

TESIS DE LICENCIATURA

TITULO:

Estudio psicológico y de las variables de Clima Laboral, Calidad de Trato, Satisfacción Subjetiva, Niveles de Estrés y Depresión, en el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

AUTOR:

Paula Bravo Urbina*

*** Licenciada en Psicología. Santiago de Chile**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1. La medicina en el mundo moderno
2. Psicología de la salud
3. Unidad de tratamiento intensivo
4. Factores asociados al trabajo de enfermería en la unidad de tratamiento intensivo.
 - 4.1. Satisfacción laboral, desempeño, recompensa e incentivos
 - 4.2. Asertividad.
 - 4.3. Estrés
 - 4.4. Depresión

CAPITULO II. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

1. Objetivo general
2. Objetivos específicos

CAPITULO III. METODOLOGIA

1. Tipo de investigación
2. Delimitación geográfica del estudio
3. Universo - muestra
4. Definición de las variables
5. Instrumentos de medición
6. Procedimiento de la intervención
7. Procesamiento de la información

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Características sociodemográficas de la muestra
2. Resultados

CAPITULO V. CONCLUSIONES

CAPITULO VI. RECOMENDACIONES

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata de esbozar los aspectos significativos de una intervención en el área de la psicología de la salud. Esta, en un primer momento, tenía como objetivo estudiar y medir una serie de variables, tales como: *Clima Laboral*, *Calidad de Trato*, *Satisfacción Subjetiva*, *Niveles de Estrés* y *Depresión*; en el personal de enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Por problemas de índole metodológico, las variables de Clima Laboral y Calidad de Trato, debieron ser eliminadas del proceso de intervención. Esta situación, modificó en cierta medida los objetivos iniciales del estudio. Sin embargo, se logró establecer un contexto adecuado para el análisis de las otras variables. Otro aspecto relevante del proceso de investigación, fue el establecimiento de una comparación intragrupo –antes y después– para el Grupo Experimental; sin llevar a cabo un contraste con un Grupo Control. De esta manera, el estudio se clasificó dentro de los diseños cuasi-experimentales de nivel explicativo.

En el primer momento, cuando nos iniciamos en el tema de una intervención para una institución de tal embergadura y además en la UTI, vislumbramos las posibles dificultades en la ejecución de tal proyecto. Sin embargo, al constatar la ausencia de estudios en el área y la inexistencia de trabajos psicológicos directos con enfermeras, dimos mayor relevancia al tema y aumentamos las expectativas de concretar lo propuesto. Así fue

como comenzamos a realizar los primeros contactos con el Hospital, específicamente con la UTI Quirúrgica.

Actualmente, es escasa la bibliografía y los antecedentes teóricos nacionales para solventar la intervención. En Chile, existe sólo una investigación de carácter descriptivo que entrega antecedentes para el comienzo y desarrollo de la presente investigación (Artacho, X. y Muñoz, M.; 1994).

Los estudios extranjeros fueron dando la pauta para crear un cuerpo teórico solvente y acabado de lo que se pretendía investigar. Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991) hacen referencia a un tipo de estrés laboral e institucional propio de las profesiones de servicio, al cual denominan “burnout”.

Para el programa de intervención se construyó un cuestionario para medir la Satisfacción Subjetiva (Bravo, P. y Silva, L., 1997). Este se encuentra validado a través del juicio de expertos y está disponible para toda la comunidad científica.

La presente investigación demostró la eficacia del programa creado para la modificación de la variable Satisfacción Subjetiva.

A continuación, se presentan los antecedentes teóricos significativos que sustentan la presente investigación.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. LA MEDICINA EN EL MUNDO MODERNO

Según Reinaldo Bustos cuerpo, medicina y enfermedad son nociones indefectiblemente relacionadas en todas las culturas. Comprender, por lo tanto, las relaciones genealógicas de estas tres nociones en el mundo moderno, tomando como hilo conductor la corporal, nos parece básico y necesario, para situar las contradicciones y aporías de la institución médica en la actualidad, sus gestos de grandeza y de miseria, sus posibilidades reales e imaginarias, sus crisis y esperanzas.

La medicina emergente en el espacio histórico de la modernidad, se instaura entonces sobre los principios de la oposición orden/caos que reemplazan a los principios tradicionales de vida/muerte, como fundamentos de la organización social. En este sentido, vencer el caos o la anomia equivale a vencer la muerte en el plano de las equivalencias con el orden pre-moderno. La medicina encuentra así un espacio de formulación fuerte en la construcción de un orden “nómico” moderno y, por lo tanto, una función destacada –a diferencia de la pre-modernidad- en la mantención del nuevo orden. Para ello, nutre su saber de una concepción del cuerpo que debe hacerse homogéneo y transparente a la mirada médica, en un proceso de reducción de lo individual a lo objetivo, que deben consolidarse en dos dominios que constantemente se entrecruzan en la modernidad: el ámbito práctico-institucional y el científico-discursivo. De esta manera, como exigencia de todo un

reordenamiento social, surge la medicina moderna que opera un desplazamiento de un cuerpo cósmico a un cuerpo objetivado e individual, para construir sus categorías de conocimiento de la enfermedad. Este conocimiento se consolida así en una antropología residual, de un cuerpo concebido como una máquina .

En nuestro postulado, la medicina como institución emergente en este espacio histórico moderno se instituiría como una estructura de apoyo al orden social, que tiene por finalidad corregir la disrupción (caos) que representa la enfermedad y la muerte en el funcionamiento social.

Resumiendo, el surgimiento de la medicina moderna se encuentra asociada a las nuevas prácticas burocráticas en el sistema panóptico, como lo postulara Foucault, que ha hecho posible el desarrollo de toda una gama de disciplinas, entre las cuales se encuentra la medicina, cuyo objetivo fundamental era hacer posible el control de la enfermedad y la docilidad de la población, como parte de un vasto proceso de racionalización que involucra a toda la sociedad por medio de las prácticas científicas en todos los aspectos de la vida humana. De nuevo, es el cuerpo el punto de aplicación y encuentro entre un orden social y una medicina que se refuerzan mutuamente en un proceso de regulación social, que necesita de cuerpos dóciles y sanos como condición de su expansión capitalista en la modernidad temprana.

Sus expresiones actuales las podemos encontrar en la estrecha interacción de ciencia y técnica, que determina la práctica médica y que genera la idea de que ésta se puede

instalar desde más allá de la ética en el espacio público, en la medida en que puede contribuir a un cierto modelo político de bienestar humano. Así, la medicina, fecundada con poderes nuevos, asume un rol que moviliza imaginariamente en la conciencia colectiva una sensación de certidumbre frente al vacío que dejara la religión desplazada del mundo moderno, de creer poder controlar el disfuncionamiento social que implica la presencia de la enfermedad y la amenaza siempre inquietante de la muerte.

Estos son los puntos de origen de una fase de la evolución histórica de la medicina moderna, que asume la enfermedad como una disfunción de la máquina corporal, máquina humana que en otro plano participa de la valoración del mundo con su fuerza de trabajo. Allí se inaugura también una relación de la medicina con la economía, cuyo punto de llegada será la crisis económica actual en el mundo en relación a las políticas de salud. De esta manera, podemos comprender que la medicina moderna no es una abstracción como institución social, sino que, por el contrario, su desarrollo y expresión actual se identifica plenamente con el ordenamiento político-económico que está en su base, “sacrificando” la subjetividad del individuo social-histórico, al hombre concreto (Bustos, R., 1993).

2. PSICOLOGIA DE LA SALUD

Grau señala que en la reconceptualización de los problemas de la salud pública contemporánea y su abordaje, la Psicología ha jugado, y está llamada a ocupar un relevante papel, no sólo en los países desarrollados, sino también en toda la región latinoamericana.

En el propio desarrollo de la Psicología como disciplina, nuevos modelos y paradigmas intentan reemplazar esquemas viejos que –sin ser inútiles- resultan ya insuficientes. Durante los últimos años los psicólogos, con independencia de su orientación teórica particular, han sabido hacerse eco de que la salud, como uno de los valores más importantes del ser humano, tiene un impacto social y psicológico en las personas, y se han dedicado a estudiar y dirigir ese impacto. Esta ha sido también una realidad de la Psicología latinoamericana. Quizás ninguna otra disciplina ha abordado más integralmente y con más larga visión el conjunto de factores psicosociales que están implicados en el proceso salud-enfermedad, como la Psicología de la Salud (Grau, J., 1996).

Matarazzo definió Psicología de la Salud como el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria.

Actualmente, se observa una tendencia al abandono de estudios correlacionados y de diagnóstico mediante instrumentos aislados, y un crecimiento de estudios de intervención en modelos multidisciplinarios tanto en la atención primaria como en la labor asistencial hospitalaria. Los trabajos en el área de psicodiagnóstico se refieren, en su mayoría, a intentos de adaptación y validación en poblaciones hispanoparlantes de pruebas e instrumentos creados en otras latitudes. De cualquier forma, aunque en muchos lugares existen grandes diferencias en cuanto a equidad en los sistemas de salud y dificultades de acceso a las instituciones de salud, que escapan en parte a la esfera de la Psicología como profesión, y existen grandes contingentes de psicólogos que constituyen una fuerza potencial aún no desplegada plenamente para mejorar los cuadros de salud de esos países, no hay dudas que los psicólogos latinoamericanos tenemos problemas muy próximos.

Se está trabajando ampliamente en la búsqueda y puesta en práctica extensiva de métodos y técnicas de influencia psicosocial que propendan a lograr en la población y en los grupos de riesgo, la motivación del cuidado de la salud y el establecimiento de hábitos de vida más sanos. En relación con esta tendencia, se fortalecerá cada vez más el trabajo interdisciplinario con la aplicación del método epidemiológico en la determinación de prioridades para la puesta en práctica de estos procedimientos y en la evaluación de los resultados. Técnicas psicosociales, como las encuestas, las entrevistas abiertas de sondeo y de profundidad, los cuestionarios, las escalas autoclasificadorias de uso masivo y los grupos de discusión demostrarán, en ascenso, su efectividad en el estudio de los problemas más complejos de la salud humana.

Por otra parte, continuará la búsqueda y puesta en práctica de los mejores procedimientos para motivar y capacitar al personal de salud en la comprensión de los factores psicosociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad y en la utilización de los aportes de la Psicología, tanto en el trabajo de promoción de salud y profilaxis del riesgo, como en la atención a enfermos, para el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas del personal de salud con pacientes y familiares en los más disímiles contextos del quehacer profesional cotidiano. Vinculado a lo anterior, se extiende progresivamente el uso de tecnologías para el entrenamiento del personal de los equipos de salud en la actividad práctica, mediante la modelación de situaciones interactivas para la realización de entrevistas y discusiones en grupos pequeños, con el apoyo de los medios modernos de grabación y video.

Nuevas perspectivas se desarrollan en torno al problema “calidad de los servicios de salud”, de acuerdo con la potencialidad de los métodos y técnicas sociopsicológicas para la evaluación de los componentes subjetivos, la exploración sistemática de la satisfacción de la población con los servicios de salud y la contribución al desarrollo de formas de organización institucional, sistemas de comunicación con los usuarios y métodos incentivadores de la participación popular en las tareas de la salud pública. Con mayor frecuencia se utilizan las técnicas cognitivo-conductuales en el campo de las enfermedades crónicas, en la disminución y control del estrés, las limitaciones invalidantes, el dolor y sus secuelas psicológicas. El área de la llamada “Psicología del Dolor” se ha ido convirtiendo en un capítulo importante de la Psicología de la Salud contemporánea y promete ensanchar sus aportes. Las técnicas de biorretroalimentación, de relajación y en general, de

preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas e instrumentaciones médicas cruentas, enriquecen continuamente el arsenal de procedimientos de la Psicología de la Salud y contribuyen a aumentar el bienestar, mejorar la adherencia a las prescripciones médicas, favorecer la adaptación a las consecuencias de la enfermedad y optimizar los servicios de salud, con disminución de los costos y de las complicaciones. Tiende a ampliarse sucesivamente la incorporación de la Psicología en la atención integral a pacientes en estado crítico. Los psicólogos incrementan sus aportes en los cuidados paliativos a pacientes terminales, potenciando la integralidad de la atención en la preparación para una muerte inevitable, con dignidad y sin dolor (Grau, J., 1996).

3. UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

El Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile es una institución privada, que como organismo de salud orienta sus servicios en el área terciaria, contando para ello con un amplio espectro de servicios especializados tales como: Centro de Información Toxicológico, Cirugía Vascular, Departamento de Cirugía Digestiva, Departamento de Enfermedades Respiratorias, Departamento Nefrología, Intensivo Quirúrgico, Servicio de Anestesia y Recuperación, Servicio de Transfusiones, Unidad Coronaria Intensiva, Unidad de Diálisis, etc. (Descripción de cargo del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1997).

Dentro de los Departamentos con que cuenta el Hospital están los de Unidades de Tratamiento Intensivo, que se dividen en: Intensivo Coronario, Intensivo Médico e Intensivo Quirúrgico (Organigrama del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1997).

El trabajo de investigación se orientó al departamento de Tratamiento Intensivo Quirúrgico. Este se encuentra en el tercer piso del Hospital y comparte sus dependencias con el Servicio de Recuperación.

Para ingresar al área de Intensivo Quirúrgico se deben cruzar dos mamparas. Detrás de la segunda, al final del pasillo se encuentra la recepción, que está a cargo de dos secretarías. La labor de ellas consiste en supervisar el ingreso y egreso de todas las personas a la Unidad de Intensivo Quirúrgico y Recuperación. Una vez dentro de la Unidad hay unos casilleros llamados “área sucia”, cuyo fin es propiciar y mantener la higiene del vestuario del personal y de la ropa de cama. En el ala derecha se encuentra Recuperación, que está

compuesta por una sala donde hay 10 camas destinadas a los pacientes en recuperación postoperatoria. También hay una oficina ocupada por la Enfermera Jefe del Departamento.

