: tres periodos vacacionales de 10 días hábiles al año, 12 días económicos, se otorga un día por el 10 de mayo a las que tienen hijos, otro por el día de su cumpleaños, y uno más por el 6 de enero (día de la enfermera), todos éstos con goce de sueldo, reciben un pago simbólico por riesgo de trabajo quincenalmente, la antigüedad favorece a las trabajadoras en el código de salario que perciben. En el hospital se lleva a cabo un programa permanente de capacitación y actualización al personal de enfermería durante todo el año, al cual todas tienen acceso, las ponencias son impartidas por médicos y enfermeras.



Foto 11. Personal de enfermería reunido durante una sesión clínica, (capacitación continua de personal).

Los materiales e instrumentos de trabajo en general, incluyen esfigmomanómetro, estetoscopio, cinta métrica, termómetro, báscula, equipo de curación (antisépticos, soluciones intravenosas, vacunas, recipientes para recolección de excretas, guantes, gasas, torundas, jeringas, equipo para venoclisis, sondas, tela adhesiva), material para terapia lúdica (juegos de mesa, papel, colores, pegamento, pelotas) y papelería diversa, para registros de enfermería sobre acciones que se llevan a cabo durante cada turno y días de la semana.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN ENFERMERÍA

Se describe de manera general en qué consisten las actividades que llevan a cabo las enfermeras del Hospital Juan N. Navarro; para poder llevar un orden se empezará por las actividades generales de enfermería y después, dado que éstas dependen del horario, se analizarán según el turno.

Las actividades generales que llevan a cabo las enfermeras son:

1. Recepción de turno paciente por paciente, apoyándose en la hoja de registro de enfermería e indicaciones médicas de cada uno de ellos, dentro de central de enfermería. (Foto 12)



Foto 12. Enfermera durante la entrega de turno.

2. Asistencia durante los alimentos (vigilar que ingieran las dietas indicadas, por ejemplo; de consistencia blanda (papillas), alimentos bajos en calorías, para diabético, hiposódicas, ricas en fibra vegetariana o astringentes en caso de diarrea), toma de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura), somatometría (peso y talla). (Foto 13)



Foto 13. Enfermera en área designada para registro de signos vitales y somatometría.

3. Aplicación de vacunas y administración de medicamentos por diferentes vías, detectar en el paciente efectos secundarios de fármacos, control ginecológico, dermatológico (reportar brotes de enfermedades infectocontagiosas propias de la niñez por ejemplo: sarampión, varicela, rubéola), dar tratamiento a pacientes aislados por conductas disruptivas y agitación psicomotriz, control de líquidos, reeducación de hábitos alimenticios e higiénicos, curva térmica, instalación de venoclisis, lavados gástricos, vigilancia estrecha por riesgo de autolesión, o de agresión heterodirigida, riesgo de fuga y cambios de humor. (Foto 14).



Foto 14. Enfermera durante la preparación de medicamento para vía intramuscular.

4. En el área de cuidados prolongados, donde se atienden a las pacientes femeninas con retraso mental, se agregan otras actividades: el cuidado de colostomía (incisión en el intestino grueso para crear una abertura artificial o "estoma" a la parte exterior del abdomen, por donde drena el excremento), cambio continuo de ropa y pañal desechable, baño, higiene bucal, ingesta adecuada de alimentos para prevenir accidentes, terapia física e hidroterapia, en el turno nocturno además se ayuda a encamar a la paciente, colocar pijama y en algunas pacientes, sujeción gentil de cintura o colocación de barandales para evitar caídas. (Foto 15)



Foto 15. Equipo de enfermería al cuidado de mujeres adultas con retraso mental profundo (UCP), llenado de papelería mientras observan conductas de pacientes en área de recreación (patio).

5. Durante el turno matutino: La enfermera asiste para el baño diario, vestido, calzado, tendido de camas, toma de muestras para laboratorio, traslado de pacientes a estudios de laboratorio y/o gabinete, interconsulta a hospitales de especialidades, asistir en asamblea de pacientes (psicoterapia), participación durante la terapia ocupacional (computación, jardinería, expresión corporal, manualidades). (Foto 16)



Foto 16. Enfermero durante las primeras actividades del turno matutino.

Del mismo modo el personal vespertino se encarga de trasladar y permanecer con el paciente durante los talleres que se tengan programados, así como consultas al servicio dental y actividades lúdicas; fútbol, basquetbol y educación física. En general cada servicio maneja su cronograma de actividades, donde se incluyen horarios de terapia ocupacional, recreativa y el nombre de los talleres que se imparten, por ejemplo, se ilustra el que lleva a cabo el área de Paideia (varones con problemas de adicciones). (Véase cronograma en la siguiente página)

En la noche se encargan de vigilar ciclos conductuales de sueño, privación de éste, cuando se amerita para electroencefalograma, es decir, se mantiene al paciente despierto toda la noche; recolección de muestras; orina, excremento o hemáticas para laboratorio, colocación de venoclisis para vena permeable en caso de estudios de gabinete que así lo requieran, por ejemplo, cuando se va a utilizar medio de contraste.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES P.A.I.D.E. I.A.

HRS.	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
06:00 8:30	ENLACE DE TURNO, TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO PERSONAL Y ASEO DE DORMITORIOS						
8:30 9:00	VISITA MEDICA						
9:00 10:00	Regreso Permiso	D E S A Y U N O Terapéutico			Grupo de Padres T.S	D E S A Y U N O	
10:00 11:00	Gpo. de Psicología	VISITA FAMILIAR Y/O Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	VISITA FAMILIAR Y/O Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	
11:00 12:00	Taller de Jardinoría		Taller de Jardineria				Terapia Recreativa
12:00 13:00	Medicina Física	Charla de Orientación Medicina Física		Asamblea de Pacientes		Actividades al aire Libre	
13:00 14:00	I N G E S T A D E C O M I D A						
14:00 15:00	Terapia Ocupacional	R E C E P C I Ó N T U R N O V E S P E R T I N O Terapia Expresión Educación Ocupacional Corporal Física				Terapia Recreativa	
15:00 16:00	Educación Física	Taller de Cómputo	Taller de Cómputo	Juegos de Mesa	Áreas Verdes	C i n e	
16:00 17:00	T.V.	Área Verdes	Lavado de Ropa	Juegos de Mesa	Musical Recreativa CD'S	D e b a t e	
17:00 18:00	Taller de Computo	Juegos de Mesa	Ala-Teen	Lavado de Ropa	Cine Debate	Lavado de ropa	
18:00 19:00	I N G E S T A D E C E N A						
19:00 20:00	Aseo de burnes y T.V.		Educación Física	Aseo de Buroes y T.V		T. V.	
20:00 20:30	R E C E P C I Ó N T U R N O N O C T U R N O						

* Rol Sujeto a Cambios

Las actividades administrativas son básicamente llenado de hojas de registro, control de materiales, censos de pacientes, archivar restos del expediente, realizar cargos de medicamentos utilizados, para que le sean cobrados a los familiares al egreso de la hospitalización, solicitar dietas indicadas, material, equipo faltante y desperfectos. (Fotos 17y18)



Foto 17. Enfermera realizando actividades administrativas.



Foto 18. Enfermera revisando material y medicamentos faltantes, para solicitar a la farmacia.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO:

En este apartado se realiza el análisis derivado de la aplicación de la encuesta individual para la evaluación de la salud de las trabajadoras, y la escala de Maslach. El análisis se presenta de acuerdo a las variables en estudio: A) sociodemográficas, B) condiciones del trabajo, C) valoración del trabajo, D) exigencias laborales, E) perfil patológico general, perfil patológico agrupado y síndrome de burnout, F) perfil de exigencias y patológicos específicos, G) asociación entre exigencias y daños a la salud agrupados en trastornos.

A) Características sociodemográficas de la población en estudio.

Se trata de mujeres profesionistas cuyas edades se encuentran entre los 19 y 67 años, con una media de 43 y una desviación estándar de 10.4. El 52% de las enfermeras en estudio están clasificadas como adultas maduras, al contar con una edad cronológica por arriba de los 43 años, y de éstas, el 32% es mayor de 52.

Cuentan con un nivel medio de escolaridad, por lo tanto, el 66% contestó haber cursado estudios equivalentes a carrera técnica, siendo variable el número de años que cada una invirtió para capacitarse en el ramo. El 22% sólo cursó primaria y secundaria, estudios que no tienen relación en cuanto a la preparación, para el desempeño en el área de enfermería. Predominaron en un 72% las enfermeras que viven con su pareja, ya sea casadas o en unión libre, sobresaliendo que el 93% tiene hijos. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución de las principales variables sociodemográficas.

Edad	Frecuencia	%
19-34	15	21.1
35-42	19	26.8
43-51	14	19.7
52-67	23	32.4
Escolaridad		
Primaria	2	2.9
Secundaria	14	19.8
Carrera técnica	47	66.1
Universidad	8	11.2
Estado civil		
Soltera	13	18.3
Casada	39	55.0
Unión libre	12	16.9
Otro	7	9.8
Presencia de hijos		
Sí	66	93.0
No	5	7.0

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

B) Características del trabajo asalariado.

Como se observa en el cuadro 2, llama la atención que casi el 40% de las enfermeras desarrolla sus actividades durante la noche.

El 54% de las participantes se encuentra con nombramiento de enfermera general, lo que fija su percepción mensual. Sólo el 7%, es decir, las de nivel licenciatura, logran adquirir los sueldos más altos dentro del ramo, por lo tanto, quienes perciben los sueldos más bajos ocupan el 20% de la población en estudio. (Cuadro 2)

El 28% de las enfermeras desempeña sus actividades dentro del área de adolescentes mujeres (UAM). Cabe destacar que el personal de más alto rango ubicado en la jefatura (5.7%) y con trato directo con pacientes, no tuvo objeción alguna en contestar las encuestas.

La gran mayoría, equivalente al 79%, tarda más de media hora para trasladarse de su hogar al hospital.

En lo que respecta a la antigüedad laboral, los límites van de meses a cuarenta años, con una media de 17 y una desviación estándar de 10. Así mismo, el 90% de la población se caracteriza por llevar más de 8 años ejerciendo en este hospital, de éstas el 38% tiene más de 19, no necesariamente en el área de enfermería, característica que en la actualidad, por el tipo de contrataciones eventuales, no será posible conservar, es decir, muy pocas enfermeras, podrán acumular años laborales en un mismo empleo.