En el ala izquierda se encuentra el Intensivo Quirúrgico. Al avanzar por el pasillo a mano izquierda se ven dos boxes para la atención de pacientes, que fueron clausurados luego de la revisión de datos estadísticos que hablaban de una disminución en la cobertura de pacientes y disminución del índice ocupacional. Luego hay dos salas destinadas al almacenaje de material de ventilación y otra para el equipo de servicios. Posteriormente, se encuentra un ambiente, el cual cuenta con un pasillo central rodeado por 8 box y una recepción. Estos boxes cuentan con el equipo indispensable para la atención individual de los enfermos de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico. En medio de los boxes está la recepción donde hay dos enfermeras. Detrás de ellas se encuentra un estante que contiene las fichas de los pacientes y el Servicio de Servimaster. Detrás de recepción se encuentra una sala llamada “Clínica de Medicamentos” donde se almacenan los remedios para suministrar a los pacientes. Saliendo de esta Clínica de Medicamentos se encuentra un pasillo que da a tres salas. La primera de ellas se destina al soporte de las enfermeras y auxiliares de la Unidad. La segunda corresponde a la oficina de la Coordinadora Unidad de Tratamiento Intensivo Adulto. Por último, la tercera corresponde al soporte del personal médico.

Los recursos humanos con que cuenta la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico son:

- Personal Médico: Está compuesto por un Staff de tres médicos: Dr. Glen Hernández, Dr. Guillermo Buggedo (Jefe de Servicio) y Dr. Luis Castillo (Director del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile).

Se cuenta con los servicios de un Kinesiólogo.

También forman parte del equipo médico los alumnos becados de las especialidades de Anestesiología, Traumatología y Neurología. Tanto ellos como el personal de Staff realizan turnos específicos.

- Personal de Enfermería: Actualmente trabajan 8 Enfermeras Universitarias. Ellas se dividen en cuatro turnos cuyo horario es “largo, noche- libre, libre” Es decir, el primer día trabajan de 8:00 A.M. a 8:00 P.M., el segundo día entran a las 8:00 P.M. y salen a las 8:00 A.M. y los dos días siguientes descansan. También se cuenta con una Enfermera Jefe que trabaja de Lunes a Viernes en horario de 8:00 A.M. a 17:00 P.M.

- Personal Auxiliar: Está formado por 16 Auxiliares de Enfermería que trabajan en cuatro turnos de similar extensión que las Enfermeras.

A modo de síntesis, cada turno cuenta con la presencia de dos Enfermeras, cuatro Auxiliares, un médico de Staff y alumnos becados.

El trabajo se orientó al grupo de Enfermeras de la Unidad. A partir del reporte del Dr. Glen Hernández este grupo se encuentra sometido a altos índices de estrés (atención a pacientes con riesgo de muerte, no obtienen refuerzo directo de la acción realizada, no ven al paciente completamente recuperado, alta responsabilidad donde no hay cabida al error, contacto con la familia del enfermo, bajas remuneraciones, poco tiempo de descanso, posición intermedia en la jerarquía de la unidad, etc.)

4. FACTORES ASOCIADOS AL TRABAJO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO.

Fran M. observa que las enfermeras que trabajan en UTI deben ser inteligentes, independientes y asertivas, ya que deben tomar decisiones atinentes en poco tiempo. También es necesario que hagan un reporte de los cuidados brindados al paciente a partir de una completa recolección de datos técnicos (señales vitales, exámenes de laboratorio, etc.). Así, ellas serían el miembro del equipo más informado del estado real del paciente, de los cambios en su estado y su evolución, adquiriendo por ello responsabilidades importantes en la calidad del cuidado del paciente. Al asumir estas responsabilidades, no deben olvidar que su labor se inserta dentro de una organización con una estructura jerárquica, donde hay normas internas de funcionamiento que limitan y regulan su autonomía e iniciativa laboral. El estar dentro de una organización jerárquica implica también conflictos de poder entre un nivel y otro, por lo tanto, deben recibir ordenes de los médicos (en cuanto al cuidado del paciente) y transmitirlos adecuadamente a las auxiliares, así como también informar a los médicos de los requerimientos técnicos de las auxiliares. Dentro de este contexto deben también mostrarse competentes en cuanto al cuidado de los pacientes y de los conocimientos técnicos que poseen. El tener que resguardar esta competencia menoscaba sus posibilidades para plantear sus dudas con el equipo de trabajo.

En estos ambientes de alta exigencia y competencia, donde no hay espacio para el error, se tiende a realizar un amplio análisis de las equivocaciones cometidas por el personal. Ocasionalmente se entregan refuerzos positivos, y cuando esto sucede, es en

función de logros técnicos (descubrimiento de una arritmia, apropiado desempeño frente a una emergencia, etc.). Se menosprecian conductas tales como la cercanía y la escucha de las necesidades del paciente o de la familia de éste, aspectos importantísimos dentro de lo que se denomina una adecuada calidad de atención (Fran, M., 1992).

En la década de los ochenta, Colford y McPhee describieron una lista de estresores comunes en el personal de enfermería de UTI. Estos son:

- Trabajo excesivo, alta proporción de enfermos por enfermera.
- Pocas posibilidades de tratar las necesidades emocionales de los pacientes y de la familia de éstos.
- Trato continuo y cercano con la muerte.
- Conflictos éticos relacionados con la prolongación innecesaria de la vida.
- Proporcionan cuidados de alta tecnología (constante capacitación).
- Tienen horarios imprevisibles.
- Están sujetas a perturbaciones constantes del medio ambiente (ej. ruido, permanentemente luz artificial, etc.).
- Tienen conflictos administrativos.
- Sentimientos de impotencia e inseguridad.

A partir de las descripciones de Fran, nos parece de interés preguntarnos sobre el posible efecto de estas condiciones de trabajo sobre factores como la satisfacción laboral, el desempeño, recompensas e incentivos.

4.1. SATISFACCION LABORAL, DESEMPEÑO, RECOMPENSA E INCENTIVOS

4.1.1. Satisfacción laboral

Ibarra señala que el concepto de satisfacción laboral no se ha llegado a enunciar en una definición única e integrada. A pesar de lo anterior y de acuerdo a la literatura revisada muchos autores coinciden en definir la Satisfacción Laboral como el conjunto de sentimientos del individuo hacia el trabajo mismo y hacia los aspectos del medio ambiente laboral.

Más específicamente, Davis y Newstrom en los ochenta definen la Satisfacción Laboral como “el conjunto de sentimientos favorables y desfavorables a través de los cuales el empleado percibe su trabajo”. Los autores agregan además que la Satisfacción Laboral es “un sentimiento de relativo placer o displacer que difiere de los pensamientos objetivos y de las intenciones del comportamiento”.

Herzberg en la década de los cincuenta, plantea en su teoría que los factores que influyen en la Satisfacción Laboral se relacionan fundamentalmente con sentimientos positivos hacia el trabajo mismo, es decir, con lo que la persona hace y no con la situación en que lo hace. Estos factores determinan la Satisfacción Laboral y los denominó motivadores (logro, reconocimiento, oportunidad de promoción, el trabajo mismo, posibilidades de desarrollo y responsabilidad). Son factores intrínsecos a la naturaleza del trabajo. El otro grupo de factores que influyen en la Insatisfacción Laboral (cuando no se encuentran en su nivel óptimo), son extrínsecos a la naturaleza del trabajo y los llamó higiénicos o de mantenimiento (política y administración de la organización; calidad de la supervisión; relaciones interpersonales con el supervisor, con compañeros y subordinados;

remuneraciones, estabilidad o seguridad en el empleo; condiciones ambientales y físicas del trabajo)

4.1.2. Desempeño

La clave para lograr la calidad de trabajo en la dirección en la cual se gasta la energía, dirección determinada por la naturaleza de las recompensas de que se dispone para un desempeño eficaz. Cuando éste es recompensado y el ineficaz no lo es o es desalentado por el sistema de recompensa, la alta calidad del trabajo tiende a mantenerse. Cuando las recompensas ofrecidas por la organización y los objetivos del individuo se hallan en estrecha armonía, existe un ambiente óptimo para el trabajo eficiente y de alta calidad. La dirección del esfuerzo rendido puede considerarse así como un eslabón entre los objetivos y las recompensas. La dirección de la empresa debe preocuparse por los filtros de este eslabón: uno de ellos es el nivel de capacidad del empleado. Evidentemente, a menos que un individuo tenga capacidad para desempeñarse eficazmente en su tarea, ningún sistema de recompensa, no importa cuán amplio sea, podrá tener éxito. El camino más útil para visualizar la relación entre el desempeño y la capacidad es considerar el primero como una función de la motivación multiplicada por la segunda (Hinrichs, J., 1974).

4.1.3. Recompensa

Mientras los objetivos son los atributos del mundo concreto que persiguen los empleados para satisfacer sus necesidades, las recompensas pueden considerarse como los atributos del mundo concreto que una organización pone a su disposición. Cuando las recompensas que la empresa otorga son idénticas a las metas perseguidas por sus

empleados, existe un sistema de motivación que funciona perfectamente. En cambio, si los objetivos y las recompensas no se corresponden algo falla para llegar a la motivación completa.

Tradicionalmente, las organizaciones han tenido una visión relativamente limitada de la naturaleza de las recompensas, porque los directivos la han concentrado casi exclusivamente sobre el salario. Hoy, sin embargo, es cada vez mayor el número de directivos que han comenzado a considerar el valor de recompensas morales tales como un trabajo interesante, o una autonomía en la tarea, apoyando programas destinados a ampliar esos factores. Esperamos que en los años venideros esta reorientación fructifique ampliamente (Hinrichs, J., 1974).

4.1.4. Incentivo

Para Davis y Newstrom, el dinero tiene valor de incentivo para el empleado porque al ser otorgando cada cierto tiempo o en intervalos continuos, aumenta la convicción de que la recompensa llegará después del desempeño. Además existe la convicción de que en la medida que exista un mejor desempeño la probabilidad subjetiva de obtener una mejor remuneración es mayor.

Filpczac considera que existen además otros estímulos que se utilizan con frecuencia como recompensas dentro de los programas de incentivos en las organizaciones: seguridad en el empleo, aumento de la remuneración, condiciones de trabajo adecuadas, reconocimiento, competencia, oportunidades de desarrollo personal y profesional, retroalimentación, capacitación, beneficios sociales, premios por niveles de desempeño, participación. Estos estímulos le permiten a la organización implementar programas de

incentivo que satisfagan las demandas de los trabajadores considerando los diferentes intereses personales y profesionales. Además un programa de incentivos centrado exclusivamente en recompensas monetarias es altamente costoso para la empresa perdiendo el dinero su valor de incentivo.

Existe una gran cantidad de investigaciones sobre satisfacción laboral en personal del Area de Salud, especialmente en Enfermeras. Aunque la mayoría de estas investigaciones se abocan a la determinación de los factores que inciden en la satisfacción laboral de este grupo de profesionales. Uno de los factores identificados es el reconocimiento, el cual ha sido relacionado positivamente con la satisfacción laboral (Artacho y M., 1994).

Ya en los años noventa otros autores identifican 38 conductas de reconocimiento de parte de la enfermera supervisora y determinan que la retroalimentación sobre el desempeño en forma verbal y privada, un salario concordante con el esfuerzo desplegado, agradecimientos por escrito, son reconocimientos significativamente relacionados con la satisfacción laboral. El reconocimiento público, la posibilidad de desarrollarse profesionalmente son reconocimientos moderadamente significativos.

Otro factor relacionado con la satisfacción laboral es la oportunidad de promoción, de ascender a cargos de mayor jerarquía o importancia. Por esta razón, Schultz evalúa un sistema de promoción de Enfermeras Clínicas y su incidencia en la satisfacción laboral y en la calidad de los cuidados brindados a los pacientes. El autor verifica que la oportunidad de promoción está significativamente relacionada con un alto índice de satisfacción laboral y la mejor calidad de los cuidados brindados a los pacientes por parte de las enfermeras.

Muchos autores en la década de los noventa se han interesado en esta área. Lee y cols., examinan la satisfacción laboral en Enfermeras y encuentran áreas de alta satisfacción, tales como: las relaciones interpersonales que establecen con los pacientes y con sus pares, y áreas de baja satisfacción, tales como: los salarios y beneficios, la escasez de recursos para trabajar y la posibilidad de perfeccionarse. Recientemente Traynor y Wade coinciden con lo anteriormente planteado al señalar que la remuneración y la oportunidad de aprender son importantes elementos de la satisfacción laboral. Cavanagh, por su parte, verifica que los factores estadísticamente significativos con la satisfacción son: beneficios, participación en las decisiones, oportunidad para aprender y oportunidad de promoción.

Bjorvell y Brodin se preocupan por evaluar la satisfacción laboral en Enfermeras, Médicos, Auxiliares y Ayudantes de Enfermería, a través de un cuestionario. En este estudio se verificó una alta satisfacción en Médicos y Enfermeras, no así en Auxiliares y Ayudantes de Enfermería. Otro resultado obtenido en este estudio es que la ausencia de factores como cooperación de los pares, ayuda de los superiores y tiempo disponible para atender bien a los pacientes, tienen relación con la insatisfacción laboral y los deseos de las personas de abandonar la organización. Esta relación fue especialmente significativa en las Enfermeras. Posteriormente, Blegen realiza un análisis de 48 estudios respecto de la relación entre satisfacción laboral de las Enfermeras y algunas variables tales como el compromiso o identificación con la organización (la correlación más alta), comunicación con el supervisor, con los pares, autonomía, variedad de tareas y reconocimiento.

Armstrong propone que una organización que tienda a la optimización de sus recursos y al logro de sus metas debe crear condiciones satisfactorias para sus trabajadores y eliminar aquellas que le causen insatisfacción.

Davis y Newstrom enfatizan que generalmente se piensa que los niveles altos de satisfacción conducen siempre a un elevado desempeño por parte del empleado, pero esta suposición no es correcta. Los trabajadores satisfechos en realidad podrían lograr una producción alta, promedio o inclusive baja, tendiendo a mantener el nivel de desempeño que previamente les significó satisfacción. La relación entre satisfacción y desempeño es más compleja que decir “la satisfacción produce mejor desempeño”. Una representación más precisa de la relación es que un alto desempeño contribuye a una gran satisfacción en el empleo. La secuencia es que un mejor desempeño por lo general produce mayores recompensas económicas, sociológicas y psicológicas. Si se consideran estas recompensas como justas y equitativas, entonces se desarrolla una mayor satisfacción porque los empleados sienten que reciben recompensas en proporción a su desempeño. En cambio si se consideran recompensas inadecuadas para el nivel de desempeño, tiende a surgir la insatisfacción. Cuando una persona desempeña una actividad intenta con esto obtener o modificar algo del ambiente para lograr un beneficio; es por esto que la persona miembro de una organización espera obtener una recompensa por el servicio y la labor realizada.

Es importante considerar entonces la relación que existe entre satisfacción y recompensas en términos del valor de incentivo de manera de lograr una motivación en los trabajadores que propendan a estándares de desempeño óptimos y efectivos (Parodi, C. y Raña, M., 1995).