Las enfermeras que consideran estar gozando de un salario suficiente, constituyen el 59% del total de la población. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Principales condiciones laborales en el personal de enfermería.

Turno	Frecuencia	%
Matutino	21	29.6
Vespertino	12	17.0
Nocturno	28	39.4
Turno especial	10	14.0
Puesto		
Auxiliar	14	19.7
General	38	53.6
Especialista	14	19.7
Licenciada	5	7.0
Servicio		
Urgencias	7	9.9
Consulta externa	6	8.4
Paideia	10	14.1
UAV	12	16.9
UCP	12	16.9
UAM	20	28.1
Jefatura	4	5.7
Tiempo de recorrido al trabajo		
Menos de 30 min.	15	21.1
30-60 min.	32	45.1
Más de 60 min.	24	33.8
Antigüedad en el trabajo		
0-7 años	7	9.9
8-13	17	24.0
14-18	20	28.1
19-40	27	38.0
Salario suficiente		
Sí	42	59.1
No	29	40.9

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

C) Valoración del trabajo.

El 93% de las enfermeras valora su actividad laboral de manera positiva, respuesta que incluye una visión integral de todas las variables incorporadas. El 94% de ellas concuerda en tener un óptimo control sobre sus tareas, refiriéndose más que nada, a la libertad que tienen para poder programar los tiempos necesarios en actividades que deben realizar según el turno laboral, así como la implementación de terapias recreativas que hace más amena la jornada, sin salirse del objetivo principal de sus funciones.

Sin embargo, para la mitad de las encuestadas, no es la profesión que desearían para sus hijos en un futuro, por las exigencias a las que se exponen diariamente y porque les gustaría que estudiaran algo donde se les reconozca.

Reafirman este sentir, al contestar el 49.3% de ellas, sobre la insatisfacción que les produce trabajar en un sitio como éste, lleno de tantos problemas, argumentando que están pasando por una crisis ante la reubicación inminente del hospital y la incertidumbre que les produce que tal suceso ponga en riesgo la conservación de su plaza y a su vez su principal fuente de ingresos, pues se rumora que la plantilla de personal indispensable habrá de disminuir a la mitad, por lo tanto serán reinstaladas en otras instituciones o liquidadas conforme a la ley.

Éstas son, las principales causas que las tienen bajo constante estrés, repercutiendo de alguna manera en el deterioro de las relaciones interpersonales que se dan al interior del equipo de trabajo, coincidiendo entre ellas, en que pocas veces se les reconoce su labor y la mayoría opina que los créditos se los lleva el médico, incluyendo el reconocimiento del propio hospital. (Ver cuadro 3)

Cuadro 3. Índices de valoración del trabajo asalariado

	Frecuencia	%
Valoración en el trabajo		
Positivo	66	93.0
Negativo	5	7.0
Control sobre el trabajo		
Sí	67	94.3
No	4	5.7
Le gustaría que sus hijos hicieran lo mismo que usted		
Sí	34	47.9
No	35	49.3
No sé	2	2.8
Satisfacción Laboral		
Satisfecho	36	50.7
Insatisfecho	35	49.3

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

D) Perfil general de exigencias laborales.

En general, fueron tres las exigencias a las que más se exponen las enfermeras participantes, situación que las diferencia de otro grupo de trabajadoras dentro del mismo gremio. (Cuadro 4)

Aun cuando tienen cierto control sobre sus actividades, el 58%, se ve obligada a permanecer **fija en su lugar de trabajo**, entendiendo esta exigencia, como la necesidad de no descuidar su servicio, además de no perder de vista a los pacientes a su cargo (debido a que el área física donde conviven estos niños, es muy grande y ellos son muy poco tolerantes e inquietos). La rotación por servicios se da cada año, punto que dieron a conocer de manera verbal, tienen la creencia de que es una exigencia que en nada les puede afectar, por lo tanto han asumido dicha situación sin oponerse.

Como era de esperarse, laborar en psiquiátricos predispone a tener que **ejecutar un trabajo peligroso**, exigencia que relacionan primeramente a las conductas violentas e impredecibles que suelen presentar este tipo de pacientes y a las enfermedades infectocontagiosas, propias de la niñez, a las que se exponen diariamente. Por tal motivo, aun cuando se trabaja con niños, el 48% de las enfermeras en estudio consideró estar expuesta a dicha exigencia, basándose en las agresiones físicas y verbales de las cuales han sido objeto, haciendo hincapié en que debido al riesgo que corren continuamente de ser agredidas, existen vigilantes custodiando el servicio, a la expectativa de cualquier eventualidad que se presente en los integrantes del equipo de salud o por riesgo de abandono hospitalario, las puertas de acceso siempre permanecen bajo llave, misma que únicamente el servicio de vigilancia maneja, situación que ha aumentado la gravedad de las lesiones en el personal que ha sido agredido, pues no hay por dónde salir corriendo.

Así mismo, como tercera y última exigencia importante que caracteriza a este grupo de trabajadoras, el 35% consideró estar sometida a **realizar esfuerzo físico muy pesado**, basado primordialmente en el levantamiento o movilización de pacientes, más que de objetos, en este caso se incluye el esfuerzo que se realiza para dar contención al paciente agitado, con riesgo de caídas o fuga hospitalaria, mediante la sujeción de miembros pélvicos, torácicos y/o cintura en su unidad de descanso. Para concluir, el 27% considera estar laborando en una central de enfermería con espacio muy reducido, donde hacen uso del mismo escritorio más de dos personas al mismo tiempo para realizar anotaciones. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Perfil general de exigencias laborales.

Exigencias	Frecuencia	%
Estar fijo en su lugar de trabajo	41	57.7
Ejecutar un trabajo peligroso	34	47.9
Realizar esfuerzo físico muy pesado	25	35.2
Trabajar en un espacio reducido	19	26.8

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

E) Perfil patológico general en las enfermeras.

La encuesta permitió captar diez padecimientos presuntivos en las enfermeras, donde se obtuvo el siguiente resultado por orden de magnitud:

Los principales problemas de salud son músculo-esqueléticos, 26.8 de cada 100 trabajadores presenta algún trastorno cervical o en miembros superiores o inferiores y el 25.4 dorsalgia o lumbalgia. Es importante agregar a éstos, la tasa de casi 6, de accidentes laborales (en todos los casos, fueron víctimas de violencia física por parte de alguno de sus pacientes, dejando secuelas en ellas, precisamente de dolencias musculares). Afectan en su conjunto estos tres padecimientos, zonas específicas de su cuerpo, como lo son: sus piernas, pies y en menor grado cuello, brazos y manos. Todas estas afecciones mencionadas, las incapacitan para poder realizar sus actividades con menor esfuerzo y las obliga a ingerir analgésicos o relajantes musculares de manera ocasional, según la respuesta verbal que dieron durante las entrevistas.

Después se presentan de manera decreciente, pero con una tasa muy significativa de 21, la cefalea tensional y la migraña, que forman parte de los trastornos psicósomáticos. Llama la atención que posterior a éstos, se perfilan de manera continua, tres padecimientos psíquicos, como lo son los trastornos del sueño, la fatiga y la ansiedad, sumando entre los tres, una tasa de 38.

La depresión alcanzó una tasa de 7, manifestando verbalmente las afectadas ideas de minusvalía, desesperanza y en uno de los casos de muerte. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Perfil patológico presuntivo, por orden de magnitud.

Diagnósticos	Frecuencia	Tasa *
1. Cervicalgias y trastornos músculo-esqueléticos de miembros superiores e inferiores	19	26.8
2. Dorsalgias y lumbalgias	18	25.4
3. Cefalea tensional y migraña	15	21.1
4. Trastornos del sueño	11	15.5
5. Fatiga patológica	9	12.7
6. Ansiedad	7	9.9
7. Psicósomáticos digestivos	7	9.9
8. P. inespecíficos del aparato circulatorio	6	8.5
9. Depresión	5	7.0
10. Accidentes de trabajo	4	5.6

(*) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

E-1. Perfil patológico general agrupado.

El perfil de padecimientos presuntivos, ya agrupados en tres tipos de trastornos, concluye que el primer lugar de prevalencia, corresponde a los trastornos músculo-esqueléticos con una tasa de 57.7, los cuales incluyen daños en extremidades, cuello, espalda cintura, cadera y accidentes de trabajo, éstos últimos, fueron expresados por el personal como agresiones físicas: golpes, patadas, rasguños, mordidas y cuyos daños en situaciones extremas, las han incapacitado para laborar, por las dolencias musculares que presentan.

Los trastornos psíquicos que incluyen: problemas del sueño, fatiga patológica, ansiedad y depresión, son padecimientos que aumentan el deterioro físico de la persona y condicionan daños a otros órganos, ocupan el segundo lugar de prevalencia con una tasa de 45.

Al final del cuadro se encuentran los trastornos psicosomáticos conformados por: padecimientos digestivos, del aparato circulatorio, cefalea tensional y migraña; se hacen presentes con una tasa de 39. Cualquiera de los tres trastornos compromete seriamente la salud de estas mujeres. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Perfil patológico general agrupado.

Diagnósticos	Frecuencia	Tasa *
Trastornos músculo-esqueléticos	41	57.7
Trastornos psíquicos	32	45.0
Trastornos psicosomáticos	28	39.4

(*) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

E-2. Prevalencia del síndrome de Burnout.

Se procedió al análisis de cada una de las subescalas o triada de la sintomatología de burnout: agotamiento emocional (AE), falta de realización personal (FRP) y despersonalización (DP).

Se llegó a la conclusión de que no hubo ni una sola enfermera que sus resultados cumplieran con los criterios para ser diagnosticada como portadora del síndrome; es decir, que saliera en las tres subescalas con niveles altos. Se considera necesario aclarar que en la escala de Maslach, la suma de los puntos otorgados a cada respuesta, siempre dará como resultado uno de los tres niveles forzosamente, es decir, todas las participantes obtendrán como mínimo un nivel bajo en cualquiera de las tres subescalas.

Se decidió por lo tanto hacer una suma que contemplara los resultados de nivel medio con los del nivel alto, con la finalidad de poder analizarse.

De esta manera, los resultados obtenidos, colocan a la falta de realización personal, como la primera subescala con mayor frecuencia, afectando a más de la tercera parte de la población en estudio, equivalente al 36.6%.

En cuanto a la despersonalización, se hace presente en una cuarta parte de las enfermeras, ocupando el segundo lugar de prevalencia. La última subescala pertenece al agotamiento emocional, que fue referido por el 12.6% de estas trabajadoras. (Cuadro 7)

Cuadro 7. Prevalencia del síndrome de burnout en base a las tres subescalas.

Subescalas	Frecuencia	%
Falta de realización personal (FRP)		
Medio y alto	26	36.6
Bajo	45	63.3
Despersonalización (DP)		
Medio y alto	17	23.9
Bajo	54	76.0
Agotamiento emocional (AE)		
Medio y alto	9	12.6
Bajo	62	87.3

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

F. Perfiles de exigencias y patológicos específicos

F-1. Perfil de exigencias por servicios

Como se aprecia en el cuadro 8, las enfermeras que están expuestas a más exigencias, laboran en su mayoría, en servicios de hospitalización: área de adolescentes mujeres (UAM), adolescentes varones (UAV), paideia (varones con adicciones) y cuidados prolongados (UCP), el resto de los servicios, son considerados para este análisis como consulta externa e incluye el área de urgencias (U y CE).

El 69% de quien labora en urgencias y servicios de consulta externa permanece en su lugar o área de trabajo asignada, al menos por un año. Un 38% afirma que las actividades administrativas, las lleva a cabo en un espacio reducido. Y un 30% concuerda en estar realizando tareas peligrosas, haciendo hincapié en sus comentarios, en cuanto a que, se exponen a agresión física y verbal por parte del paciente y el familiar.

Para las enfermeras del área de Paideia, el trabajo peligroso en un 40% de ellas, ocupa el primer lugar de sus exigencias, al tener que brindar cuidados a adolescentes varones con problemas de abuso de sustancias tóxicas, renuentes a su internamiento y con serios problemas de conducta (antisocial).

En el caso de la unidad de adolescentes varones (UAV), refieren que estar fija y ejecutar un trabajo peligroso son sus principales exigencias con un 67 y 50 por ciento respectivamente. Estar fija, lo relacionan al hecho de permanecer por lo menos un año en el mismo servicio para ser roladas a otro, (aunque hubo quienes comentaron haber estado hasta 3 años fijas, por ejemplo, en el área de cuidados prolongados, *“es que difícilmente las compañeras quieren rolar por aquí, por el tipo de paciente, como ves, dependen al cien por ciento de ti”*

Agregan que no pueden descuidar a sus pacientes, pues la vigilancia a éstos debe ser estrecha, debido a los antecedentes en cuanto a su conducta, caracterizada por *“auto agresiones, agresiones heterodirigidas ya sea físicas o verbales, al personal médico y de enfermería, o a sus mismos compañeros”*, menciona Bety.

Para el área de cuidados prolongados (UCP), las enfermeras que aquí laboran, son las más expuestas a las tres principales exigencias y difieren de sus compañeras en el orden de prevalencia, al aceptar en la encuesta, que realizar esfuerzo físico muy pesado en el 75% de ellas. seguida por supuesto, de estar fija en su lugar con un 68 por ciento. La mitad de ellas hizo énfasis en que también son peligrosas las tareas que realizan. Argumentan que el tipo de pacientes que ellas atienden (mujeres con retraso mental profundo), son de estancia permanente, pues ese es su hogar y requieren de su atención integral y continua para cubrir sus necesidades básicas.

En el servicio de mujeres (UAM), expresaron de manera verbal y por escrito estar más expuestas a: ejecutar un trabajo peligroso en el 65%, *“en ocasiones se han amotinado las pacientes, golpeando al personal por lo regular enfermeras y médicos”*, comentario expresado por todas ellas, mismo que se abordó durante la aplicación de encuestas en los distintos turnos de este servicio. Permanecer fija en su lugar de trabajo lo confirmó el 60%, y externaron en un 40% tener que laborar en espacio reducido, haciendo referencia a la central de enfermería donde llevan a cabo sus tareas administrativas, control de equipo, material y fármacos que ministran a sus pacientes. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Perfil de exigencias según servicios

Exigencias	* U y C. E. n=13 %	Paideia n=10 %	UAV n=12 %	UCP n=12 %	UAM n=20 %
Estar fija en un lugar de trabajo	69.2	20	66.7	66.7	60
Ejecutar trabajo peligroso	30.7	40	50	50	65
Realizar esfuerzo físico muy pesado	23.0	10	33.3	75	35
Trabajar en espacio reducido	38.5	-	16.7	16.7	40

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

* Urgencias y Consulta externa

F-2. Perfil de exigencias por puesto laboral.

La mayoría de las enfermeras, de cualquiera de los puestos estudiados, concuerda que es una exigencia central, el no poder moverse de su lugar de trabajo, como ya se comentó, por la necesidad de la vigilancia estrecha a los pacientes.

Ejecutar un trabajo peligroso es una exigencia importante para dos grupos: las enfermeras generales y las especialistas, quienes en su gran mayoría se encuentran laborando en el área de la UAM, Paideia, UCP, UAV y Urgencias, áreas donde expresaron estar más expuestas a esta característica en su actividad laboral, son ellas quienes brindan los principales cuidados, tienen una relación más estrecha con los pacientes, a diferencia de las auxiliares.

El esfuerzo físico pesado es la tercera exigencia a la que más se exponen en todos los puestos de trabajo, a excepción de las licenciadas, quienes se encuentran desempeñando funciones administrativas dentro de los servicios, a veces como encargadas.

Por lo menos un tercio de ellas en general, se ven afectadas por los espacios tan reducidos con los que cuentan para realizar funciones administrativas (llenado de hojas de enfermería), solicitud y preparación de medicamentos, tomando en cuenta que es un espacio donde sólo cabe un escritorio con dos sillas y un reducido pasillo de aproximadamente un metro por dos y medio, para tres o cuatro enfermeras y por lo menos un médico (a veces requieren de hacer anotaciones en el pizarrón de pendientes o pasar al baño). (Cuadro 9)

Cuadro 9. Perfil de exigencias según puesto laboral expresado en tasas.

Exigencias	Auxiliar n=14	General n=38	Especialista n=14	Licenciada n=5
Estar fija en un lugar de trabajo	(7) 50.0	(22) 57.9	(9) 64.3	(3) 60.0
Ejecutar trabajo peligroso	(2) 14.3	(23) 60.5	(8) 57.1	(1) 20.0
Realizar esfuerzo físico muy pesado	(4) 28.6	(14) 36.8	(7) 50.0	--
Trabajar en espacio reducido	(5) 35.7	(7) 18.4	(5) 35.7	(2) 40.0

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007

F-3. Perfil patológico por servicio

Para poder llevar a cabo una comparación entre diagnósticos presuntivos y áreas laborales, éstas últimas se agruparon, con la finalidad de facilitar el análisis, quedando los siguientes servicios: UAM, UAV, UCP y Paideia en el rubro de hospital. En el caso de consulta externa: urgencias, consulta externa y jefatura, tomando en cuenta que la relación es menos estrecha con los pacientes, las características del paciente cambian según el tipo de consulta (por lo menos cada treinta minutos), las acciones son más administrativas, además, se encuentran presentes durante la consulta el familiar y el médico.

Al comparar las áreas agrupadas entre estas, con los diagnósticos presuntivos, se dieron tres asociaciones con diferencias estadísticamente significativas, aportando que quienes laboran en el área de hospitalización, están casi cuatro veces más predispuestas a presentar padecimientos como: trastornos músculo- esqueléticos y lumbalgia, que ocupan el primer lugar en la tabla general, además, de cefalea y migraña, que pertenecen al grupo de los trastornos psicosomáticos.

En el resto de los diagnósticos, no se presentaron diferencias entre áreas, sin embargo, el número de casos en comparación con consulta externa se duplica en hospital, por ejemplo, los accidentes, que dejaron secuelas músculo-esqueléticas por violencia física, sólo se presentaron en hospital, en el caso de los padecimientos que afectan el aparato circulatorio, se presentan el doble en consulta externa.

Es importante mencionar, que en el servicio de urgencias, el 57% respondió estar cursando con sintomatología propia de padecimientos músculo-esqueléticos y lumbalgia. (Cuadro 10)

Cuadro 10. Relación entre el perfil patológico y el área laboral agrupada

Diagnósticos	Hospital * (n=54) (1)	Consulta Externa * (n=17) (2)	Razón de tasas (1) / (2)	I C	p
T. músculo- esqueléticos	78.3	21.7	3.6	1.54-8.43	0.0031
Lumbalgia	77.7	22.2	3.5	1.32-9.30	0.0119
Cefalea y migraña	80.0	20.0	4	1.32-12.13	0.0143

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

IC=intervalos de confianza.

*Tasa por 100 trabajadores.

F-4. Perfil patológico por puesto laboral

Para el análisis del perfil patológico, se agruparon los diagnósticos en los tres tipos de trastornos, para sacar el porcentaje según puesto laboral, se han tomado en cuenta las cuatro categorías en los que se encuentra clasificado el personal en estudio.

Las enfermeras generales, son las más afectadas, por los tres tipos de trastornos, que se diagnosticaron presuntamente, con una diferencia de porcentajes enorme, en comparación con el resto de los puestos, es decir, las generales se encuentran afectadas entre el 60 y 75 por ciento de ellas y por ejemplo, las auxiliares alcanzan en cuanto a trastornos psicossomáticos, tan solo el 17.9%. (Cuadro 11)

11. Perfil patológico agrupado en trastornos, según puesto laboral.

Trastornos	Auxiliar	General	Especialista	Licenciada
	%	%	%	%
Músculo-esqueléticos	14.6	68.3	14.6	2.5
Psíquicos	9.4	75.0	6.2	9.4
Psicosomáticos	17.9	60.7	10.7	10.7

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

Por lo tanto se hace una comparación entre generales y el resto de los puestos, dando por resultado, dos relaciones, que confirman, las enfermeras generales, con sueldos y acciones de enfermería variables, se predisponen el doble para contraer problemas músculo-esqueléticos y el triple para los psíquicos, no habiendo diferencias para los psicosomáticos al hacer este tipo de agrupación de puestos. (Cuadro 12)

Cuadro 12. Relación entre trastornos y puesto laboral agrupado

Trastornos	Generales * (n=38) (1)	Aux.-Esp.- Lic. * (n=33) (2)	Razón de tasas (1) / (2)	IC	p
Músculo- esqueléticos (41)	68.3	31.7	2.1	1.25-3.71	0.0031
Psíquicos (32)	75.0	25.0	3.0	1.53-5.88	0.0013
Psicosomáticos (28)	60.7	39.3	1.5	0.79-3.04	0.2072

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

IC=intervalos de confianza.