Con el objetivo de satisfacer las necesidades de los trabajadores, se les debe presentar un estímulo exterior que sirva como satisfactor. La adecuada administración, está relacionada primordialmente con hacer uso de las recompensas que estimularán a los empleados a hacerse más productivos en el desempeño de sus funciones.

Gibson considera que la relación entre la recompensa y la satisfacción no es de naturaleza estática; cambia porque también cambia el ambiente y las personas. Es necesario considerar entonces, que se debe contar con suficientes recompensas a fin de satisfacer las necesidades humanas básicas y que las personas tienden a comparar sus recompensas con las de los demás. Por lo tanto, cualquier paquete de recompensas debe ser suficiente para satisfacer las necesidades básicas, ser considerado equitativo y estar orientado hacia la persona.

Se ha hecho una cantidad considerable de investigaciones acerca de lo que determina si las personas estarán o no satisfechas con las recompensas. Lawler ha resumido 5 conclusiones basadas en la literatura de investigación de la ciencia conductual:

- a.- La satisfacción con una recompensa es una función tanto de la cantidad recibida como de lo que la persona considera que debe recibir.
- b.- Las comparaciones con lo que ocurre en los demás influyen en los sentimientos de satisfacción de una persona.
- c.- La satisfacción está influida por el grado de satisfacción de los empleados en relación con las recompensas intrínsecas y extrínsecas.

d.- Las personas difieren en las recompensas que desean y en el grado de importancia que atribuyen a las diferentes recompensas.

e.- Algunas recompensas extrínsecas son satisfactorias por que conducen a otras recompensas.

Muchos investigadores han concluido que la satisfacción laboral se relaciona con las recompensas en lo que respecta al valor del incentivo que éstas tienen para los trabajadores. Por otro lado, generalmente se plantea que las personas satisfechas tienden a un mejor rendimiento y su desempeño laboral es más óptimo. En general, para que exista una relación satisfactoria entre el desempeño y la recompensa recibida, la evaluación del desempeño debe realizarse antes de distribuir las recompensas. Estas deben ser motivadoras y estar ligadas al desempeño medido.

El reconocimiento del desempeño cumple con una función clave en los sistemas de recompensas. El reconocimiento es necesario para asignar recursos en un ambiente dinámico, recompensar a los empleados, retroalimentarlos acerca de su trabajo, mantener relaciones intergrupales justas, dirigir y desarrollar a los empleados y cumplir con las normas y los reglamentos. El reconocimiento al desempeño es un concepto que habitualmente lleva asociado el reconocimiento monetario ya que un sistema de incentivos económicos de cierto tipo puede aplicarse a cualquier empleo. (Davis y Newstrong, en Parodi y R; 1995).

El programa de incentivos definido en la política de remuneraciones de la empresa no sólo debe reflejar una filosofía favorable hacia los empleados sino que los empleados deben tener confianza en el deseo de la empresa de tratarlos bien y ayudarles a aumentar sus ingresos. El éxito de un programa de incentivos no depende tanto de la técnica del programa como de las condiciones bajo las cuales debe operar. El uso provechoso de incentivos financieros requiere la presencia de un ambiente adecuado en la organización (Chruden y Sherman; Flippo y Musinger; en Parodi, R. 1995).

Existen evidencias de que el dinero puede motivar no solamente el desempeño sino el compañerismo y la dedicación. Este ha presentado poca potencia motivacional en razón de su incorrecta aplicación por la mayor parte de las organizaciones. La relación no consistente entre el dinero y el desempeño en muchas organizaciones obedece a infinidad de razones entre las cuales se destaca:

- a.- Existe un intervalo de tiempo entre la realización del trabajo y la entrega de la recompensa que no permite la asociación producción-recompensa.
- b.- Las evaluaciones de desempeño no entregan las directrices adecuadas para un desempeño eficaz. Además éstas se dan a conocer a los trabajadores después de realizado el trabajo.

4.2. ASERTIVIDAD

Dentro de los factores asociados al trabajo de Enfermería en UTI, vimos como la asertividad es un requisito que deben poseer estas profesionales en su trato cotidiano con pacientes, sus familias y toda la jerarquía institucional en la que se encuentran insertas.

Dentro del sistema médico-institucional todo funciona como si esta habilidad fuera innata, no reparando en los distintos grados de desarrollo de la conducta asertiva en sus funcionarios. La asertividad favorece el desarrollo de relaciones interpersonales positivas dentro de los equipos de trabajo. Así, la asertividad influye tanto en la conformación del equipo de trabajo, como en la calidad de los servicios que individualmente y como equipo se presta a los usuarios.

4.2.1. Concepto de Asertividad

Es A. Salter el primer terapeuta conductual que hace referencia específica a esta área de la conducta humana, enfatizando la importancia que tiene la expresión emocional para la salud mental, y entregando un conjunto de técnicas para promover esta expresión. Él afirma, desde el punto de vista psicológico, que la expresión emocional es un equivalente conductual del proceso excitatorio (fisiológico). Usa el término excitatorio para referirse a la expresión espontánea y directa de todo acontecer psíquico que afecta a una persona, ya sean ideas, opiniones, emociones, necesidades, etc. La inhibición, por el contrario, se refiere a la paralización inadecuada y generalizada de funciones psicológicas, como la expresión emocional. En el plano fisiológico, correspondería a la detención de una función cualquiera del organismo. Este autor veía la asertividad como un rasgo de la personalidad ampliamente generalizado; él planteó que las personas “no asertivas” desarrollan “personalidades inhibitorias” que aprenden a través de una historia de condicionamiento clásico en la presencia de otras personas.

La “personalidad inhibitoria” está condicionada a no expresar ni satisfacer sus reacciones y necesidades verdaderas, es prisionera de sentimientos ansiosos y de la aprobación social. Todo esto le impide expresarse libremente. Por otra parte, la “personalidad excitatoria” sería para Salter el modelo de una persona psicológicamente sana, porque ha sido condicionada a expresarse de una manera independiente. Es una persona que expresa su propia naturaleza y respeta la individualidad, porque ella ha sido respetada.

Más adelante, en los años cincuenta, es Wolpe (teórico de la orientación conductual), quién considera los trabajos de Salter sobre personalidad excitatoria e inhibitoria, y reemplaza estos términos por el de asertividad y no asertividad respectivamente.

Wolpe señaló en ese tiempo, que la conducta asertiva “...se refiere, no sólo a una conducta más o menos agresiva, sino a la expresión abierta de amistad, afecto y otros sentimientos no ansiosos...”, esto es, la expresión de cualquier emoción que no sea ansiedad, hacia otra persona. Su definición de asertividad, enfatiza la relación entre ansiedad y conducta, relación que encuentra su apoyo en la teoría de la inhibición recíproca de la neurosis. El autor, se basa en las investigaciones en torno a los mecanismos de inhibición recíproca, para decir que la rabia es la respuesta emocional más antagónica de la ansiedad, y por esta razón da una mayor importancia a la expresión de rabia, y a partir de ella considera la expresión de las otras emociones. Posteriormente, en los años sesenta, plantea otra definición de conducta asertiva; en ésta señala a la expresión de rabia y el

resentimiento como las respuestas asertivas más comunes, pero agrega que el término de conducta asertiva va más allá e implica también las expresiones socialmente aceptables de los propios derechos y sentimientos. Esta nueva idea de defensa de los derechos personales, se debe en gran parte al aporte de Lazarus en la definición de la conducta asertiva. Al concebir estos derechos personales, se amplía el concepto de asertividad a la expresión social no sólo de emociones, sino también de ideas, opiniones, etc.

Más tarde, Wolpe propone una última definición de asertividad en la cual incluye la expresión de todas las emociones, menos la ansiedad, y establece un criterio para diferenciar entre aserción y agresión al referirse a lo “adecuado” de la conducta. La definición afirma que la conducta asertiva “...es la expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la ansiedad...”.

A partir de su trabajo teórico y clínico, llega a la conclusión de que habrían dos causas del comportamiento no asertivo. La primera de ellas se refiere a la ausencia de expresión en una interacción social, y lo explica principalmente a través de la presencia de la ansiedad como elemento inhibitor. En la segunda, no aparece la ansiedad como causa principal de la no asertividad, sino que se trataría del desconocimiento de tales conductas asertivas. Por esta última razón, considera como una explicación alternativa la falta de oportunidades de aprendizaje, que lleva a la no asertividad por la carencia de conductas asertivas más que por la inhibición de ellas. Desarrolló una nueva modalidad terapéutica llamada “Entrenamiento Asertivo”, que tenía como objetivo facilitar y desinhibir

conductas expresivas en personas que sufren de ansiedad social, y por otra parte, enseñar un repertorio conductual adecuado a los sujetos con déficit de habilidades asertivas.

4.2.2. Conducta Asertiva, no Asertiva y Agresiva

Este último tiempo se ha observado un aumento en las investigaciones que buscan diferenciar la conducta asertiva de la no asertiva, y de la agresiva. Entre el comportamiento asertivo y no asertivo parecen haber límites más claros y definidos, sin embargo, la conducta asertiva y la agresiva han sido frecuentemente confundidas tanto por el público en general, como por los mismos investigadores (Cornejo, L. y Baranda, B., 1983).

4.2.2.1. ASERTIVIDAD VERSUS NO ASERTIVIDAD

En primer lugar, existe un grupo de autores que siguiendo la línea de Wolpe, plantean que la ansiedad social que presentan los individuos no asertivos les inhibe su expresión asertiva, aún cuando ellos poseen la habilidad para comportarse en forma asertiva. En segundo lugar, hay otros autores que plantean que los sujetos no asertivos no cuentan con las habilidades interpersonales que se requiere para comportarse de una manera asertiva. Los datos que apoyan este planteamiento se deducen principalmente de los estudios de conductas asertivas específicas (p.e. tono de voz, sonrisas, etc.). Por último, hay una tercera línea teórica que sugiere que la presencia de ansiedad social y/o la carencia de un repertorio de habilidades sociales adecuado, no dan cuenta por sí solas de las posibles razones por las que una persona puede fracasar al tratar de comportarse asertivamente en ciertas situaciones.

De acuerdo a los tres aspectos recién nombrados, habría tres explicaciones de la no asertividad. La primera de ellas sería la presencia de ansiedad social como agente inhibidor de la conducta asertiva, la segunda se refiere a la carencia de habilidades asertivas específicas, y la tercera que plantea a los aspectos cognitivos como mediadores de la ejecución de una conducta asertiva o no asertiva. Las dos últimas explicaciones, preferentemente, han dado origen a una serie de investigaciones que han buscado diferenciar la conducta asertiva y la no asertiva de acuerdo a sus “componentes”. A continuación, presentamos los distintos estudios que apoyan el importante rol de estos componentes en la conducta asertiva, comparando estos, con la conducta no asertiva. En primer lugar nos referiremos a los componentes observables, y luego a los componentes cognitivos que intervienen en la emisión de la conducta asertiva. Hay diferentes autores que apoyan estas dos líneas de investigación en torno a los componentes de la conducta asertiva (Galassi y G.; Aguirre y B.; Juri y M.; en Cornejo y B. 1983).

A) Componentes observables de la conducta asertiva

a.- Componentes no verbales: tono de voz, postura corporal, tiempos de latencia, expresividad facial, manejo de la mirada, congruencia no verbal con el contenido, gesticulación adecuada.

b.- Componentes verbales: que implica la calidad de los contenidos, longitud del discurso, adecuación de los contenidos, expresión de sentimientos, claridad de la exposición, etc.

B) Componentes cognitivos de la conducta asertiva

Entre los principales trabajos que se han hecho respecto a los componentes intervinientes en la emisión de la conducta asertiva, se encuentra el de Schwartz y Gottman en la década de los setenta. Estos autores llevan a cabo una investigación en la cual consideran tres sistemas de respuesta para realizar el análisis de la conducta asertiva, éstas son:

- a.- Respuestas cognitivas.
- b.- Respuestas fisiológicas.
- c.- Respuestas conductuales abiertas.

Otro aspecto importante que debe considerarse dentro de estos componentes intervinientes en la emisión de una conducta asertiva. Es el señalado por Eisler y cols. Ellos demostraron que la conducta asertiva es una respuesta específica altamente determinada por las propiedades de la situación interpersonal. Así, frente a cada situación se requieren conductas interpersonales específicas.

Bruch, Heisler y Conroy en los años ochenta, realizaron un análisis más sofisticado de la conducta asertiva, y descubrieron que la habilidad para resolver problemas interpersonales y el estilo de procesamiento de la información, son habilidades cognitivas importantes que mediarían el desempeño de una conducta asertiva efectiva.

4.2.2.2. ASERTIVIDAD VERSUS AGRESIVIDAD

Para esto hemos considerado la importancia del respeto por los derechos de las demás personas como el punto central desde donde surge la diferencia entre ambos conceptos (Cornejo y B., 1983).

A) Conducta asertiva

Se entiende por conducta asertiva, una conducta dirigida a alcanzar alguna meta deseada y que continúa en dirección a esta meta, a pesar de los obstáculos en el ambiente o las oposiciones de los demás. La actitud de una persona asertiva es básicamente la de tener derecho a alcanzar sus metas individuales, en la medida que respete este mismo derecho en los demás, expresando abiertamente los sentimientos, opiniones y creencias, en forma adecuada, en el momento oportuno, permitiendo lo mismo en los demás.

B) Conducta agresiva

Se entiende por conducta agresiva una conducta que se origina a partir de las actitudes y sentimientos de hostilidad hacia los otros. El propósito de la conducta agresiva es atacar a las otras personas o ejercer poder sobre ellas de alguna forma. Esta conducta busca humillar, negar y despreciar a otros.

Estas definiciones permiten tener una mejor aproximación al entrenamiento asertivo, ya que al discriminar entre ambas conductas, se pueden precisar más objetivamente las metas que persigue dicho procedimiento terapéutico. Algunos estudios muestran que la aserción puede tener efectos interpersonales negativos. De aquí, la importancia de que los procedimientos de entrenamiento asertivo busquen el entrenamiento de aserciones positivas como la expresión de afecto, o bien de conductas que no violen o ignoren los derechos de los otros, sino que consideren las necesidades y deseos de las dos partes implicadas en la interacción (Cornejo y B., 1983).

4.3. ESTRÉS

A partir de la bibliografía revisada, de las entrevistas sostenidas con el personal de Staff y de la previa observación de campo realizada por las investigadoras, se vislumbró la importancia de incluir el estrés dentro del estudio, ya que dada la naturaleza de su tarea este grupo tendría alto riesgo de padecerlo.