*Tasa por 100 trabajadores.

G. Asociación entre exigencias y daños a la salud agrupados en trastornos.

La exigencia a estar fija en el lugar de trabajo, es interpretada por el personal, como una necesidad de mantenerse en contacto estrecho con sus pacientes, supervisando unas más que otras, el comportamiento de estos niños durante las 24 horas de los días que dure su hospitalización, (que va desde tres semanas, hasta estancia indefinida como es el caso de las pacientes en el área de cuidados prolongados) y tener que rolar cada año, como mínimo, por los servicios. Ésta fue una de las siete exigencias estudiadas al personal de enfermería, misma que resultó estar asociada con los daños a la salud y que las predispone más del doble para adquirir trastornos psíquicos y psicosomáticos.

Las otras dos exigencias asociadas fueron: el esfuerzo físico pesado y el trabajo peligroso, caracterizado por la movilización y/o levantamiento de pacientes y la contención en situaciones de riesgo, por comportamiento agresivo, ambas exigencias las predisponen casi el doble para contraer daños músculo-esqueléticos, que incluyen lumbalgia, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Conocer cuáles son las posibles causas que merman su salud, dan la pauta para poder modificar o implementar acciones preventivas, que reduzcan al mínimo la prevalencia de daños a la salud hallados en este estudio, debiendo posteriormente, ser evaluadas mediante un monitoreo anual. (Cuadro 13)

Cuadro 13. Asociación entre algunas exigencias laborales y daños a la salud en las enfermeras.

Exigencias	Trastornos	Razón de prevalencia	I C	p
Estar fija en el lugar de trabajo	* psíquicos	2.2	1.2-3.9	0.008
	* psicósomáticos	2.2	1.1-4.2	0.018
Realizar esfuerzo físico pesado	*Músculo-esqueléticos	1.8	1.2-2.6	0.005
Realizar trabajo peligroso	*Músculo-esqueléticos	1.9	1.2-2.8	0.002

Fuente: Encuesta individual a enfermeras del HPI JNN, junio-julio 2007.

IC=intervalos de confianza.

CONCLUSIONES

De toda la gama de padecimientos que el ser humano puede adquirir a lo largo de su ciclo vital, los trastornos mentales, son padecimientos capaces de alterar el razonamiento y comportamiento del individuo, impidiendo que la persona pueda interactuar y gozar de una mejor calidad de vida.

El aumento de estos padecimientos a través de los años, ha generado mayor demanda en los servicios de salud mental en México. Las instituciones de salud deberán enfrentar retos ante la prestación de servicios cada vez más complejos, requiriendo de profesionales capaces de atender pertinentemente el panorama que se vive, respondiendo a las demandas sociales, del mercado laboral y de un mundo en constante transformación, donde sólo los mejor preparados, portadores de salud física y mental, podrán competir.

Se debe tomar en cuenta que al aumentar dichos trastornos, será necesario incrementar el número de personal capacitado, que brinde atención psiquiátrica de calidad, al mismo tiempo, cuidando de ellos también. Es así, que el gremio de enfermería, pasa a ser el personal más comprometido e indispensable en la atención del enfermo, por ser ellos quienes dedican tiempo completo a sus pacientes, situación que trae consigo, mayor número de horas, en cuanto a exposición a riesgos y exigencias derivadas de su proceso laboral.

Debido a que son multifactoriales las causas por las que puede verse afectada la salud mental de una persona, es importante conocer a ciencia cierta qué desencadena dichos padecimientos y sobre todo, cuándo surgen dentro de un ámbito laboral.

A lo largo de toda la investigación se logró cumplir con los objetivos planteados en un inicio, permitiendo conocer los componentes del proceso de trabajo que llevan a cabo las enfermeras psiquiátricas, analizando básicamente, las exigencias de mayor exposición que se derivan de dicho proceso, afectando de manera directa su salud, se logró la participación exitosa de 71 trabajadoras, (el 11% que no participó, argumentó exceso de trabajo y falta de tiempo para leer la

encuesta). Es el primer estudio formal con fines de investigación que se realiza en esta área en el hospital.

Los resultados permiten conocer la prevalencia de los padecimientos que las aquejan, sus posibles causas y lo más importante, la oportunidad de poder proponer acciones preventivas, que controlen, eviten, retarden y reduzcan daños a la salud. Este estudio podrá servir en los próximos monitoreos anuales que habrán de realizar, con el fin de dar continuidad en las acciones y cambios preestablecidos e incluso para el resto del personal.

Así mismo, se logró comprobar la hipótesis, al conocer que tres de las exigencias que se derivan de su proceso laboral, son factores predisponentes que están originando la presencia de trastornos músculo-esqueléticos, psíquicos y psicosomáticos, incluyendo alguna de las tres subescalas del síndrome de burnout resultantes de este estudio.

En resumen, el grupo de estudio estuvo conformado, en su mayoría, por enfermeras mayores de 43 años, con una formación profesional muy variable entre ellas (en cuanto a número de años previos para el desempeño en la disciplina), predominando una escolaridad de nivel medio. Es importante señalar que el 22%, sólo cuenta con estudios mínimos de primaria y secundaria, mismos que no tienen relación alguna con la profesión, además hace años no se requería de una licenciatura para desempeñar actividades de enfermería, se ascendía a los puestos por medio de escalafón, donde la antigüedad y los acuerdos sindicales permitían al personal pasar del área de comedor o intendencia al departamento de enfermería.

Encontramos un 38% de enfermeras con antigüedad laboral de 19 a 40 años, toda una vida en este lugar, mismo que fue inaugurado hace 42 años.

La principal característica que las diferencia y las distingue de otro grupo de trabajadoras, es la ayuda incondicional a los pacientes, brindándoles cuidados integrales de enfermería, que favorezcan la recuperación de su salud, en caso de que las características de la enfermedad así se los permita, de lo contrario, ayudarlos a adaptarse a su padecimiento y en la medida de lo posible, prevenir complicaciones, éstas son parte de las acciones que llevan a cabo, aún fuera de su centro laboral.

El estudio permitió encontrar un perfil de exigencias característico en ellas, centrado en tres problemas principales, exposición a:

1. Estar fija en el lugar de trabajo, interpretado de dos maneras: como no poder cambiar de servicio en un largo periodo de tiempo y en la necesidad de mantener una atención constante hacia los pacientes.

2. El trabajo peligroso, el cual se caracteriza, según lo dicho en las entrevistas por las propias enfermeras y en otros estudios, por agresión: violencia verbal, física (sexual) y psicológica; un comportamiento intencional que daña a la persona receptora de la agresión y que incluye trato humillante, seductor, devaluador, patadas, pellizcos, mordidas, rasguños, golpes principalmente a la cara.

3. Esfuerzo físico pesado, que tiene que ver con las características de los propios pacientes y que ya ha sido descrito con anterioridad.

Por lo tanto se puede concluir que este perfil es propio de estas trabajadoras, sobresaliendo estos problemas sobre otros muchos que también presenta este personal. Así pues, las propuestas tendrán que ser principalmente derivadas de estos problemas prioritarios.

Las dos grandes dimensiones de padecimientos encontrados que caracterizan a este personal, se enfoca a lo que se puede denominar como trastornos mentales, donde se incluyen afecciones psíquicas y psicosomáticas, que en su conjunto se presentaron en el 84% de las enfermeras. Así pues, éste es un problema que debe ser atendido de inmediato.

El siguiente abarca a los trastornos músculo-esqueléticos que, como ya se sabe, son de los problemas de salud más frecuentes en este personal. En nuestra investigación se encontró con estos padecimientos a más de la mitad de la población. En estas trabajadoras se hace más complejo el problema, porque incluye enfrentar a pacientes para los cuales, en ocasiones, se necesita fuerza física.

Para este perfil patológico característico, se hicieron propuestas concretas que puedan disminuir estos graves problemas. Enfocándose principalmente a las exigencias que resultaron estar asociadas a los daños a la salud de las enfermeras, en este caso estar fija en el lugar de trabajo, predispone más del doble a padecer trastornos psíquicos y psicosomáticos. De manera similar, se da la asociación al realizar esfuerzo físico pesado y trabajo peligroso, estas exigencias predisponen casi el doble a sufrir de trastornos músculo-esqueléticos.

El otro problema relevante y estudiado fue el burnout. Aquí los resultados esperados fueron paradójicos, porque a pesar de la alta frecuencia de padecimientos psíquicos y psicosomáticos, no se presentó ningún caso que cumpliera todos los criterios para el diagnóstico de este síndrome, sólo se encontraron algunas manifestaciones en las diferentes subescalas de este problema, pero no muestra la magnitud de la enfermedad que parece ser en etapas. Según el modelo de Maslach, este trastorno lo podemos ver primero como agotamiento emocional, luego se desarrolla la etapa de despersonalización y por último una baja realización personal en el trabajo. La subescala más alta fue precisamente, la falta de realización personal, afectando a más de una tercera parte de la población en estudio, habría que investigar de manera individual, si puede deberse este resultado, a que lograron hacer resiliencia a las dos anteriores.

Las posibles explicaciones de este suceso apuntan entonces a los mecanismos de defensa y estrategia de sobrevivencia que usan estas trabajadoras para enfrentar las situaciones laborales de alto riesgo para su salud. Por ejemplo, marcan límites, se conducen al paciente con respeto y cortesía, aún cuando se trata de niños, no se involucran más allá de lo permitido en el caso, evitan en lo posible generar lazos afectivos que confundan al paciente, concluyen su intervención cuando se da por terminada la jornada laboral, por salud mental evitan leer todas las historias clínicas de los pacientes a su cargo, no ceden a las manipulaciones del paciente, hacen respetar sus indicaciones.

Otros autores concluyen que las personas desarrollan una capacidad para seguir afrontando las adversidades que les depara el destino en el transcurso de su vida laboral y familiar, es decir, cada quien resiste de diferente forma a los acontecimientos o traumas difíciles que se les presentan en el transcurso de su vida, de la adversidad y la enfermedad. Se logra gracias a las cualidades mentales, de conducta y adaptación, donde la autoestima juega un papel importante, ésta se va desarrollando cada vez que se superan traumas y se vencen pruebas, es decir, “se resiste primero y se supera después para seguir viviendo lo mejor posible”.