4.3.1. Teoría Transaccional del Estrés de Richard S. Lazarus (1985)

El estrés psicológico, es el resultado de la relación entre ambiente y sujeto, que es evaluado por éste, como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición patógena. Para que se rompa el equilibrio, que afectará tanto al organismo como al ambiente, deben unirse: un elemento perturbador y un organismo susceptible a él. Las características o estado del sistema que es atacado, es tan importante como el agente externo que ataca, en la producción de la alteración del equilibrio, que redundará en la situación patógena correspondiente (Lazarus y Folkman; en Zimbardo 1971).

El material que se presenta a continuación pertenece a la teoría transaccional del estrés de Richard Lazarus y se encuentra desarrollado en la tesis de Artacho y Muñoz de 1994.

Las situaciones estresantes, por sí solas, no son suficientes para afectar al sujeto, éste debe ser vulnerable, para que efectivamente la situación produzca su efecto. Las demandas o exigencias que se encuentran a la base de la situación estresante pueden surgir tanto del interior del sujeto como del ambiente. Del sujeto surgen las autoexigencias, expectativas, ideas irracionales, autoestima, etc.; elementos que son capaces de generar

situaciones estresantes por sí mismas al entrar en relación con el ambiente. Estos elementos determinan, en parte, la vulnerabilidad del sujeto.

Las condiciones ambientales extremas, representan estrés para la mayoría de los sujetos, tales como: las catástrofes naturales, la guerra, la tortura, etc. No ocurre lo mismo con las situaciones de vida cotidiana en las que se produce una gran variabilidad de respuesta, lo que es estresante para una persona, no lo es para otra, incluso lo que es estresante en un momento, no lo es en otro momento para el mismo individuo.

Dentro de la teoría de Lazarus hay elementos principales, importantes de mencionar:

4.3.1.1. EVALUACION COGNITIVA

La evaluación que hace el sujeto es un proceso en el que se determina porqué y hasta qué punto una relación individuo-ambiente es estresante. Las personas y los grupos difieren en su interpretación y reacción a los acontecimientos, lo que establece su sensibilidad o vulnerabilidad ante los mismos. La evaluación cognitiva es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo y tiene lugar en forma continua durante el estado de vigilia.

La evaluación cognitiva tiene dos aspectos valorativos básicos, diferenciado entre evaluación primaria y evaluación secundaria.

A) Evaluación primaria

Es la discriminación entre el perjuicio o beneficio, en el presente o en el futuro que una determinada relación con el entorno le reporte al sujeto. Se pueden distinguir tres resultados de la evaluación primaria:

- a.- Irrelevante: cuando la relación con el entorno no conlleva implicaciones para el sujeto.
- b.- Benigno-Positiva: cuando de la relación con el medio se preveen consecuencias positivas.
- c.- Estresante: cuando la relación con el medio implica un deterioro o menoscabo del bienestar del sujeto. Esta evaluación incluye a su vez tres tipos:
 - c.1.-Daño / pérdida: cuando el sujeto a recibido ya algún perjuicio, tales como enfermedad, deterioro de la autoestima, muerte de un ser querido, etc.
 - c.2.-Amenaza: se refiere a aquellos daños o pérdidas que aún no ocurren pero que se preveen a futuro.
 - c.3.-Desafío: se refiere a aquellas situaciones que demandan esfuerzos por parte del sujeto. Hay valoración de las fuerzas necesarias para controlar la situación que lleva implícito el riesgo de daño/pérdida.

La amenaza y el desafío permiten el afrontamiento anticipado y la planificación de la estrategia; en la medida que el futuro es predecible el sujeto puede organizarse y tratar por anticipado algunas dificultades. Las evaluaciones de amenaza y desafío difieren entre sí por sus componentes cognitivos (la valoración del daño/pérdida potencial versus el dominio y la ganancia) y sus componentes afectivos (emociones negativas versus emociones positivas).

B) Evaluación secundaria

Es la valoración de aquellas opciones de afrontamiento, a través de la cual, se obtiene la expectativa de controlar la relación.

Bandura plantea la expectativa como una creencia y se pueden diferenciar dos aspectos de ella:

a.- Expectativa de resultado: es la creencia del sujeto de que una determinada conducta producirá un cierto resultado.

b.- Expectativa de eficacia: es la creencia del sujeto de que será capaz de llevar a cabo con éxito la conducta elegida y lograr con ello los resultados esperados.

C) Reevaluación

Son los cambios introducidos en las evaluaciones iniciales, en base a una nueva información proveniente del entorno, de sí mismo y/o de sus propias reacciones y respuestas del medio. El proceso de reevaluación es el mediador cognitivo de estas complejas transacciones bidireccionales, entre el sujeto y su medio ambiente.

La evaluación está influida por infinidad de factores tanto personales como ambientales.

4.3.1.2. FACTORES PERSONALES QUE INFLUYEN EN LA EVALUACION

Los factores personales que se encuentran presentes en toda evaluación estresante y que tienen una poderosa influencia en ella son los compromisos y las creencias; ellos determinan la forma en que el sujeto entiende la situación y lo que es importante para conservar el bienestar.

A) Compromisos

Ellos expresan aquello que es importante para el sujeto, por lo tanto, lo que se encuentra en juego en una relación determinada. Cualquier situación que involucre un

compromiso importante, será evaluada como significativa en la medida que dañe, amenace o favorezca la expresión de un compromiso. Los compromisos influyen en la evaluación básicamente a través de tres mecanismos, en primer lugar acercan o alejan al individuo de las situaciones que benefician o dañan sus compromisos, en segundo lugar determinan la sensibilidad y tipo de afecto del sujeto en la situación, en tercer lugar, afectan la vulnerabilidad psicológica del sujeto, cuanto mayor sea la intensidad del compromiso, mayor será a vulnerabilidad.

B) Creencias

Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. Son nociones preexistentes de la realidad, que sirven a modo de lente perceptual. En la evaluación las creencias determinan la realidad y modelan su significado, sobre todo en un ambiente ambiguo o nuevo.

Existen dos tipos de creencias importantes para el proceso de evaluación:

a.- Creencias sobre control personal: es el grado en que el sujeto asume que puede controlar los acontecimientos. Se dividen en dos tipos:

a.1.-Creencia generalizada de control: es la disposición estable de la personalidad, corresponde a una variable antecedente estable en el sujeto.

a.2.-Creencia específica de control: es el convencimiento del sujeto de poder controlar una situación determinada.

b.- Creencias existenciales: grado en el cual el sujeto asume que no puede controlar los acontecimientos, sino que éstos responden a órdenes superiores a sí mismo, tales como el karma, Dios, el destino, etc.

Rotter plantea el Locus de Control Interno versus el Locus de Control Externo. El primero, se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes a la conducta del sujeto. El segundo, se refiere a la creencia de que los acontecimientos no son contingentes a la conducta del sujeto, sino que dependen de factores externos al sujeto.

Las creencias tienen una afectividad neutra, es aquello que el sujeto piensa que es verdad, independiente si le gusta o no, aunque a ella pueden asociarse afectos positivos o negativos; en cambio los compromisos tienen una cualidad afectiva determinada que producen la motivación para asegurar el compromiso, son valores que el sujeto aprueba y persigue.

4.3.1.3. FACTORES SITUACIONALES QUE INFLUYEN EN LA EVALUACION

Aunque el estímulo puede ser objetivamente estresante, existen diferencias individuales en su valoración y en las respuestas que elicitada. El grado en que un acontecimiento es estresante, está determinado por una confluencia de factores personales y situacionales.

Existen múltiples y variados factores situacionales, estos son:

A) Novedad de la situación

Si una situación es completamente nueva y no hay aspectos de ella que se relacionen con daño/pérdida, amenaza o desafío, no dará lugar a evaluaciones estresantes; en la evaluación más nueva los estímulos serán percibidos y procesados a través de sistemas o esquemas previos de conocimiento.

B) Predictibilidad de la situación

Implica que existen características ambientales que, pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas, que advierten la inminencia de un acontecimiento. La predictibilidad de la situación permite a los sujetos prepararse y esto puede aumentar o reducir la capacidad aversiva del agente estresante de acuerdo a los factores personales del sujeto.

C) Incertidumbre

Más que la predictibilidad de un acontecimiento es la incertidumbre o probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento lo que influye en la evaluación. El hecho de no saber con certeza si va a ocurrir un acontecimiento determinado da lugar a un dilatado proceso de evaluación y reevaluación que generan pensamientos, sentimientos y conductas competitivas entre sí, que le generan confusión y mayor ansiedad.

D) Factores temporales

El tiempo que separa al sujeto del acontecimiento estresante o “inminencia” es uno de los parámetros más importantes de evaluación. La “duración” del estímulo estresante comprende el período en el cual el sujeto se haya sometido al agente estresante. La “cronología” del acontecimiento estresante es un elemento importante puesto que éste no ocurre en forma aislada, sino en el contexto del ciclo vital del individuo y en relación con otros acontecimientos pasados, futuros o concurrentes.

4.3.1.4. AFRONTAMIENTO

Son esfuerzos cognitivos y conductuales constantes y variables, que se desarrollan para manejar las demandas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto. Es un proceso que se caracteriza por el cambio, consecuente con las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la variable relación sujeto-ambiente.

Se distinguen dos tipos de afrontamiento.

A) Afrontamiento instrumental.

Está dirigido a enfrentar la situación estresante. Las estrategias de afrontamiento van dirigidas al problema, lo que se traduce en acciones tales como circunscribir y definir el problema, búsqueda de información, considerar alternativas, elección de la solución, exploración de recursos, etc.

B) Afrontamiento paliativo.

Está dirigido a regular la respuesta emocional del sujeto, son estrategias de afrontamiento encargadas de reducir el grado de trastorno emocional tales como evitación, percepción selectiva, minimización, evasión, etc.

4.3.2. El “Burnout”, una forma específica de Estrés Laboral

Desde la mitad de la pasada década hasta nuestros días y a ritmo creciente, el concepto de “burnout o estrés laboral asistencial”, que parece haber sido descrito por primera vez por Freudenberger, ha despertado mucho interés, tal y como lo demuestran la gran cantidad de publicaciones, y la aparición de monografías sobre el tema.

En concreto el término hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas, más concretamente en aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda: médicos, enfermeras, maestros, policías y en general aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo. El origen del constructo reside en los estudios sobre cómo los sujetos interpretan y mantienen sus propios estados emocionales ante situaciones de crisis. En concreto, los estudios iniciales trataban de analizar las modalidades de la activación emocional y del control de la misma en situaciones de emergencia como pueden darse en un hospital, o en el trabajo de un bombero, policía, etc. Los datos pusieron de manifiesto que la preparación de estos profesionales era deficitaria en el control de las dificultades emocionales habitualmente vinculadas a su trabajo, lo que conducía frecuentemente a un sentimiento de fracaso personal o incapacidad para el ejercicio de la profesión (Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A., 1991).

Se han hipotetizado múltiples causas del síndrome, pero éstas al igual que la definición del mismo, parecen reflejar “un universo difícil de manejar”. Entre ellas cabe destacar: aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. También se han reflejado aspectos más cognitivos como son: bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, así como bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional, o

incluso se ha asumido el paradigma de la indefensión aprendida como explicación del fenómeno burnout.

La explicación del porqué son las profesiones asistenciales las más afectadas por este tipo de síndromes está intrínsecamente unida con la etiología del burnout. Por un lado, son las profesiones asistenciales las que presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo. Sin embargo, el choque que experimentan estos profesionales, al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse, puede estar determinado, en gran parte, el comportamiento de estos profesionales; de tal forma que la prevalencia de expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad está contribuyendo en gran medida al estrés que experimenten estos empleados.

Por otro lado, cabe destacar, tal y como explican Maslach y Jackson, que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación; la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de “desección” emocional, que deja al profesional vacío y “burnout”.

Son Lees y Ellis en la década de los noventa, quiénes realizan una revisión de la literatura respecto a reportes formales de programas sistemáticos para disminuir el estrés y verifican un escaso número de ellos aunque al ser llevados a cabo, a corto plazo, han

resultado exitosos. Algunos estudios, de forma más sistemática, han diseñado programas para el afrontamiento del estrés. Específicamente, Tallant, Rose y Tolman evalúan la efectividad de un programa de entrenamiento en el manejo del estrés, el cual incluyó técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y asertividad. Concluyen que los individuos del grupo experimental evidencian una reducción significativa del estrés en relación al decremento del nivel de estrés del grupo de control.

Más tarde, Lees y Ellis diseñan un programa de entrenamiento en el manejo del estrés para estudiantes de enfermería. Este programa incluyó, entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad y establecimiento de grupos de discusión con continuidad en el tiempo para fomentar el apoyo del grupo. Los resultados son exitosos, aunque aún se está evaluando su efectividad.

Muchas investigaciones se han realizado en los años noventa. Así, Waldvogel y cols. compararon por medio de un cuestionario las experiencias y percepciones que enfermeras y médicos tenían frente a una amplia gama de estresores en el cuidado de pacientes con SIDA, encontrando diferencias significativas entre los grupos. Los resultados fueron comparados con un estudio realizado entre médicos y enfermeras sobre los estresores en el cuidado de pacientes de oncología. Tyler y C. realizaron un estudio donde administraron encuestas a enfermeras y pupilos que entregaban alimentación en un hospital general. Observaron en las enfermeras resultados más negativos en cuanto a su salud mental, tendiendo a percibir el trabajo como negativo y excesivo. Entre sus recomendaciones se incluyen la implementación de programas para el manejo del estrés y

una mayor asignación de recursos para disminuir el trabajo excesivo. Por su parte Beardslee y cols. demostraron que los factores de compromiso y apoyo social del supervisor, disminuían el impacto del estrés y reforzaban la satisfacción laboral.

Sing-ling, T. y Crockett, M. por medio de estrategias cognitivo-conductuales disminuyeron el estrés y aumentaron la salud física y psicológica en un grupo de enfermeras de un hospital de Taiwán. Jessee, discute la importancia de incorporar en el repertorio de las enfermeras herramientas de juego, para promover el consuelo y aliviar el dolor y el estrés en niños hospitalizados (Traducción de las autoras).

Al revisar las investigaciones acerca del estrés en enfermeras, se constata que estos estudios enfatizan diferentes aspectos del fenómeno. Unos establecen los estresores propios de la profesión, otros las consecuencias tanto individuales como organizacionales y finalmente, las estrategias del afrontamiento y la implementación de programas sistemáticos para que los individuos afronten sus cargas diarias.

A continuación, se presenta cada uno de estos aspectos recién mencionados: estresores, consecuencias, estrategias, y programas sistemáticos de afrontamiento.

Algunos autores señalan que enfermería es una profesión con altos índices de estrés ocupacional, lo cual es corroborado por Lees y Ellis, quienes plantean además, que esto se debe a las altas demandas físicas y psicológicas que implican sus funciones. Estas demandas o estresores son muchos y variados. Se evidencia coincidencia en la literatura respecto a qué factores son percibidos por las enfermeras como estresantes en diferentes tipo de unidades de enfermería.

Spoth en 1987, ofrece una clasificación de los elementos que influyen en el estrés. El autor los divide en: estresores del ambiente físico, del ambiente interpersonal y de la relación con el paciente. El presente estudio se basará en esta clasificación para incluir los estresores más frecuentes recopilados en la literatura. Dentro de los estresores del ambiente físico se encuentran: escasez de materiales e insumos, sobrecarga de trabajo, baja dotación de personal y sistema de turnos rotativos. Dentro de los estresores del ambiente interpersonal cabe mencionar el conflicto en las relaciones interpersonales con médicos, enfermeras, supervisores y administradores. Dentro de los estresores de la relación con el paciente se encuentran: el contacto con la muerte y la agonía de un paciente, sufrimiento de los pacientes, relación con los familiares de los pacientes y conflictos éticos acerca de lo adecuado de los cuidados de los pacientes.

Según la literatura revisada existen múltiples consecuencias del estrés en enfermeras las cuales son agrupadas en consecuencias individuales y organizacionales. En relación a las consecuencias individuales, Spoth plantea que el estrés produce una variedad de efectos físicos, psicológicos y conductuales, todos los cuales interfieren en el trabajo. Más específicamente, Ullrich y Fitzgerald concluyen que existe una estrecha relación entre estresores situacionales y el reporte de molestias físicas, tales como, cefaleas, arritmias, mareos, sofocos, molestias en la vía aérea, superior y del aparato digestivo. Otros autores han encontrado un efecto adverso del estrés en la población de enfermeras que lo denominan agotamiento. Otra consecuencia del estrés en enfermeras es planteada por Stehle, señala la depresión e irritabilidad.

En relación a las consecuencias organizacionales, a nivel más general, el de la organización, el ausentismo es atribuido a altos niveles de estrés en las enfermeras. Otras consecuencias reportadas en los estudios revisados son la rotación del personal y el bajo rendimiento laboral.

La revisión bibliográfica, evidencia un número reducido de investigaciones que apuntan a las características del afrontamiento en las enfermeras.

Dewe señala que se le ha dado poca importancia a la identificación de estrategias de afrontamiento usadas por las enfermeras para afrontar sus cargas cotidianas, más bien, los estudios se han abocado a la determinación de las causas y consecuencias del estrés en enfermeras. Según el autor, este hecho tiene relación con el modo en que el estrés ha sido definido: como un estímulo o como una respuesta y no como un proceso. La importancia de considerar el afrontamiento radica en que constituye, junto a las evaluaciones estresantes, uno de los mejores predictores del nivel de adaptación del individuo.

A continuación se mencionan algunos hallazgos respecto del afrontamiento con enfermeras. Chiriboga y cols. identifican 9 estrategias de afrontamiento usadas por enfermeras que trabajan con pacientes terminales. Entre algunas de ellas es posible mencionar: conductas racionales, dejarse llevar por la fantasía, evitar las emociones, meditación y anticipación del afrontamiento. Más tarde, Dewe a través de su estudio que incluyó enfermeras de diferentes unidades, identificó seis estrategias usadas por las enfermeras para afrontar el estrés, entre las cuales se menciona: estrategia de acción directa (conducta orientada al problema), tratar de serenarse y ubicar las situaciones en su real

perspectiva (estrategia paleativa), expresar los sentimientos y la frustración, guardarse el problema para sí, aceptar que el trabajo es así y tratar de que no le afecte, y estrategias pasivas para solucionar la situación (fumar, ingesta de alcohol y drogas).

Lees y Ellis verifican que frente al estrés las enfermeras pueden seguir tres caminos: pueden aprender a afrontar eficazmente con o sin apoyo externo, funcionando adecuadamente en su ambiente de trabajo; pueden afectar quedándose en su ambiente laboral, enfrentando las situaciones estresantes ineficazmente, llegando hasta el agotamiento extremo; o pueden dejar la profesión completamente. Algunos autores reportan que el conocimiento y la habilidad para el juicio clínico son factores importantes para reducir la percepción de estrés en las enfermeras. Otros estudios enfatizan el afrontamiento desde una perspectiva de la organización del trabajo, aunque según Spoth en estos aún no ha sido probada su confiabilidad de manera sistemática. Estos métodos son: mejor educación en servicio, rotación periódica a otras unidades, enfermeras que realicen seguimiento de los pacientes aunque sean trasladados a otras unidades. Siguiendo este mismo punto de vista, Cronin-Spubbs y Rooks proponen alterar los períodos de intensa actividad y el contacto con pacientes graves con períodos menos activos, como una forma de reducir el estrés.

Por información del Dr. Glen Hernández, integrante del Staff de médicos permanente de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, habría una situación problemática en las enfermeras que se desempeñan en la Unidad, porque dentro del servicio de Intensivo

Quirúrgico no hay ninguna preparación para el afrontamiento al estrés (tanto para los médicos como para las enfermeras y auxiliares), solamente se da prioridad a lo técnico. Explica que a final del año pasado se produjo un éxodo masivo (85%) del personal de enfermería de la unidad. A raíz de esto fue necesario recontratar a la mayoría del equipo de enfermería.

Señala que la mayor parte de los enfermos que se encuentran en la UTI tienen diagnóstico de grave (con riesgo de muerte). El 20% de ellos fallece. Dice que las enfermeras tienen poca retribución de su labor porque, cuando los pacientes se recuperan son derivados a otra unidad, no se celebran los triunfos y hay poca satisfacción personal. Las enfermeras están expuestas a altas exigencias porque no hay márgenes para errores, se trabaja apurado y atareado y con la presión al límite. También hay presión por parte de los familiares de los enfermos, quienes solicitan información sobre el estado del paciente, que sólo los médicos de Staff pueden entregar. Las enfermeras están expuestas constantemente a críticas de los médicos, de las auxiliares y de los usuarios. También hay extenuantes turnos rotativos, horas extras y bajos sueldos, lo que favorece que las hostilidades y envidias se potencien.

Para finalizar, se ha decidido incluir el tópico de la depresión dentro del estudio. Esto, a la luz de los hallazgos de Stehle, quien ve la depresión y la irritabilidad como otra consecuencia del estrés. Al revisar la literatura encontramos el “Síndrome general de adaptación”, descrito por Selye. Este consta de tres etapas. La última de ellas se denomina agotamiento y sus síntomas son muy similares a los del Burnout. Si bien no pretendemos

establecer ni determinar una relación causal o lineal entre estrés y la sintomatología depresiva, si nos interesa observar como se comportan ambas variables en la población de enfermeras de UTI.

4.4. DEPRESIÓN

4.4.1. Modelo Cognitivo de la Depresión de A. Beck

Uno de los modelos cognitivos que intenta explicar la conducta depresiva es el que desarrolló el psiquiatra norteamericano Aaron Beck en la década del 60. Asume que “el problema primario del individuo tiene que ver con la construcción de la realidad. El remedio se sitúa en la modificación de la tendencia cognitiva. Esta modificación psicológica produce, entonces cambios bioquímicos que a su vez pueden influir posteriormente en las cogniciones. Los pensamientos no causan cambios neuroquímicos y éstos no causan pensamientos. Cambios neuroquímicos y cogniciones son los mismos procesos examinados desde perspectivas diferentes”. Desde esta postura afirma que el síndrome depresivo envuelve una interacción entre sistemas conductuales, bioquímicos, afectivos y cognitivos: “cambios en el sistema cognitivo producirían un cambio en el síndrome como un todo”. La instalación de un síndrome depresivo pasa por la conformación de un sistema cognitivo compuesto básicamente por una “Tríada Cognitiva”, unos “Esquemas Cognitivos” y “Errores Cognitivos”, que en conjunto dan lugar a un procesamiento distorsionado de la información.

La Tríada Cognitiva se refiere al desarrollo de una visión negativa de sí mismo, de la realidad y sus experiencias y del futuro. Así, si una persona se percibe en forma negativa,

afectará su selección de información externa hasta hacerla consonante con su sistema cognitivo depresogénico.

Los Esquemas “son patrones cognitivos relativamente estables que selectivamente inducen a conceptualizar la situación estímulo como autoderrotante o inducida de dolor. Así, cuando una persona enfrenta una situación particular, se activa un esquema relacionado con esa circunstancia. La persona categoriza, codifica y evalúa sus experiencias a través de estos esquemas, los cuales de alguna manera determinan como responderá a esas experiencias”.

Los Errores cognitivos corresponden a errores sistemáticos en el procesamiento de la información que llevan a intensificar los sentimientos y emociones displacenteros. Actúan en forma refleja sin ningún razonamiento antecedente. Según Beck, los pacientes depresivos presentarían algunos de los siguientes errores cognitivos:

- a.- Atención Selectiva:* la persona atiende sólo a los aspectos negativos de la realidad.
- b.- Abstracción Selectiva:* la persona centra su atención en detalles tomados fuera del contexto, ignorando otros datos más sobresalientes de la situación.
- c.- Magnificación y Minimización:* la persona amplifica los aspectos negativos de la realidad y reduce los positivos.
- d.- Sobregeneralización:* la persona llega a una regla general sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplica el concepto a situaciones poco relacionadas.
- e.- Inferencia Arbitraria:* la persona llega a conclusiones específicas en ausencia de evidencia.

f.- *Personalización*: la persona sobrestima el grado hasta el cual los eventos están relacionados con ella y le otorga significados personales a eventos que no se relacionan.

g.- *Pensamiento Polarizado (Absolutista o dicotómico)*: la persona rotula las situaciones sólo en base a dos categorías opuestas.

h.- *Recuerdo Selectivo*: la persona tiende a recordar sólo los eventos negativos de su pasado.

i.- *Deficiencia Cognoscitiva*: la persona no capta ni asume los aspectos significativos de la realidad.

La teoría cognitiva sugiere que estas creencias disfuncionales y estilos distorsionados de procesamiento de la información potencia el humor depresivo y llevan a una conducta pasiva. Beck y Hollon, postulan un gran cambio de la organización cognitiva en la depresión "... caracterizada por una limitación en el número, contenido y cualidad formal de las categorías de respuesta cognitiva, particularmente en relación al autoconcepto y expectativas personales de los clientes. Esas categorías de respuesta (esquemas) tienden a ser globales, rígidas y de tono negativo".

Beck en 1976, propuso un instrumento de diagnóstico y un procedimiento cognitivo-conductual de carácter terapéutico para el trabajo con personas deprimidas. Entre las técnicas cognitivas que incluye dicho procedimiento destacan:

- a- Identificación de Pensamientos Automáticos.
- b- Evaluación del Contenido del Pensamiento.
- c- Verificación de Hipótesis Prospectivas.
- d- Identificación de Supuestos Subyacentes.
- e- Búsqueda de Soluciones Alternativas.
- f- Técnicas de Reatribución de Responsabilidad de Acontecimientos Negativos.

Pero Beck no sólo propone técnicas cognitivas. Postula que son necesarias algunas técnicas conductuales que además de modificar la conducta eliciten cogniciones asociadas a conductas específicas.

Entre estas técnicas destacan:

- a- Asignación Graduada de Tareas Específicas.
- b- Programación de Actividades Cotidianas.
- c- Programación de Actividades Placenteras.
- d- Ensayo Cognitivo de la Secuencia que Lleva a la Completación de una Determinada Tarea.
- e- Entrenamiento Asertivo: es una técnica conductual basada en la adopción de roles asignados e intercambiados entre paciente y terapeuta y su interacción subsecuente.

Ayuda a clarificar las cogniciones autoderrotantes o interferentes en sus relaciones interpersonales, mostrando alternativas tanto conductuales como de interpretación cognitiva frente a una misma situación.

En resumen, a partir de la revisión bibliográfica, de las entrevistas realizadas a los médicos de Staff y enfermera coordinadora; y de los datos obtenidos en las observaciones realizadas al interior de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico; hemos decidido presentar el anterior marco teórico considerando: en primer lugar al modelo médico y su institucionalización, dentro de la cual la psicología de la salud se ha abierto como un nuevo campo. Luego se ha prestado atención al modus operandis de una unidad de tratamiento intensivo y a los factores que se asocian al trabajo de enfermería en este contexto. Se resaltaron tópicos como: satisfacción subjetiva, asertividad, estrés y depresión.

CAPITULO II

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar, aplicar y evaluar un programa de entrenamiento cognitivo-conductual para aumentar la satisfacción subjetiva, disminuir el estrés general y los síntomas depresivos del equipo de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

a.- Determinar la satisfacción subjetiva del personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, mediante la aplicación de un “Cuestionario de Satisfacción Subjetiva” (Bravo, Silva, 1997), antes de la implementación del programa de intervención.

b.- Determinar los niveles de estrés en el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, mediante la aplicación del “Cuestionario de Estrés para Personal de Enfermería” de Gray-Toft y Anderson, 1981, antes de la implementación del programa de intervención.

c.- Determinar los síntomas de depresión del personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica

de Chile, mediante la aplicación de la “Escala de Depresión de Beck”, antes de la implementación del programa de intervención.

d.- Diseñar un programa de entrenamiento cognitivo-conductual para el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

e.- Aplicar un programa de entrenamiento cognitivo-conductual para el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

f.- Determinar la satisfacción subjetiva del personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, mediante la aplicación de un “Cuestionario de Satisfacción Subjetiva” (Bravo, Silva, 1997), después de la implementación del programa de intervención.

g.- Determinar los niveles de estrés en el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, mediante la aplicación del “Cuestionario de Estrés para Personal de Enfermería” de Gray-Toft y Anderson, 1981, después de la implementación del programa de intervención.

h.- Determinar los síntomas de depresión en el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, mediante la aplicación del “Inventario de Depresión de Beck”, después de la implementación del programa de intervención.

i.- Determinar la incidencia que tuvo el programa de entrenamiento cognitivo-conductual en las Enfermeras de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el aumento de la satisfacción subjetiva, en la disminución del estrés y los síntomas de depresión.