“Ser resiliente es crecer hacia algo nuevo, volver a un estado inicial, saltando hacia delante, abriendo puertas sin negar el pasado doloroso, pero superándolo.”⁷²

Algunas de estas trabajadoras, durante las entrevistas, consideran que los niños y adolescentes a quienes brindan sus cuidados, alteran sus emociones pero al mismo tiempo, les enseñan con sus historias de vida y de manera inconsciente, a modificar su propia dinámica familiar, como una acción preventiva en aquellas enfermeras que aún tienen hijos pequeños.

Los resultados obtenidos, dieron pauta al apartado siguiente de recomendaciones, varias de ellas, susceptibles de poderse implementar de forma inmediata, de esta manera, podrán servir de base a evaluaciones posteriores, siempre en busca de una mejora laboral y lo más importante de todo, la conservación de la salud de las trabajadoras.

RECOMENDACIONES

Las sugerencias que se presentan en este apartado fueron derivadas de los resultados obtenidos a lo largo de toda la investigación. Se incluyen propuestas que el mismo personal de enfermería hizo de manera verbal durante entrevistas y pláticas informales en el transcurso de las múltiples visitas al hospital, mismas que considero fundamentales para mejorar sus condiciones de trabajo y de salud, incluyendo las relaciones interpersonales en todas las áreas y formación de equipos de trabajo multidisciplinarios.

Es importante que este estudio sirva de testimonio, para las sugerencias que habrán de hacerse a las autoridades correspondientes, en cuanto a la edificación o acondicionamiento de áreas del nuevo hospital, basándose principalmente, en el mejoramiento de las instalaciones que permitan disminuir riesgos y exigencias al personal de enfermería.

Generales:

Siempre que se estudie la salud mental en trabajadores debe tenerse en cuenta que resulta más difícil cuando estos pertenecen al área de la salud. Pudiera darse el caso, que al tener conocimiento del cuadro clínico de enfermedades mentales, los síntomas suelen ocultarse, debido a que aún se siguen asociando a padecimientos que suelen generar vergüenza, por tal motivo, recabar información fidedigna que nos ayude a integrar un diagnóstico de prevalencia en enfermedades en general y sobre todo psíquicas, implica doble labor de convencimiento y generación de empatía, para que el personal en estudio acepte y exprese dolencias físicas y psíquicas presentes.

* Se sugiere que se continúe sensibilizando al personal a participar en investigaciones posteriores, mediante la implementación de un diseño periódico, que permita obtener el diagnóstico patológico de las enfermeras (os), y que por ningún motivo, los resultados derivados, perjudiquen a nadie, sino todo lo contrario, que se contacte a las enfermeras afectadas para brindarles apoyo, otorgando todas las facilidades para que puedan recibir tratamiento oportuno.

* En la medida en que el personal adquiera confianza, de que sus respuestas no serán utilizadas con el fin de evidenciarlas despectivamente, no habrá necesidad de que sean anónimas y de esta manera podrá darse la atención de manera confidencial y respetuosa a la enfermera que resulte positivo a cualquier padecimiento, así mismo las participantes tendrán que ser testigos de cambios en las condiciones laborales a favor de ellas.

* Informarle al personal de enfermería, sobre los riesgos y exigencias que fueron identificados dentro de su área laboral, así como, las repercusiones a su salud física y mental. Motivarlas a solicitar ayuda médica y facilitar las medidas necesarias para que inicien y concluyan tratamiento. Conocer los resultados hará que las trabajadoras tengan seguridad de que su participación contribuye a la modificación de aspectos laborales.

* Uno de los objetivos centrales de la actual política pública en salud y de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre del 2007, donde textualmente enfatizan que habrán de brindarse servicios de salud eficientes, con personal capacitado. Este objetivo puede ser la justificación ideal que habrá de expresar la jefatura de enfermeras a las autoridades competentes, para exigir disponibilidad de recursos económicos, es decir, becas de tiempo y dinero, que financien la preparación académica profesional de todas las enfermeras (os).

* El personal de la salud, en general, debe estar consciente que su profesión por sí misma, lo predispone a enfermar como cualquier otro profesionista, es indispensable que solicite ayuda profesional e invierta en la recuperación de su salud física y mental por igual, pues no siempre tienen la solución en sus manos, como suelen creer.

Medidas de intervención:

Todas las acciones preventivas o de intervención que se implementen, deben verse como parte de la **promoción a la salud integral**; incluyendo procesos y prácticas propuestas por el propio personal, con la finalidad de ir mejorando formas de trabajo y de relación social como grupo dentro del hospital.

* Urge mejorar las relaciones interpersonales en cada uno de los servicios, es indispensable el diálogo continuo y profesional entre jefas y supervisoras; es conveniente que todos los problemas que surjan tendrán que ser abordados de inmediato, expuestos y comentados ante todos los implicados, con el propósito de sugerir alternativas de solución de manera democrática, profesional y con la debida madurez que el caso amerite, fincadas en principios y valores de: honestidad, justicia, equidad e igualdad de derechos, evitar ante todo que los problemas laborales pasen a ser personales.

Lo anterior dará inicio a una práctica sana que promueva la salud mental, asegure soluciones viables, cambios, eliminación de vicios en el funcionamiento de la práctica de enfermería, aceptación, cooperación de los implicados, menos personal inconforme e insatisfecho y mejoras en el ambiente laboral. Sólo de esta manera no habrá negativas a formar nuevos grupos de trabajo y tener que ser rolandas por lo menos cuatro veces al año, así mismo mejorará el trabajo en equipo, con una mejor organización se lograrán disminuir cargas y aumentar tiempos de descanso para todos, con esta acción se previene la primer exigencia a la que se encuentran expuestas en este momento, **estar fijas en su lugar de trabajo.**

* En la medida de lo posible debe cumplirse con lo acordado, de no ser así, aclarar en tiempo y forma los motivos que impidieron poner en marcha las propuestas, por ejemplo, si no fue posible impartir algún curso, de lo contrario se corre el riesgo de que los involucrados pierdan el interés en volver a participar, generándose desconfianza, división intergrupala, apatía, falta de comunicación, irritabilidad, ambiente laboral hostil, presencia de personal conflictivo, renuencia a capacitación continua y a mejorar acciones de enfermería, situaciones sumamente importantes que deben evitarse, ya que se requiere de grupos de trabajo solidarizados en situaciones de urgencia, de esta manera podrán reducir al mínimo las complicaciones a las que suelen enfrentarse ante **el trabajo peligroso que han de realizar.**

* Se recomienda que ante la propuesta inevitable de reubicación de todo el hospital, las autoridades competentes soliciten que se respete como mínimo: la edificación de las áreas hospitalarias en forma horizontal, con planta baja únicamente, como actualmente se encuentran; esto le ha permitido ser un hospital con menor riesgo de accidentes para las enfermeras, por ejemplo, cuando el paciente se intenta fugar y sale corriendo.

* Debiera conservarse la misma capacidad de internamiento hospitalario con que cuenta cada servicio, áreas diseñadas que conserven óptimas condiciones de iluminación, ventilación y amplitud como en la actualidad, solicitar que se amplíen un poco más todas las centrales de enfermería, pues fue señalada esta situación como una **exigencia a laborar en espacio reducido**; así mismo, aumentar el número de cubículos para la consulta externa en los turnos matutino y vespertino por igual, para poder hacer equitativa la carga de trabajo a todo el personal involucrado.

* El poder laborar dentro de un espacio físico, con un ambiente agradable, donde las relaciones entre el personal sean de respeto y cordialidad permite realizar con agrado las acciones de enfermería, factor indispensable para incrementar el número de enfermeras satisfechas con lo que realizan, además pudiera ser la especialidad en enfermería psiquiátrica, una buena opción de estudio para sus hijos.

* Formar equipos de trabajo por servicio, integrados por personal de enfermería con diferente categoría, con el objetivo principal de compartir conocimientos; generar retroalimentación personal, grupal e Institucional, sensibilizar al personal basándose en el lema: de nada sirven los conocimientos adquiridos si no se comparten con los demás, sencillas acciones que permiten trabajar en grupo de manera eficaz, dentro de un ambiente laboral satisfactorio.

* La jefatura de enfermería, tendrá que seguir presionando a las autoridades correspondientes para la contratación de personal de nuevo ingreso, con la finalidad de cubrir plantilla necesaria, disminuyendo el número de pacientes por enfermera, para garantizar cuidados personalizados, dedicar tiempo suficiente a cada niño cuando ingresa al servicio, con la finalidad de identificar problemática y diseñar plan de intervención, con el único propósito de prevenir complicaciones que pongan en situación de estrés y riesgo de agresión física y verbal al personal.

* El personal opina que deben mejorar la calidad y cantidad de instrumentos y equipo necesario, también que: *“debieran acondicionar una área que funcione como pre-hospitalización con unas cinco camas, con circuito cerrado de vigilancia, alarma de emergencia(timbre), para solicitar ayuda, así como en el Fray Bernardino” dice Imelda*, por ejemplo en caso de violencia, alergia medicamentosa, crisis convulsivas e intento suicida, el personal se encuentra más protegido y la ayuda en caso de urgencia llegará más pronto; que sea un área donde se estabilice al paciente por lo menos las primeras 24 horas cuando se rehúsa al internamiento y/o presenta riesgo de agresividad o abandono hospitalario, contando siempre con la presencia de personal médico en apoyo a los cuidados que ha de realizar enfermería.

* Al igual que los pacientes varones, las mujeres deben estar en distintas áreas, separadas las de problemas adictivos de aquellas diagnosticadas con enfermedad psiquiátrica general, esto, debido a que las primeras dice el personal que suelen ser de mayor edad, algunas presentan síndrome de supresión: ansiosas, demandantes, y con más riesgo de violencia (amotinamiento), renuentes al internamiento, con mayor habilidad para mentir y crueles historias de vida, influyendo

de alguna manera en el comportamiento de las niñas más pequeñas, incitándolas a ser agresivas y poco cordiales con el personal.

* Las enfermeras sugieren que la distribución de materiales de curación y medicamentos sea de manera eficaz, este último con la premura que se requiera, con la finalidad de prevenir complicaciones, por ejemplo, ante un cuadro de alergia o agitación psicomotriz del paciente, cuando pudo haberse prevenido el suceso al aplicar el fármaco a tiempo, esto da pausa a mejorar el desempeño del personal de enfermería en todas las áreas, evitándose cargos penales por negligencia.