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Desde el punto de vista del nivel de conocimiento que se alcanza, se trata de una investigación explicativa (Siegel, S., 1956), dado que se utilizó un diseño cuasi-experimental.

Cuando se realizó el proyecto de la investigación se planificó utilizar el diseño experimental clásico, se realizaría en base a dos grupos, experimental y de control, con medición antes para ambos. Luego, la introducción de la variable independiente en el grupo experimental, consistente en la aplicación de un programa de entrenamiento cognitivo-conductual, en las variables dependientes de satisfacción subjetiva, estrés y depresión. Realizada la intervención se haría la segunda medición en ambos grupos para determinar la efectividad del programa.

Debido a problemas que no pudieron ser previstos a nivel del proyecto, el tipo de diseño tuvo que ser modificado quedando como un diseño cuasi-experimental con un solo grupo, medido antes y después. Por lo tanto, en este grupo se aplicó el programa de entrenamiento cognitivo-conductual que constituyó nuestra variable independiente o experimental.

Las razones de cambiar el tipo de diseño fueron: factores administrativos y factores asociados al trabajo en UTI, como por ejemplo: sistema de turnos, escasez de personal, urgencias médicas, restricción del ingreso a la Unidad, etc. Frente a esto, la coordinadora de ambas unidades (Quirúrgica y Coronaria), se responsabilizó de la aplicación de los cuestionarios al grupo de control. Esta no pudo cumplirlo debido a la responsabilidad de su cargo, escasez de tiempo y dado a que algunas enfermeras se negaron a contestar, ya que recientemente habían participado en otro estudio.

Estaba medido el grupo experimental (antes) y se estaba llevando a cabo la intervención, cuando a mediados de ésta se tuvo que aceptar que no se podían obtener las mediciones del grupo de control. Por lo tanto, se trabajó solamente con el grupo experimental. De ahí que el diseño se modificó, dadas todas las circunstancias no controlables por las investigadoras.

2. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

El estudio se realizó con el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico, del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ubicado en Marcoleta 367, Santiago Centro, Región Metropolitana.

3. UNIVERSO - MUESTRA

La unidad de estudio para nuestra intervención, iba a estar constituida por el total de enfermeras de la Unidad de Tratamiento Intensivo respectiva (10 enfermeras).

Debido a aspectos no controlables por las investigadoras, tales como: licencias médicas, cargo de jefe de enfermería de la Unidad, estadía transitoria en la Unidad (capacitación) y sobrecarga de trabajo, el número de enfermeras quedó reducido a cinco.

En este caso nuestra muestra fue no probabilística, por lo tanto, es intencionada.

4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

El Programa de Intervención destinado a producir cambios en algunas variables psicológicas.

4.2. VARIABLES DEPENDIENTES

4.2.1. Satisfacción Subjetiva

DEFINICION CONCEPTUAL: Es cuando el individuo encuentra un sentido en lo que hace, se siente satisfecho y se compromete con su tarea. Esto está relacionado con el bienestar psicológico normal e incluye las siguientes áreas: social, afectiva, cognitiva, laboral, conyugal, familiar, etc. (Davis y Newstrom, 1987).

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido en el “Cuestionario de Satisfacción Subjetiva”(Bravo, P. y Silva, L., 1997), el cual evaluó las siguientes dimensiones:

- Trabajo en equipo
- Factores externos
- Control positivo del comportamiento
- Relaciones interpersonales
- Infraestructura

4.2.2. Estrés

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el resultado de la relación entre ambiente y sujeto, que es evaluado por éste, como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1985).

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido en la “Escala de Estrés para Personal de Enfermería” desarrollada por Gray-Toft y Anderson, 1981.

4.2.3. Depresión

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la visión negativa que la persona depresiva tiene de sí misma, del mundo y de su futuro, frecuentemente suele presentar errores que son predictibles, y que son reflejo al mismo tiempo de su forma de pensar o de estructurar la realidad. (Beck, A., 1976).

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido en el “Inventario de Depresión de Beck” (1978).

5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

5.1. Cuestionario de satisfacción subjetiva (bravo y silva, 1997)

El instrumento consta de 5 dimensiones, cada una de las cuales se evaluó a través de una escala de medición Likert, la que permitió asignar un valor específico a cada una de ellas, compuesto de 5 alternativas a las que se les asignó un valor de “1” a “5”. La escala tiene un puntaje máximo de 220 puntos, que equivale a menor satisfacción subjetiva, y un mínimo de 50 puntos, que equivale a mayor satisfacción subjetiva.

Las dimensiones que se consideraron son:

DIMENSIONES:

Trabajo en Equipo: Coordinación planificada de las actividades de un grupo de personas para procurar el logro de un objetivo y propósito explícito y común, a través de la división del trabajo y funciones. Existiendo la idea de esfuerzo coordinado para la ayuda mutua.

Esta dimensión consta de los siguientes indicadores:

<i>Items</i>	
- Participación en la toma de decisiones	1, 9, 15
- Coordinación de labores	11, 32
- Sentido de pertenencia al grupo de enfermeras de la unidad	12, 41, 42
- Comunicaciones fluidas	10, 13, 17
- Facilitación de la tarea a la otra enfermera	14, 26

Puntaje máximo: 62

Puntaje mínimo: 13

Factores externos: Atribuciones de controlabilidad que la persona realiza sobre la posible influencia que factores externos (hijos, enfermedades, dificultades económicas, relación de pareja, etc.) tienen en su satisfacción y desempeño laboral, así como de la influencia de factores laborales en su vida cotidiana.

Esta dimensión consta de los siguientes indicadores:

<i>Items</i>	
- Medida en que los problemas externos influyen en el desempeño y la satisfacción laboral	16, 18
- Medida en que los problemas laborales influyen en la vida personal	8, 44

Puntaje máximo: 20

Puntaje mínimo: 4

Control positivo del comportamiento: Es el aumento en la probabilidad de ocurrencia de una conducta por medio de la entrega de un reforzador positivo.

Esta dimensión consta de los siguientes indicadores:

Items

- Expectativas de autoeficacia	19, 28
- Autorrecompensa por la tarea realizada	21, 30
- Refuerzo de los pares	7, 23, 24, 27, 45, 46
- Refuerzo a los pares	3, 6, 35.

Puntaje máximo: 47

Puntaje mínimo: 13

Relaciones interpersonales: Son aquellas relaciones entre miembros de una organización, son relaciones con personas de su mismo status, formalizadas (roles de trabajo) e informales (apoyo, afecto, amistad, respeto, franqueza y asertividad).

Esta dimensión consta de los siguientes indicadores:

Items

- Conducta asertiva	22, 29, 31
- Soporte emocional	20, 33, 40
- Expresión de emociones	4, 25, 37
- Expresión de emociones de los pares	34
- Capacidad de empatía	47, 49, 50

Puntaje máximo: 65

Puntaje mínimo: 13

Infraestructura: Son aquellas características del espacio físico de trabajo que hacen la tarea más agradable, ya que facilitan la satisfacción de necesidades físicas y psicológicas.

Esta dimensión consta de los siguientes indicadores:

Items

- Música ambiental	48
- Variedad de estímulos en la sala de Enfermeras	36, 38, 39
- Percepción de calidez y confort de los espacios de trabajo	2
- Ejecución de conductas para hacer más cálido y confortable el espacio de trabajo	5, 43

Puntaje máximo: 26

Puntaje mínimo: 7

Los 50 ítems se distribuyeron en las 5 dimensiones ya mencionadas, siendo la sumatoria de las respuestas el puntaje obtenido por el sujeto en la variable satisfacción subjetiva.

Se sometió a juicio de expertos por 5 psicólogos, un médico de Staff, la enfermera coordinadora de la unidad y una socióloga asesora metodológica de la tesis.

(Ver Anexo N ° 1)

5.2. ESCALA DE ESTRES PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DESARROLLADA POR GRAY-TOFT Y ANDERSON (1981)

Esta escala consta de siete factores que han sido identificados como generadores de estrés en el personal de enfermería.

Estos son:

- Sobrecarga de trabajo
- Muerte y agonía
- Preparación inadecuada
- Escaso apoyo del personal
- Inseguridad en el tratamiento médico
- Conflicto con los médicos

La escala consta de 34 ítems, que se respondieron a través del procedimiento de Likert compuesto de cuatro alternativas a las que se les asignó un valor de 0 a 3 puntos. Estas categorías son: Nunca (0), ocasionalmente (1), frecuentemente (2), muy frecuentemente (3). La escala tiene un puntaje máximo de 102 puntos y un puntaje mínimo de 0 puntos.

Los 34 ítems se distribuyeron en los siete factores ya mencionados, siendo la sumatoria de las respuestas el puntaje obtenido por el sujeto, en la variable estrés.

(Ver Anexo N° 2)

5.3. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (1976)

Este inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes; cada uno de ellos es una manifestación de depresión. Valores numéricos de “0” a “3” lo cuantifican. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta; “a” y “b”, para indicar que se encuentran en el mismo nivel. Los ítems se escogieron tomando en cuenta su relación con la depresión y no tienen significación etiológica. Está elaborado para ser administrado por un examinador utilizando una copia doble, una que se le entrega al paciente y la otra que se lee en voz alta por el administrador.

El puntaje de depresión es la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems; a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva. Los rangos de sintomatología depresiva son:

0 a 12	:	Sin sintomatología.
13 a 22	:	Sintomatología leve.
23 a 27	:	Sintomatología moderada.
Más de 27	:	Sintomatología aguda.

(Ver Anexo N° 3)

Los tres instrumentos tanto para la fase antes como después fueron aplicados por la técnica autoadministrada y asistida.

6. PROCEDIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

FASE 1

Se realizaron entrevistas con médicos de Staff de la Unidad, para informarlos sobre los objetivos del proyecto y conversar acerca de la viabilidad de su implementación. Luego, se realizó la petición formal del permiso de ingreso, por medio de cartas, dirigidas al Director.

FASE 2

Obtenida la autorización para el proyecto, las investigadoras pusieron al tanto a la enfermera coordinadora y a la enfermera en jefe de la realización de éste en la unidad. Se obtuvo además, autorización para ingresar a la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico, para hacer una primera observación en terreno.

FASE 3

Con información de la enfermera coordinadora se seleccionó la muestra. Esta correspondía a diez enfermeras.

FASE 4

Cuando se realizó el proyecto, éste consideraba la medición de la variable “Calidad de Trato”, por medio de la aplicación de un test a los usuarios del servicio, construido por las investigadoras. Durante la realización del pre-test de este cuestionario, se tomó conciencia de las dificultades de la medición. Entre ellas estaban: difícil acceso al usuario directo, ya

que la mayoría presenta compromiso de conciencia; es muy variable su tiempo de estadía en la unidad y es alta la mortalidad. Con los usuarios indirectos, también hubo inconvenientes ya que: resultaba imposible medir a los mismos sujetos en distintos tiempos, dada la rotación y mortalidad de los pacientes; no era posible homogeneizar la muestra en función de la edad, parentesco con el paciente, número de visitas, número de contactos con cada enfermera y por último, la percepción de la calidad de trato podría estar teñida por el contacto con otros profesionales (médicos, auxiliares, etc.).

Para determinar la funcionalidad del set de instrumentos (Satisfacción Subjetiva, Estrés y Depresión) se realizó, en la Unidad de Tratamiento Intensivo Coronario, su aplicación a un grupo de cuatro enfermeras.

Una vez realizado el pre-test se cambió la redacción, la gramática y se eliminaron algunos ítems. Dadas estas modificaciones, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos para realizar la primera medición.

FASE 5

Se realizó la aplicación del set de instrumentos al grupo experimental junto con una ficha de descripción de la muestra, para realizar la primera medición. **(Ver Anexo N°4)**

FASE 6

Se realizó la aplicación del programa de entrenamiento cognitivo - conductual durante el mes de noviembre y diciembre de 1997. El programa, constó de cinco sesiones. En teoría

cada sesión se repetiría dos veces por semana, los días jueves y viernes, asistiendo cada día dos enfermeras entrantes de turno y dos salientes, cubriendo así el grupo de ocho enfermeras. En la práctica, debido a: cambios de turno, actividades del Hospital, problemas personales de las enfermeras y al cansancio de las salientes de turno (las cuales se retiraban dada la no obligatoriedad de su asistencia); cada sesión se repitió tres o cuatro veces para cubrir al total de enfermeras. La hora de inicio del taller también fue incierta producto del largo y complejo proceso de entrega y recepción de turno. La duración de las sesiones también varió, en función del tiempo de las enfermeras y su participación en cada una de las sesiones. Se llegó así, a un máximo de una hora en algunas ocasiones.

Dado los resultados obtenidos en la primera medición, en las variables de estrés y depresión; a partir de la segunda sesión el programa se centró en las técnicas derivadas del entrenamiento asertivo.

A continuación se describen los contenidos que incluyeron las sesiones en las que se desglosó el programa.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PERSONAL DE ENFERMERIA.

1º SESIÓN: IDENTIFICACION DEL ESTRES

Objetivo general

Crear un clima motivador para el trabajo dentro de la sesión y por medio de distintas actividades dar una panorámica de los fenómenos concomitantes del estrés.

Objetivos específicos

- Conocer más directamente a las participantes, crear un espacio de confianza y cercanía entre ellas.
- Compartir con las participantes experiencias relacionadas con la problemática que viven en su trabajo.
- Crear una situación estresante dentro del grupo.
- Identificar los factores cognitivos, afectivos y conductuales relacionados con el estrés.
- Implementar una estrategia para disminuir el estrés

Técnicas

- Rol-playing
- Técnica de inducción de estrés.
- Conducta antagónica a la ansiedad (Wolpe)

Actividades

1. Introducción al taller y presentación de las monitoras: Cada una de las monitoras se presentó ante las participantes, luego se dio las indicaciones respecto del horario, frecuencia, importancia de la asistencia y participación activa en las distintas actividades que se realizarían durante la intervención.
2. Dinámica de grupo “Presentación de las participantes”: Se presentó un set de tarjetas con distintos temas (La muerte, los turnos, la angustia, los miedos, las penas, la profesión, sueños, expectativas, momentos perfectos, las alegrías, cansancios, el equipo). Cada persona sacó una de ellas al azar, se presentó con su nombre y desarrolló el tema sorteado. Comenzó una de las monitoras para modelar la presentación.