* Las camas en el área de cuidados prolongados no deben tener una altura más allá de 60 cm. con barandales en buenas condiciones, sillas de ruedas en mantenimiento constante, engrasadas para su fácil deslizamiento, presencia de por lo menos dos varones por turno (recomendarles el uso de faja), concientizar al personal a la movilización de pacientes uno por uno, en equipo, con la finalidad de reducir peso al cargar (asesoramiento en la técnica adecuada del manejo de cargas pesadas: posiciones, tiempos para el levantamiento del sujeto u objeto, peso máximo por persona) de esta manera, **se previenen y reducen trastornos músculo-esqueléticos**, derivados del proceso laboral **al realizar esfuerzo físico pesado**.

* Para llevar a cabo lo anterior, es necesario fomentar el apoyo entre compañeros y supervisores en las actividades diarias y en la parte emocional, como un factor protector de daños a la salud, mediante la retroalimentación de algunas técnicas, por ejemplo, intervención en caso de urgencia psiquiátrica, sujeción de paciente, por parte del personal con más experiencia en el área.

* Establecer objetivos y metas por servicio, definir funciones según categoría para evitar confusión y malestar entre compañeros que puedan dañar la relación armónica del equipo.

* Capacitar por lo menos a cuatro auxiliares de enfermería, aparte de la encargada del servicio, para que dominen las actividades que se realizan en la central de esterilización (CEYE), medicina preventiva, urgencias y todos los consultorios de consulta externa, con la finalidad de que siempre exista personal disponible que pueda cubrir esas áreas por ausencias, incapacidades, vacaciones,

cursos o licencias, sólo de esta manera podrá proporcionarse la atención en todos los servicios sin afectar a los usuarios y sin aumentar la carga de trabajo a unas cuantas personas. Este es un punto fundamental, en el que se debe trabajar a la brevedad posible; es el ejemplo más claro cuando se habla de sensibilizar al personal al cambio, disminuyendo a la vez la exigencia de tener que **estar fija en el mismo lugar de trabajo**.

* Organizar un programa anual de cursos de capacitación continua donde la exposición se encuentre a cargo de enfermería apoyados en médicos expertos en el tema, se deben dar las facilidades necesarias para que todas las enfermeras puedan asistir a ellos, de ser posible de manera obligatoria, agendando por semana quienes deben acudir, para poder resolver con anticipación quién o cómo cubrirán sus lugares durante su ausencia. Por ejemplo dar un tema por mes, para conseguir que nadie quede exento de asistir, lógicamente dentro de su turno y horario laboral. Los temas que se sugieren a petición del personal son: procesos de atención de enfermería, identificación de riesgos y exigencias en el área laboral, auto-cuidado, principales trastornos que afectan a las enfermeras, medicina preventiva, salud mental en el personal, tanatología, sensibilización al cambio, psicofármaco-terapia, adicciones, toxicología, prevención de caídas, calidad de atención, terapia de juego, enfermería legal (responsabilidad penal en situaciones de suicidio, negligencia y abuso sexual).

* Se debe contar con las facilidades, disponibilidad de tiempo y apoyo económico, para poder asistir a los cursos de capacitación continua, estudios de preparatoria y especialización en el área psiquiátrica o licenciatura, con el firme propósito de alcanzar la profesionalización de la mayoría del personal, sin afectar al resto de los compañeros al aumentarle su carga de trabajo, solicitar el apoyo de supervisoras y contratación de personal eventual, deben evitarse situaciones de riesgo que puedan surgir por la disminución en la vigilancia estrecha al paciente, como consecuencia ante la falta de personal de base.

* Tomando en cuenta que en los próximos años, habrán de decidir por lo menos un tercio de ellas, concluir su etapa de vida laboral por edad o antigüedad, debe iniciarse un programa de prejubilación; donde se hable ampliamente sobre alternativas recreativas: actividades en las que puedan emplear el tiempo libre, reforzar autoestima, fortalecer redes sociales, informes sobre grupos integrados por personas en condiciones similares, dar a conocer los beneficios que se otorgan a pensionados o jubilados del ISSSTE; descuentos económicos en transporte, hospedaje, tiendas de ropa, calzado, alimentos, medicamentos, parques de diversiones, balnearios.

* Dar atención terapéutica necesaria, ya sea psicológica o psiquiátrica a aquellas enfermeras que lo requieran de manera particular. Para todas, terapia antiestrés, rutina de ejercicios para relajación 10 minutos diario en el jardín central, realizar campaña de semana de la salud, proporcionando suplementos de calcio y vitaminas de manera gratuita.

* Promover alimentación sana (revisar menú que ofrece el comedor, sugerir que se agreguen alimentos ricos en melatonina y flavonoides o antioxidantes: fitonutrientes que previene del cáncer de mama, la diabetes, el Alzheimer, el estrés y la vitalidad sexual (cerezas naturales, uvas moradas, fresa, manzana roja, kiwi, pera verde, cebada, plátano, avena, maíz y arroz), triptofan (almendra, harina de gluten y semilla de calabaza), vitamina B6 (lenteja, alcachofa), todas son sustancias que combaten el cansancio y reducen el envejecimiento. Poner especial atención sobre todo, en las colaciones del personal de turno nocturno, pues en ellas debido al desvelo, su organismo deja de producir melatonina.

* Modificar estilos de vida que aumenten producción de melatonina: descanso (minimizar exposición a la luz artificial), higiene del sueño (dormir en completa oscuridad), deporte (evitar deficiencias de calcio), existen factores que disminuyen la producción de melatonina (estrés, cafeína, tabaco, antihipertensivos, antidepresivos, medicamentos para dormir y para la ansiedad).

* Fomentar momentos de esparcimiento. Por ejemplo formar equipos de voleibol, basquetbol, natación, (haciendo uso de las instalaciones deportivas a las que tienen acceso por ser sindicalizadas, las cuales se encuentran a un par de cuadras del hospital) para competir con otras instituciones de salud. Otra alternativa serían las actividades donde se emplee destreza mental, manual y psicomotriz, como ajedrez, pintura, música, baile y yoga.

Es importante que en un futuro no muy lejano, estas trabajadoras de excepción, no muestren apatía por su superación personal y se decidan a participar directamente en la creación de nuevas leyes que protejan sus derechos y obligaciones. Por ejemplo, ya tienen derecho a algunos exámenes de laboratorio y gabinete, pero ante los daños a la salud que capturó esta encuesta, se requieren estudios de osteoporosis, evaluación nutricional y niveles de hormonas tiroideas por mencionar algo (los padecimientos aumentaron, debe actualizarse la lista de estudios, donde también se valore salud mental, para un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz), ahora, estos debieran ser por año, sin costo alguno, sin excepciones, es decir, obligatorio y con todas las facilidades, por una razón tan sencilla: es primordial cuidar a los cuidadores y fomentar la cultura del auto cuidado en ellos, pues el compromiso que tienen con la sociedad irá en incremento, se les hará responsables de elevar la calidad de los servicios de salud, por lo tanto habrán de demandar los mismos derechos como ciudadanas.

Las enfermeras psiquiátricas en general, deberán unir criterios, para proteger sus derechos, en especial aquellas que han laborado todo el tiempo en el turno nocturno, por la predisposición a contraer cáncer de mamá, como ya fue descrito con anterioridad, deben replantear la edad máxima para su jubilación y el trabajo en área administrativa durante los últimos años de vida laboral, con la finalidad de disminuir exposición a exigencias, no olvidemos que realizan trabajo peligroso, por lo tanto, sus condiciones físicas deben permitirles actuar ante eventualidades, sin poner en riesgo su integridad y su vida.

Referencias bibliográficas.

1. Aproximación al mobbing y sus escenarios conspiracionales. Del todos para uno al todos contra uno [serial online] 2006 enero-marzo [citado 3 de marzo 2006]; <http://www.clarin.com/diario.htm>.
2. Secuelas del mobbing. 2005 abril-mayo [citado 7 de mayo 2005]; <http://www.el-refugioesjo.net/mobbing.htm>.
3. Conferencia "Mobbing, primeros resultados en Iberoamérica". 2005 abril-junio [citado 18 de junio 2005]; <http://www.excelsior.com.mx/index>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Servicios de Enfermería y Partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud, Plan de Mediano Plazo. México: OPS; 2002-2005. P.5-6.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Enfermería en la Región de las Américas: Organización y Gestión de Sistemas de Servicios de Salud. OPS; 1999 p.45.
6. Brennan W. "We don't have to take this: dealing with violence at work". Nurse Stand 2000; 28: 14:3-17.
7. Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental en el mundo. 2001 oct-dic; http://www.who.int/mental_health/evidence/ Atlas. P.4-5.
8. Datos proporcionados por el Departamento de Epidemiología del H. "Juan N. Navarro". Abril 2007, marzo 2008.
9. Belfort E. Trastornos psicóticos infantiles. Conferencia magistral en la Universidad Central; 2005 mayo; Caracas, Venezuela.
10. Gestal J. Riesgos Laborales del Personal Sanitario. 3ª edición. España: McGraw-HILL; 2003.
11. Noriega M, Franco G, Martínez S, Villegas J, Alvear G, López J. Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores. Primera reimpresión. México: Serie Académicos CBS No.34 UAM; 2005 p. 21-22.
12. Enciclopedia Interoceánica Tercer Milenio, Ciencias Sociales; Economía. Edición de lujo. Argentina: 2001. tomo 9, p. 9-14.

13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 18va.ed. Grupo Editorial RAF; 2004, p.17, 177.
14. Ramazzini B. Tratado de las enfermedades de los artesanos. 1ra. ed. Madrid: Guaflex; 1999.
15. Caruana A, Reig A. Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento en profesionales de la salud: Ciencia y profesión 1989; 4: 147-162.
16. Flaherty J, Channon R, Davis J. Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento. Manuales clínicos. 1ra. ed. México: Médica panamericana; 1991, p.18, 257-258,146, 243, 404-407.
17. Secretaria de Salud. Servicios de Salud Mental: Programa de Acción en Salud Mental en México. 2002; <http://www.ssa.gob.mx>
18. Martínez S. El estudio de la integridad mental en su relación con su proceso de trabajo. Reimpresión México: Serie Académicos CBS No. 23 UAM; 2000, p.138.
19. Bastide R. Sociología de las enfermedades mentales. 8va.ed. Siglo XXI editores; 1983, p. 311.
20. Fornés J, Carball M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 1ra ed. España: Médica Panamericana, 2001. p. 86.
21. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. 1ra ed. Barcelona: Salvat, S.A.; 1990 p. 148.
22. Stuart H, Arboleda J. A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. Psychiatry Serv 2001; 52: 654-9.
23. Stuart H. Violence and Mental Illness: an overview. World Psychiatry 2003; 2:2, 121-124
24. Teplin L, McClelland G, Abraham K, Weiner D. Crime Victimization in Adults with Severe Mental illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:911-921.
25. Comité Mixto OIT-OMS: Factores psicosociales en el trabajo. Ginebra: Comité de salud ocupacional; 1984 sep., novena reunión.
26. Organización Internacional dei Trabajo. Condiciones de vida y trabajo del personal de enfermería. Convenio 149; recomendación 157: OIT; 2001. p.18.