3. A partir de la dinámica anterior, las monitoras hicieron un rol-playing creando una situación provocadora de estrés, simulando una pelea entre ellas sobre el último tema sorteado.
4. Se aclaró que la pelea era simulada y se procedió a identificar, en forma individual, los factores cognitivos, afectivos y conductuales vivenciados durante el rol-playing. Se apoyó la actividad con un papelógrafo.
5. Tarea para la casa: Se entregó hoja de registro (**Ver Anexo N° 5**)
6. Ejercicios para disminuir el estrés: Se implementó uno de los siguientes ejercicios para disminuir el estrés:
 - a) Ejercicio de respiración. Se pidió a las participantes ponerse de pie y separar los pies con relación al eje de las caderas, mantener las piernas semi flectadas y respirar (inspirar y expirar) por la boca durante unos minutos, relajando el cuerpo.
 - b) La última palabra: Una de las monitoras dijo una frase. Se pidió a la siguiente persona que pensara que le evocaba la última palabra de la frase y que construyera otra con este contenido y así sucesivamente. Se dieron dos vueltas.
7. Se entregaron tarjetas a modo de invitación, regalo y de agradecimiento por la participación en la sesión.

Duración: 15 minutos

Recursos: -Humanos : Monitoras y enfermeras.

-Materiales: Papelógrafo, set de tarjetas con temas, tarjetas de regalo.

2º SESION: DAR Y RECIBIR REFUERZO

Objetivo general

Lograr que las enfermeras vivencien la manera adecuada de dar y recibir refuerzo con sus compañeras.

Objetivos específicos

- Confirmar y corroborar el aprendizaje de la sesión anterior.
- Describir la importancia de la comunicación
- Relacionar comunicación con asertividad.
- Describir la forma adecuada de dar y recibir refuerzos.
- Ejercitar la forma adecuada de dar y recibir refuerzo considerando los siguientes conceptos :
 - * Componentes de una conducta asertiva (Wolpe)
 - * Comunicación no verbal. (Waslawick)
 - * Reforzamiento positivo (Skinner)
 - * Errores cognitivos (Beck)
 - * Estilo atribucional (Seligman)
- Entregar material de apoyo con información sobre los tópicos antes mencionados.

Técnicas

Técnicas Derivadas del Entrenamiento Asertivo:

- Comunicación verbal y no verbal
- Dar y recibir refuerzo
 - Rol-playing
 - Biofeedback
 - Práctica positiva

Actividades

1. Revisión de tareas: Se revisaron las tareas asignadas para la semana en forma colectiva.

2. Introducción al tema de la comunicación: Se hizo una breve exposición sobre la importancia de la comunicación en el contacto cotidiano, explicándose las siguientes variables:

- Distinción entre comunicación verbal y no verbal
- Congruencia entre la comunicación verbal y la no verbal
- Impacto de la comunicación no verbal sobre la verbal

Se continuó haciendo una relación entre comunicación y asertividad considerando:

- Definición de asertividad
- Distinción entre asertividad, no asertividad y agresividad.
- Tipos de comportamiento asertivos:
 - *Dar y recibir refuerzo
 - *Críticas constructivas
 - *Derechos asertivos
 - *Peticiónes

3. Introducción a la entrega y recibimiento de refuerzos positivos: Se hizo una breve exposición sobre la importancia de la atención y recepción de los refuerzos positivos en la disminución del estrés. Se detallaron los componentes de un mensaje asertivo y la importancia de que este sea congruente con la comunicación no verbal.

4. Ejercicio práctico: Dar y Recibir Refuerzo: Se pidió a las participantes que en función de lo anteriormente expuesto reforzaran a una determinada compañera. Se filmó la interacción. Luego se revisó lo filmado y se vieron los aciertos y errores en el recibimiento de los reforzadores.

5. Se pidió a las participantes que durante la semana dieran al menos tres refuerzos positivos a sus compañeras de labor y que prestaran atención a los siguientes factores:

- Qué dijeron
- Cómo lo recibió la persona: Identificar aspectos cognitivos, afectivos y/o conductuales.

Se acompañó de la entrega de una hoja de registro (**Ver Anexo N° 6**)

6. Se entregó material de lectura que reforzó los contenidos anteriormente vistos (**Ver Anexo N° 7**)

7. Se entregó una tarjeta con un mensaje positivo a cada de las participantes en función de lo que fue su conducta en la primera sesión.

Duración: 1 hora.

Recursos:

-Humanos: Monitoras y enfermeras.

-Materiales: Filmadora, televisor, tarjetas con refuerzo, apunte.

3º SESION: PETICIONES

Objetivo general

Lograr que las enfermeras vivencien la manera adecuada de hacer peticiones a sus compañeras.

Objetivos específicos

- Confirmar y corroborar el aprendizaje de la sesión anterior y revisar la lectura y entendimiento del material entregado
- Entregar información sobre la forma de hacer una petición asertiva
- Ejercitar la forma adecuada de hacer peticiones considerando los siguientes aspectos:
 - *Asertividad
 - *Derechos afectivos y asertivos
 - *Peticiones
 - *Comunicación no verbal

Técnicas

Técnicas Derivadas del Entrenamiento Asertivo:

- Hacer peticiones
- Comunicación verbal y no verbal
- Derechos afectivos
- Rol-playing

Actividades

1. Revisión de tareas: Se tomó, en forma colectiva, las tareas asignadas de la entrega de refuerzo durante la semana y la lectura del material de apoyo.
2. Introducción a la entrega y recibimiento de peticiones: Se hizo una breve exposición sobre la importancia de hacer peticiones, detallando los componentes de una petición asertiva (directas, específicas, sin efecto rebote, concreta o descriptiva). Se hizo hincapié en

la diferencia entre los distintos actos de habla (orden, petición, etc.). Se dio importancia a la anticipación de una negativa como posible respuesta ante la petición. Se relacionó lo anterior con los derechos asertivos del emisor y del receptor.

Se dio énfasis a la importancia de hacer peticiones como una forma de pedir ayuda y su incidencia en la disminución del estrés.

3. Ejercicio práctico: Peticiones: Se pidió a cada participante que eligiera una tarjeta de un set que contenía distintas peticiones como:

- Pide que te refuercen cada vez que haces algo bien
- Pide que te mire a los ojos cuando te habla
- Pide que te distraiga cuando te vea muy tensa

Luego debió elegir a una persona del grupo a la cual dirigió la petición, considerando las características de una petición asertiva

Duración: 30 minutos

Recursos:

-Humanos: Monitoras y enfermeras

-Materiales: Set de tarjetas con peticiones, pizarrón, plumón.

4º SESION: CRITICAS CONSTRUCTIVAS

Objetivo general

Lograr que las enfermeras vivencien la forma adecuada de hacer y recibir críticas constructivas con sus compañeras.

Objetivos específicos

- Entregar información sobre la forma adecuada de hacer y recibir una crítica constructiva.
- Ejercitar la forma adecuada de hacer y recibir críticas considerando los siguientes aspectos:
 - *Asertividad
 - *Críticas constructivas
 - *Congruencia comunicación verbal y no verbal
- Relacionar los contenidos vistos con los de la sesión anterior (peticiones)

Técnicas

Técnicas Derivadas del Entrenamiento Asertivo:

- Dar y recibir críticas
- Rol-playing
- Hacer peticiones.
- Biofeedback
- Derechos afectivos

Actividades

1. Introducción a la entrega y recibimiento de críticas: Se hizo una breve exposición sobre la importancia de que las críticas sean hechas en forma: privada, sin frases globalizantes, concretas o específicas, directas, que den alternativas de acción y que sean contingentes a la conducta. Se centró la atención en la forma de recibir las críticas (pedir

más información antes de argumentar o pedir disculpas ante la crítica), y en la necesidad de anticipar una conducta agresiva de parte del receptor. Se relacionaron estos contenidos con los de la sesión anterior, ya que después de una crítica debe ir una petición que expresa las expectativas de cambio del emisor.

2. Ejercicio práctico: Se pidió a las participantes que en función de lo anteriormente expuesto realizaran críticas reales a sus compañeras o a las monitoras. Se filmó la interacción. Luego se revisó lo filmado y se vieron los aciertos y errores en la emisión y recepción de las críticas.

Duración: 1 hora.

Recursos:

-Humanos: Monitoras y enfermeras .

-Materiales: Filmadora, televisor, pizarrón y plumón.

5º SESION: RESOLUCION DE PROBLEMAS Y CIERRE DEL TALLER.

Objetivo general

Lograr que las enfermeras vivencien y conozcan los principios de la resolución de problemas

Objetivos específicos

- Entregar retroalimentación individual a las enfermeras de sus habilidades y desafíos de cambios a partir de lo observado por las monitoras durante el taller.
- Retomar los contenidos anteriores sobre los derechos afectivos
- Explicar el proceso de negociación y resolución de problemas.
- Ejercitar la resolución de un problema
- Evaluación del taller

Técnicas

- Técnicas Derivadas del Entrenamiento Asertivo
- Retroalimentación
- Técnicas de resolución de problemas
- Rol-playing
- Práctica positiva

Actividades

1. Retroalimentación : Se entregó a cada una de las participantes una tarjeta en la cual se enunciaron las habilidades y los desafíos de cambio que las monitoras observaron a partir de la participación de cada una en el taller. Se hizo hincapié en que esta apreciación era sólo una mirada y que podía ser errónea y que tenían el derecho a no compartirla.

Cada participante leyó ante el grupo su tarjeta, luego las monitoras explicaron cada uno de los puntos en ella consignados. Se ofreció la palabra al grupo y se recordó el derecho de no compartir la apreciación, dentro del contexto de los derechos afectivos.

2. Introducción a la negociación y resolución de problemas: Se detallaron aspectos importantes dentro de la negociación tales como:

- Ambas partes pierden y ganan algo
- Ambas partes quedan relativamente satisfechas
- Planteamiento de metas a corto plazo.

Se legitimaron los posibles sentimientos frente a un conflicto y la importancia de reconocerlos pero no priorizarlos frente al problema.

Se continuó con la resolución del problema en sí, destacando aspectos como el diagnóstico y descripción del problema específico, la importancia de recurrir en estas situaciones a las redes sociales y de pedir ayuda.

3. Ejercicio práctico: Se les planteó un problema concreto y luego su ayuda para resolverlo, considerando los aspectos involucrados en la negociación.

4. Evaluación y cierre del taller: Se pidió a las participantes que evaluaran lo que fue el taller, haciendo referencia a la utilidad de los temas tratados, a la duración de las sesiones, el horario, actividades que fueron útiles e inútiles, cosas que les molestaron de las monitoras, sugerencias, etc. **(Ver Anexo N° 8)**

Se agradeció la participación y cooperación con la investigación y las monitoras.

Duración: 1 hora

Recursos:

-Humanos: Monitoras y enfermeras

-Materiales: Tarjetas de retroalimentación, pizarra, plumón.

FASE 7

Se realizó la aplicación del set de instrumentos al Grupo Experimental para realizar la segunda medición.

7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Una vez finalizada la intervención, los resultados de las mediciones para la fase antes y después, se vaciaron en una tabla de doble entrada.

Una vez sistematizada la información se realizó el tratamiento estadístico aplicando la prueba no paramétrica de Friedman, para determinar si existían diferencias significativas entre las mediciones pre y post del Grupo Experimental (intragrupo)

CAPITULO IV

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Los resultados de la investigación se entregaron acuerdo a las hipótesis específicas, derivadas de la hipótesis general.

Las variables medidas fueron las siguientes:

- **Satisfacción Subjetiva**
 - D.1: Trabajo en equipo.
 - D.2: Factores externos.
 - D.3: Control positivo del comportamiento.
 - D.4: Relaciones interpersonales.
 - D.5: Infraestructura.
- **Estrés**
- **Depresión**

HIPOTESIS GENERAL

Si se diseña, aplica y evalúa un Programa de Entrenamiento Cognitivo-Conductal para aumentar la satisfacción subjetiva, disminuir el estrés general y los síntomas depresivos del equipo de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, existirán diferencias comparativas significativas entre las mediciones realizadas antes y después de la intervención.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

Hipótesis 1: Al comparar los niveles de satisfacción subjetiva del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará un aumento significativo en la medición después.

G. E., S. S. (antes) < G. E., S. S. (después).

Hipótesis 2: Al comparar los niveles de estrés del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará una disminución significativa en la medición después.

G. E., N. E. (antes) > G. E., N. E. (después).

Hipótesis 3: Al comparar los síntomas de depresión del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará una disminución significativa en la medición después.

G. E., I. D. (antes) > G. E., I. D.(después)

En relación a la hipótesis 1 se realizó un análisis por cada una de las dimensiones que incluye la variable. Estas son: Trabajo en Equipo, Factores Externos, Control Positivo del Comportamiento, Relaciones Interpersonales e Infraestructura.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Características sociodemográficas de la muestra.	F
<u>Edad</u>	
24 a 27 años.	4
32 años	1
<u>Relaciones de pareja</u>	
Con pareja habitual	4
Sin pareja	1
<u>Estado civil</u>	
Soltera	4
Casada	1
<u>Hijos</u>	
Con hijos	1
Sin hijos	4

<u>Nº de personas con las que vive</u>	
0	1
1	2
3	1
5	1
<u>Años residiendo en Santiago</u>	
Menos de un año	1
Entre 1 y 5 años	2
Toda la vida	2
<u>Situación laboral</u>	
Contratada	3
Reemplazo	2
<u>Antigüedad en la Unidad</u>	
1 mes	1
6 meses	1
8 meses	2
2 años	1

<u>Antigüedad en el Hospital</u>	
Entre 6 y 8 meses	3
1 año y un mes	1
5 años	1
<u>Nº de horas de trabajo semanal</u>	
44 horas	1
48 horas	4
<u>Remuneración líquida actual</u>	
\$300.000- \$350.000	4
Más de 350.000	1
<u>Experiencia laboral</u>	
Menos de un año	1
Entre 1 y 2 años	1
Entre 4 y 5 años	2
Mas de 6 años	1
<u>Nº de personas que atiende diariamente</u>	
4 personas	5
<u>Tiempo diario de interacción con beneficiarios</u>	
El 50%	1
Más del 75%	4

2. RESULTADOS

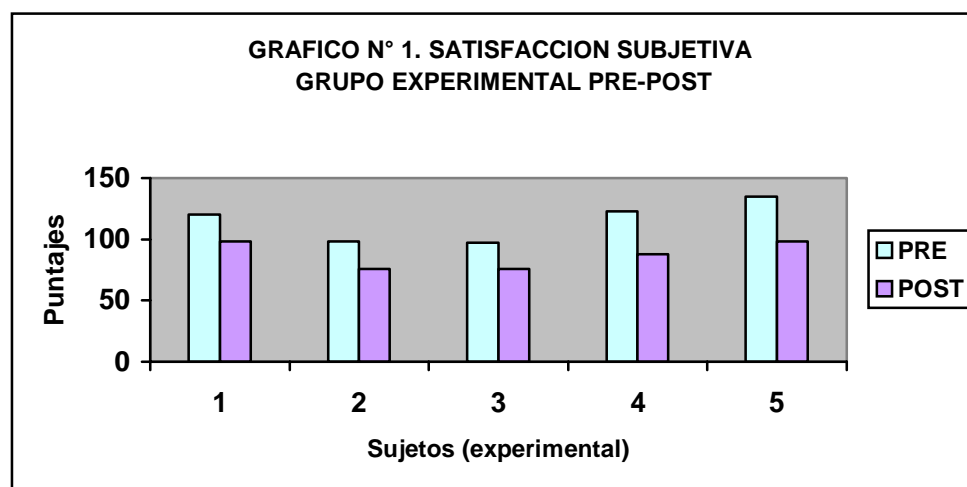
Hipótesis 1: Al comparar los niveles de satisfacción subjetiva del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará un aumento significativo en la medición después.

$$\mathbf{G. E., S. S. (antes) < G. E., S. S. (después).}$$

CUADRO N° 1 GRUPO EXPERIMENTAL, VARIABLE SATISFACCION SUBJETIVA

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	120	98	22
2	98	76	22
3	97	76	21
4	123	88	35
5	135	98	37

NOTA: G.E.= Grupo Experimental.
 PRE= Medición previa a la intervención, fase antes.
 POST= Medición posterior a la intervención, fase después.
 El criterio utilizado para el nivel de significación fue de un Alfa = 5% (0.05).