27. Álvarez E, Fernández L. Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid 1991; 39: p. 267-273.
28. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; DSM-IV. 3ra ed. Barcelona: Editora Masson; 1995.
29. Aranda C, Pando M. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout. *Psicología Clínica*. México 2004, enero-junio; 14:79-87.
30. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers. OSHA; 1998.
31. Norko M, Baranoski M. The state of contemporary risk assessment research. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005. 50:1, 18-26.
32. University of Iowa. Workplace Violence: Injury Prevention Research Center. A Report to the Nation. Estados Unidos: Iowa; 2001.
33. Leymann H. Mobbing: La persecución au travail. 1ra ed. París: Seuil; 1996, p. 65.
34. Consejo Nacional de Cultura y Arte: "El mobbing". 2007 enero; [http://www.conaculta.gob.mx/sala de prensa/index](http://www.conaculta.gob.mx/sala%20de%20prensa/index).
35. Obeso C, Serrano R, Menchón E, Laborda A, Comajuncosa J. El acoso moral: Calidad del trabajo en la Europa de los quince. 2003 oct; <http://www.randstad.es/res/rastand/publicaciones>.
36. Segurado A, Rodríguez J, Mier L, Romay J, Salgado M, Agulló E, et al. Una aproximación psicosocial al mobbing: Psicología de las organizaciones del trabajo, de recursos humanos y de la Salud. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005, p. 47-53.
37. Sánchez J. Alerta de incremento en el linchamiento emocional laboral. *Diario el siglo de Torreón México* 2008 jun 2; Sección C: 14.
38. Hirigoyen M. El acoso moral: El maltrato psicológico en la vida cotidiana. 1ra ed. Barcelona: Ed. paidós; 1999, p.76.
39. Piñuel L. Mobbing: Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. 1ra ed. Madrid: Círculo de lectores; 2001, p.28.

40. García P. y Rolsma O. Trabajando con el enemigo. 1ra ed. Barcelona: De bolsillo; 2003, p. 57.
41. Mayoral S. Mobbing y acción sindical. Manuscrito 2003; <http://www.lasbarricadas.net/Estudiodano.doc>
42. Acoso Psicológico Laboral: El mobbing afecta más a las mujeres, pero los casos más graves los sufren los hombres. <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/07/13/España>.
43. Valdecasas F. Ritmos biológicos. Comunicación a la Real Academia de Medicina; 1984 marzo: 35-38; Barcelona, España.
44. Fina I. Fisiopatología Laboral en controladores aéreos. Comunicación Académica Científica Médica; 1983 nov 95; Barcelona, España.
45. González L. El sueño y sus trastornos. 1ra ed. Pamplona: Ed. EUNSA; 1976, p.79-81.
46. López M, Briso-Montino P. Nocturnidad y alevosía: trabajar de noche produce cáncer. Revista por Experiencia 2008 abril; supl. 40:12.
47. Zaniuk B. El trabajo nocturno enferma y envejece al trabajador. 2008 may. [http://www.buscar empleo.es/opini3n/ el trabajo nocturno](http://www.buscar empleo.es/opinion/ el trabajo nocturno).
48. Battestini R. Cronopatología. 1ra ed. Barcelona: Medicina clínica; 1984, 83: 197-199.
49. Battestini R. Vigilia, sueño y ensueños: Una aproximación cronofisiológica. 1ra ed. Barcelona: JANO; 1980, 432: 21-23.
50. Kaplan I. Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. 8va ed. España: Panamericana; 1999, p.711-729,494-496.
51. Diez de Ulzurrun M, Garasa A, Macuya, Ma., Eransus J. Trastornos músculo esqueléticos de origen laboral. Instituto Navarro de Salud Laboral: España 2007, 1ra. reimpresión, p. 20.
52. Confederación General del Trabajo; España. Salud laboral: Las personas con más confianza en sí mismas son las más resistentes al estrés laboral. 2005 may. <http://www.cgt.es/modulos>.

53. Pardo J, López F. Estamos quemados en atención primaria. España: Medicina familiar; 2002, 3: 245-251.
54. Wilber K. Prevalence and predictors of burnout among adult day care providers. Applied Gerontol, Canada 1994; 17:282-296.
55. Maslach C, Jackson S. Evaluating stress. Third edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1997. p. 191-216.
56. Sandoval J. "El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout". España: Nueva época; 2000, p.8.
57. Fernández G. Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario. Revista todo hospital. 1995 marzo; 118: 29-36.
58. Martínez L, López S. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Archivos Medicina Familiar. 2005 enero-abril; Vol.7 (1): 6-9.
59. Organización Panamericana de la Salud. Servicios de Enfermería y Partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. Plan de Mediano Plazo 2002-2005; OPS: p.7-30.
60. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional sobre: El rol de la jefa de enfermeras de los países de la Región de las Américas. Cuba: OPS; 1996, p.10.
61. Cooper C, Usha R, Faragher B. Mental health: job satisfaction and job stress among general practitioners. Br. Med J. 1989; 298, 366.
62. Pérez R. Breve historia de la psiquiatría en México. Publicaciones de Instituto Mexicano de psiquiatría; 1995, p. 76-78.
63. Medina M, De La Fuente R, Caraveo J. La Salud Mental en México: Retos y perspectivas. Instituto Nacional de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica; 1977, p.38.
64. López M. Historia e impacto de la psiquiatría infantil institucional. Revista Salud Mental. 1992 sep; Vol. 15(3): 36-41.

65. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006: Reunión Institucional para la Mejoría de la Atención a la Salud Mental en México; CORSAME. México. 2001.
66. Caraveo A, González F. Necesidades y demandas en atención en los servicios de salud mental: Salud Pública en México; 1990 enero-marzo. p.26.
67. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de adicciones. México: SSA; 1990.
68. González S. La Salud Mental en México. Boletín informativo en CONADIC; 2001 abril 3.
69. Informe de rendición de cuentas de la administración 2000-2006. Servicios de atención psiquiátrica (SAP), informe del 1- XII-2005. p.26.
70. Servicios de atención psiquiátrica (SAP): Antecedentes de los servicios de atención psiquiátrica en México. 2007 jul; <http://sap.salud.gob.mx/contenidos/sap-qs-antecedentes.html>.
71. Servicios de Salud Mental (SERSAME): Servicios que ofrece el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en México D.F. 2007 oct.; <http://sersame.gob.mx>.
72. Manciaux M. La resiliencia: resistir y rehacerse. 1ra ed. Editorial Gedisa Barcelona; 2003, pp.318.

ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

Encuesta para la evaluación de la salud de las trabajadoras

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Este cuestionario que usted llenará a continuación trata de las condiciones de vida y de trabajo y las repercusiones en su salud.
2. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines epidemiológicos y estadísticos.
3. Es muy importante contestar con veracidad y precisión cada pregunta, porque eso va a permitir conocer los problemas más frecuentes en su salud y en la de las demás trabajadoras.
4. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, así es que no hay respuestas buenas o malas.
5. No escriba en las casillas del margen derecho cuando así se indique en la encuesta. Conteste sobre los renglones.
Si tiene alguna duda puede consultar a la encuestadora.
7. Se le solicita que firme la original, en el extremo inferior derecho, si es que acepta participar en el estudio y conserve usted la copia anotando número de encuesta.

Gracias por su colaboración.

INVENTARIO PARA DETERMINAR EL SÍNDROME DE BURNOUT

Las siguientes son 22 declaraciones que hablan acerca de los sentimientos relacionados al trabajo. Por favor, lea cada declaración cuidadosamente y decida si usted se siente de esa manera acerca de su trabajo. Si usted nunca ha tenido este sentimiento, escriba un "0" (cero) en el espacio provisto. Si usted ha tenido este sentimiento, indique cuán frecuente lo ha sentido escribiendo el número (del 1 al 6) que mejor describa con qué frecuencia se ha sentido así. La escala de frecuencia de los sentimientos es según sigue:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Conteste las siguientes frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento.

AFIRMACIONES	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotada por mi trabajo.							
2. Me siento cansada al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigada cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los usuarios del servicio o público que atiendo.							
5. Creo que trato a algunos usuarios como si fueran objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de la							

REPOSICION CALINDA Y ARCHIVO HISTORICO

gente que atiendo.

8. Me siento "quemada" por mi trabajo.

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo este trabajo.

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.

12. Me siento muy activa.

13. Me siento frustrada en mi trabajo.

14. Creo que estoy trabajando demasiado.

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a los usuarios del servicio o público que atiendo.

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con la gente que atiendo.

18. Me siento estimulada después de trabajar con la gente que atiendo.

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi trabajo.

20. Me siento acabada.

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

22. Siento que los usuarios del servicio o el público me culpan por alguno de sus problemas.

TOTAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

**ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN
DE LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS**

1. Este cuestionario que usted llenará a continuación trata de las condiciones de vida y de trabajo y las repercusiones en su salud.
2. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines epidemiológicos y estadísticos.
3. Es muy importante contestar con veracidad y precisión cada pregunta, porque eso va a permitir conocer los problemas más frecuentes en su salud y en la de las demás trabajadoras.
4. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, así es que no hay respuestas buenas o malas.
5. No escriba en las casillas del margen derecho cuando así se indique en la encuesta. Conteste sobre los renglones.
6. Si tiene alguna duda puede consultar a la encuestadora.

Gracias por su colaboración.

ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS

NO INVADA
ESTE ESPACIO

Número de encuesta _____

Fecha en que se llena la encuesta _____

Día	Mes	Año
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Edad (en años cumplidos) _____

CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO DOMÉSTICO

1. Marque con una **X** cuál es su nivel de escolaridad

- 1. No estudió _____
- 2. Primaria incompleta _____
- 3. Primaria completa _____
- 4. Secundaria incompleta _____
- 5. Secundaria completa _____
- 6. Preparatoria incompleta _____
- 7. Preparatoria completa _____
- 8. Carrera Técnica _____
- 9. Licenciatura o postgrado _____

2. Marque con una **X** cuál es su estado civil actual

- 1. Soltera _____
- 2. Casada _____
- 3. Unión libre _____
- 4. Divorciada _____
- 5. Viuda _____

3. ¿Tiene usted hijos?