Al comparar ambas mediciones se puede observar que el G.E. presenta diferencias estadísticamente significativas en la variable Satisfacción Subjetiva, entre el puntaje de la medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 1 se confirma, tal como se observa en el cuadro y en el gráfico.

$p = 0.0253$ Nivel de significación 5%
 $p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se rechaza H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son distintos para la variable medida).

Los resultados obtenidos pueden entenderse a partir del contexto existente en la Unidad. Debido al éxodo masivo de enfermeras que se produjo a fines del año pasado en la Unidad, el grupo de enfermeras era un equipo de trabajo nuevo. Este factor, más el apremio permanente de tiempo, la naturaleza y urgencia del trabajo, largos turnos, escasez de personal, la poca cohesión y soporte emocional (según reporte del Dr. Glen Hernández); dificultaban que pudieran conversar sobre otra cosa distinta a pacientes y turnos. Tal vez, esta serie de factores contribuyeron a que presentaran bajos niveles de satisfacción subjetiva, en la medición Pre.

El taller propició un espacio de encuentro distinto, donde apareció la “persona”, no tan sólo la profesional, que habló sobre sus miedos, su vida familiar, sus proyectos, sus angustias, frustraciones y gratificaciones que viven en su trabajo. El hecho que se les escuchara, que se les recordara, lo importante de su labor, la eficiencia con que esta se realiza y que se reforzara su participación; podría explicar el aumento de su satisfacción subjetiva.

El taller significó, también la entrega de herramientas derivadas de las técnicas del entrenamiento asertivo, tales como: el control positivo de la conducta, la atención selectiva, los derechos afectivos y la importancia de la congruencia entre la comunicación verbal y no verbal (a la hora de hacer peticiones, plantear críticas, dar refuerzo y resolver problemas)

Por lo tanto, podemos concluir que la intervención tuvo un efecto en el aumento de la Satisfacción Subjetiva del grupo.

Davis y Newstrom, definen la satisfacción como el conjunto de sentimientos favorables y desfavorables a través de los cuales el empleado percibe su trabajo, que difiere de los pensamientos objetivos y de las intenciones del comportamiento. También plantean en relación a la satisfacción que el reconocimiento del desempeño, recompensar a los empleados, retroalimentarlos acerca de su trabajo y mantener relaciones intergrupales justas, son necesarias para asignar recursos en un ambiente dinámico.

Herzberg plantea la existencia de factores intrínsecos y extrínsecos a la naturaleza del trabajo que influyen en la satisfacción. Entre los intrínsecos están: logro, reconocimiento y posibilidades de desarrollo. Entre los extrínsecos están: relaciones interpersonales con el supervisor, compañeros y subordinados; remuneraciones, estabilidad o seguridad en el empleo; condiciones ambientales y físicas del trabajo.

Reconocimiento, oportunidades de desarrollo personal, retroalimentación, participación y capacitación son estímulos que sirven como recompensas dentro de programas de incentivo según Filpczac.

Algunas investigaciones han tratado de determinar factores que inciden en la satisfacción en el trabajo de enfermería. Lee y cols. mencionan las relaciones interpersonales que se establecen con los pares como un área de alta satisfacción. Bjorvell y Brodin mencionan la cooperación de los pares como otra de ellas; agregan además que la insatisfacción de esta área se relaciona con los deseos de las personas de abandonar la organización.

Análisis por dimensiones de la variable Satisfacción Subjetiva.

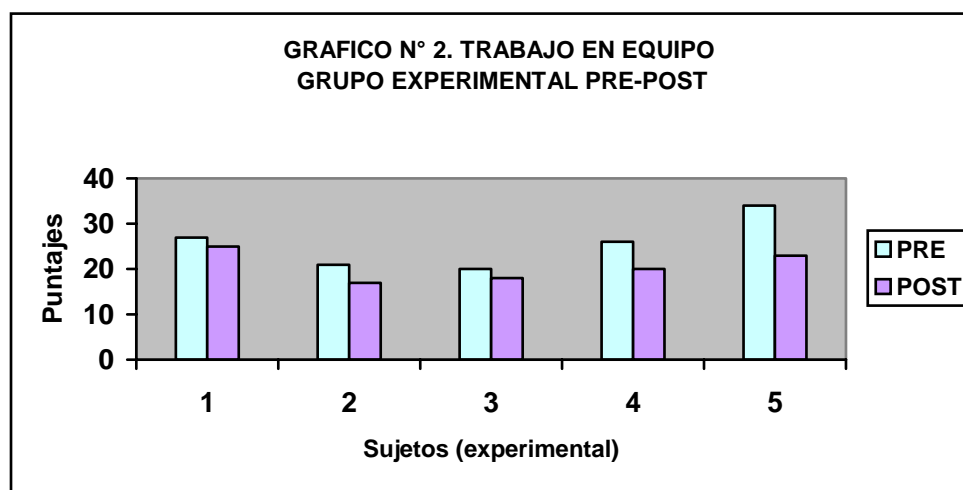
a. Dimensión Trabajo en Equipo.

Hipótesis 1.a.: Al comparar los niveles de Trabajo en Equipo del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará un aumento significativo en la medición después.

G. E., T. E. (antes) < G. E., T. E. (después).

CUADRO N° 2 GRUPO EXPERIMENTAL, DIMENSION TRABAJO EN EQUIPO

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	27	25	2
2	21	17	4
3	20	18	2
4	26	20	6
5	34	23	11



Al comparar ambas mediciones se puede observar que el G.E. presenta diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Trabajo en Equipo, entre el puntaje de la medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 1.a. se confirma, tal como se observa en el cuadro y el gráfico.

$p = 0.0253$

Nivel de significación 5%

$p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se rechaza H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son distintos para la dimensión medida).

Los resultados obtenidos pueden entenderse a partir del contexto existente en la unidad. Según el reporte del Doctor de Staff, Glen Hernández, el que las enfermeras estén expuestas a turnos rotativos, horas extras y bajos sueldos; favorece a que las hostilidades y envidias se potencien. Esta situación, sumada al poco tiempo de antigüedad como enfermera de la unidad y que los turnos fueran realizados en pareja, contribuyeron a que presentaran bajos niveles en la dimensión Trabajo en Equipo, en la medición Pre.

El taller abordó tópicos como: comunicaciones fluidas, coordinación de labores, facilitación de la tarea a otra enfermera, resolución de problemas y negociación de acuerdos. También favoreció la interacción en las reuniones grupales. La congregación del equipo -mayor que la habitual- aumentó el sentido de pertenencia de las enfermeras de la unidad. Todo lo anterior, podría explicar el aumento de los niveles de Trabajo en Equipo en el grupo. Por lo tanto, podemos concluir que la intervención tuvo un efecto en el aumento del Trabajo en Equipo del Grupo Experimental.

Para efectos de la investigación el Trabajo en Equipo fue entendido como: la coordinación planificada de las actividades de un grupo de personas para procurar el logro de un objetivo y propósito explícito y común, a través de la división del trabajo y funciones. Existiendo la idea del esfuerzo coordinado para la ayuda mutua.

Bjorvell y Brodin señalan que la ausencia de factores como cooperación de los pares, ayuda de los superiores, relaciones intergrupales justas y tiempo disponible para atender bien a los pacientes, tienen relación con la insatisfacción laboral.

Fran señala que las enfermeras que trabajan en UTI deben ser inteligentes, independientes y asertivas, ya que deben tomar decisiones atinentes en poco tiempo. Al asumir estas responsabilidades, no deben olvidar que su labor se inserta dentro de una organización con una estructura jerárquica, donde hay normas internas de funcionamiento que limitan y regulan su autonomía e iniciativa laboral. El estar dentro de una organización jerárquica implica también conflictos de poder entre un nivel y otro, por lo tanto, deben recibir ordenes de los médicos (en cuanto al cuidado del paciente) y transmitirlos adecuadamente a las auxiliares, así como también informar a los médicos de los requerimientos técnicos de las auxiliares.

Beardslee y cols. demostraron que los factores de compromiso y apoyo social del supervisor reforzaban la satisfacción laboral.

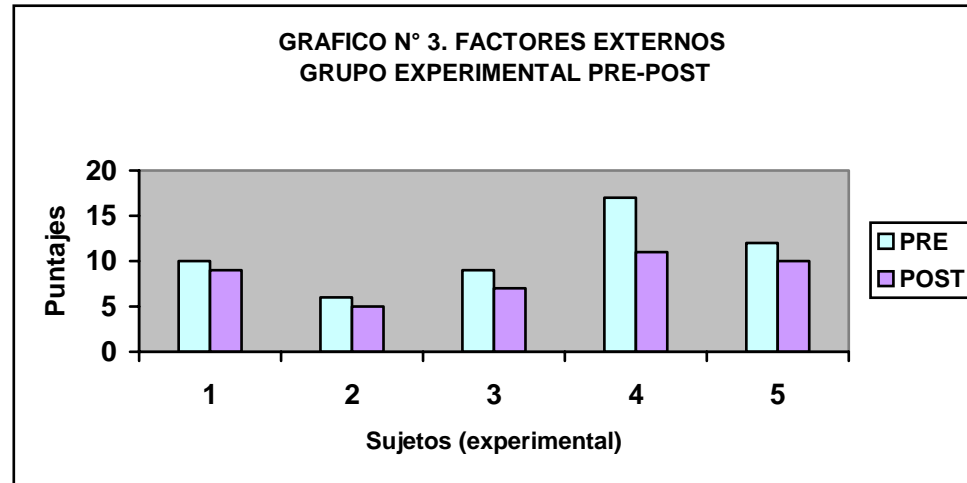
b. Dimensión Factores Externos.

Hipótesis 1.b.: Al comparar los niveles de Factores Externos del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará un aumento significativo en la medición después.

G. E., F. E. (antes) < G. E., F. E. (después).

CUADRO N° 3 GRUPO EXPERIMENTAL, DIMENSION FACTORES EXTERNOS

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	10	9	1
2	6	5	1
3	9	7	2
4	17	11	6
5	12	10	2



Al comparar ambas mediciones se puede observar que el G.E. presenta diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Factores Externos, entre el puntaje de la medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 1.b. se confirma, tal como se observa en el cuadro y el gráfico.

$$p = 0.0253$$

Nivel de significación 5%

$p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se rechaza H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son distintos para la dimensión medida).

Los resultados obtenidos pueden entenderse a partir del contexto existente en la

unidad. Debido a que las enfermeras no tienen espacio para el error, ya que implica la muerte del paciente, se fomenta la privacidad y competitividad entre el personal. Aquí el recurso de pedir ayuda a los pares, pierde valor a la hora de buscar estrategias para controlar las situaciones imprevistas, ya que se expondrían -aún más- al ojo inquisidor del supervisor. Tal vez el conjunto de las situaciones descritas y la naturaleza propia del trabajo de la UTI, contribuyeron a que las enfermeras presentaran bajos niveles de Factores Externos, en la medición Pre.

El taller abordó temas como: derechos asertivos, importancia de pedir ayuda a las redes sociales cercanas, lo honesto y humilde de hacer peticiones, errores cognitivos y cambio atribucional, atención selectiva y retroalimentación de logros. Esto podría explicar el aumento de los niveles de Factores Externos del grupo.

Por lo tanto, podemos concluir que la intervención tuvo efecto en el aumento de los Factores Externos en las enfermeras. Cabe destacar, que además existieron circunstancias no controlables por las investigadoras (como problemas económicos y familiares) que pudieron haber incidido en esta variación.

Para efectos de la investigación, los Factores Externos fueron entendidos como: las atribuciones de controlabilidad que la persona realiza sobre la posible influencia que factores externos (hijos, enfermedades, dificultades económicas, relación de pareja, etc.) tienen en su satisfacción y desempeño laboral, así como de la influencia de factores laborales en su vida cotidiana.

Lazarus, en Artacho y M.; 1994, señala que dentro de los factores personales que influyen en la evaluación que el sujeto hace del ambiente están las creencias. Estas son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. Son nociones preexistentes de la realidad, que sirven a modo de lente perceptual. En la evaluación las creencias determinan la realidad y modelan su significado, sobre todo en un ambiente ambiguo o nuevo. Señalan que existen dos tipos de creencias. Las personales se refieren al grado en que el sujeto asume que puede controlar los acontecimientos. Las existenciales aluden al grado en el cual el sujeto asume que no puede controlar los acontecimientos, sino que éstos responden a ordenes superiores a sí mismo, tales como el karma, Dios, el destino, etc.

Bandura plantea la expectativa como una creencia y se pueden diferenciar dos aspectos de ella: la expectativa de resultado y la de eficacia. La primera de ellas es la creencia del sujeto de que una determinada conducta producirá un cierto resultado. La segunda es la creencia del sujeto de que será capaz de llevar a cabo con éxito la conducta elegida y lograr con ello los resultados esperados.

Algunos