1. SÍ _____
2. NO _____

4. ¿Cuántos hijos viven con usted? _____

5. ¿Cuántos hijos menores de 5 años viven con usted? _____

De la siguiente lista de actividades marque **SÍ**, en aquellas tareas donde **USTED** es la persona que **REGULARMENTE** las lleva a cabo. Si las hace ocasionalmente o no las hace conteste **NO**.

ACTIVIDADES	SÍ	NO	
Sacudir, barrer, trapear, hacer camas			6
Lavar y planchar la ropa			7
Preparar la comida			8
Lavar los trastes y limpiar la cocina			9
Hacer las compras			10
Coser, remendar, zurcir, tejer			11
Cuidar a los hijos: comida, tareas (si tiene hijos)			12
Realizar trámites relacionados con la casa y la familia			13
Realizar arreglos en la casa			14

Marque con una X para cada pregunta una sola opción	SÍ	NO	
¿El salario que percibe le alcanza para cubrir sus gastos más necesarios?			15
¿Usted cuenta con otro trabajo para el sostenimiento de su hogar?			16
¿Para el sostenimiento del hogar hay otras entradas económicas en su casa? (Si la respuesta es NO pase a la pregunta 19)			17

18. Marque con una **X** quién o quiénes, además de usted, aportan dinero para el hogar (**puede marcar más de una respuesta**)

- 1. Pareja _____
- 2. Hijos(as) _____
- 3. Otro familiar _____
- 4. Toda la familia _____

19. Su vivienda es:

- 1. De su propiedad _____
- 2. Alquilada o rentada _____
- 3. Prestada _____
- 4. Otra (especifique) _____

20. Las condiciones actuales de su vivienda en relación a los últimos años son:

- 1. Mejores _____
- 2. Iguales _____
- 3. Peores _____

25. ¿Cuál es el medio de transporte que usa **con mayor frecuencia**?

- Camión, microbús o un transporte similar _____
- Taxi _____
- Auto o motocicleta particular _____
- Bicicleta _____
- Se transporta caminando _____

26. ¿Cuánto tiempo tarda en transportarse de su casa al trabajo?

- 1. Menos de 30 minutos _____
- 2. De 30 a 60 minutos _____
- 3. Más de 60 minutos _____

27. ¿Cuántas horas en promedio duerme en la noche? _____

Marque con una X una sola opción para cada pregunta	SÍ	NO	
¿Estudia con regularidad (más de 5 horas, en promedio, a la semana)?			28
¿Practica regularmente algún deporte o hace ejercicio (tres o más veces a la semana, en promedio)?			29
¿Se junta frecuentemente con amigos(as)?			30
¿Sale a pasear frecuentemente con su pareja, sus hijos o algún familiar o amigo?			31
¿Lee diariamente el periódico, revistas o libros?			32
¿Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio?			33
¿Ve televisión la mayor parte del tiempo libre?			34

CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO

1. Área, servicio o departamento donde trabaja _____
2. Puesto que ocupa actualmente _____
3. Turno en que labora actualmente. (Guardia) _____
4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este lugar? (años cumplidos) _____
(Si es menos de un año ponga 0)
6. ¿Cuánto tiempo lleva desarrollando esta actividad en éste _____
y otros lugares? (si es menos de un año ponga 0)
8. Usted es actualmente trabajadora de:
1. Confianza _____
2. Sindicalizada _____

(Marque con una X una sola opción en cada pregunta)	SÍ	NO	
¿Le gustaría que sus hijos(as) trabajaran en lo mismo que usted?			9
¿Le da satisfacción la realización de sus actividades?			10
¿Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa?			13

19 ¿Faltó al trabajo en los últimos 12 meses?

1. SÍ _____
 2. NO _____

(Si contestó que NO pase a la pregunta 1 de Riesgos y Exigencias Laborales)

20. ¿En cuántas **ocasiones distintas** faltó al trabajo en los últimos 12 meses? (independientemente de cuántos días hayan sido en cada ocasión)

21. ¿Cuántas de estas **ocasiones** fue por motivos de salud?

22. ¿Cuántos **días** del año en total faltó por motivos de salud?

RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES

A continuación conteste **SÍ** sólo cuando esté **excesiva o constantemente** expuesto(a) a alguna de las causas que se mencionan

Su puesto de trabajo la obliga a:	SÍ	NO	
Soportar supervisión estricta			46
Trabajar en un espacio reducido			49
Estar fijo en su lugar de trabajo			50
Realizar un trabajo aburrido			51
Ejecutar un trabajo peligroso			52
Ejecutar un trabajo denigrante			53
Realizar esfuerzo físico muy pesado			56

DAÑOS A LA SALUD

La mayoría de las preguntas que siguen (exceptuando las que se aclaran expresamente) se refieren a las molestias, enfermedades y accidentes que ha padecido usted **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, o sea, los últimos doce meses:

	NO	SI	
1. ¿Ha sufrido algún accidente de trabajo durante el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 4)			24
2. ¿Ha tenido más de un accidente de trabajo durante el último año?			25
3. ¿Estuvo incapacitada a causa del o los accidentes de trabajo?			26
4. ¿Se siente a menudo triste o infeliz?			33
5. ¿Frecuentemente desea morirse?			34
6. ¿Le daría mucho miedo quedarse sin trabajo?			35
7. ¿El futuro le parece incierto o sin esperanza?			36
8. ¿Es usted indiferente ante situaciones violentas?			37
9. ¿En las reuniones le es difícil entablar conversación?			38
10. ¿Desearía desentenderse de los problemas que le aquejan?			39
11. ¿Se considera usted nerviosa?			40
12. ¿Tiene miedo sin motivo?			41
13. ¿Le cuesta trabajo dormirse o permanecer dormida?			42
14. ¿Se preocupa demasiado por contrariedades insignificantes?			43
15. ¿Se siente con frecuencia preocupada?			44
16. ¿Ha tenido alguna vez un padecimiento nervioso?			45
17. ¿Ha estado usted anteriormente hospitalizada en alguna institución para enfermos mentales o nerviosos?			46
18. ¿Frecuentemente tiene dificultad para conciliar el sueño?			47
19. ¿Con frecuencia tiene sueño intranquilo?			48
20. ¿Se despierta pocas horas después de haberse dormido y ya no se puede volver a dormir?			49
21. ¿Ha tenido dolor de cabeza más de dos veces por mes? (si contestó que NO pase a la pregunta 27)			50
22. ¿El dolor de cabeza se presenta cuando está nerviosa o irritable?			51
23. ¿El dolor de cabeza es tan fuerte que le impide trabajar?			52
24. ¿Está acompañado de náusea o vómito, mareo o visión borrosa?			53
25. ¿Antes de que aparezca el dolor tiene sensaciones que le avisan que va a aparecer?			54
26. ¿El dolor se presenta sólo en un lado de la cabeza?			55
27. ¿Se sofoca usted con pequeños esfuerzos?			56

28. ¿Tiene a menudo molestias en el corazón o en el pecho?			57
29. ¿A veces siente que se le quiere salir el corazón?			58
30. ¿Frecuentemente le es difícil respirar?			59
31. ¿Padece usted de palpitaciones frecuentemente, sin ninguna razón aparente?			60
32. ¿Tiene mal apetito?			61
33. ¿Sufre constantemente de estreñimiento o diarrea?			62
34. ¿Muy a menudo siente usted el estómago revuelto?			63
35. ¿Padece frecuentemente de náuseas o vómitos?			64
36. ¿Sufre de indigestión a menudo?			65
37. ¿Frecuentemente tiene dolores de estómago o enfermedades del mismo?			66
38. ¿Trabajan mal su estómago y sus intestinos?			67
39. ¿Cuando acaba de comer, siente tan fuertes dolores de estómago que le hacen doblarse?			68
40. ¿Usualmente tiene dificultades en su digestión?			69
41. ¿Frecuentemente sufre de malestar porque se llena de gases?			70
42. ¿Le ha dicho algún médico que tiene úlcera en el estómago?			71

¿Ha padecido en el último año alguna lesión en alguna de las siguientes partes del cuerpo QUE LE DIFICULTE O IMPIDA TRABAJAR?	SÍ	NO	
43. Cuello			72
44. Hombros, codos, muñecas o manos			73
45. Espalda, cintura, caderas			74
46. Muslos, rodillas, tobillos o pies			75
47. ¿Ha tenido mucho dolor en la parte baja de la espalda?			76
48. ¿En caso afirmativo el dolor se corre a la pierna?			77

El siguiente bloque de preguntas contéstelas de acuerdo a lo que siente en este momento:	SÍ	NO	
49. ¿Siente pesadez en la cabeza?			90
50. ¿Siente el cuerpo cansado?			91
51. ¿Tiene cansancio en las piernas?			92
52. ¿Tiene deseos de bostezar?			93
53. ¿Siente la cabeza aturdida, atontada?			94
54. ¿Esta somnolienta (con sueño)?			95
55. ¿Siente la vista cansada?			96
56. ¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?			97
57. ¿Se siente poco firme e inseguro(a) al estar de pie?			98
58. ¿Tiene deseos de acostarse?			99
59. ¿Siente dificultad para pensar?			100
60. ¿Está cansada de hablar?			101
61. ¿Está nerviosa?			102
62. ¿Se siente incapaz de fijar la atención?			103
63. ¿Se siente incapaz de ponerle interés a las cosas?			104
64. ¿Se le olvidan fácilmente las cosas?			105
65. ¿Le falta confianza en sí misma?			106
66. ¿Se siente ansiosa?			107
67. ¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en una misma postura?			108
68. ¿Se le agotó la paciencia?			109
69. ¿Tiene dolor de cabeza?			110
70. ¿Siente los hombros entumecidos?			111
71. ¿Tiene dolor de espalda?			112
72. ¿Siente opresión al respirar?			113
73. ¿Tiene sed?			114
74. ¿Tiene la voz ronca?			115
75. ¿Se siente mareada?			116
76. ¿Le tiemblan los párpados?			117
77. ¿Tiene temblor en las piernas o los brazos?			118
78. ¿Se siente mal?			119

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN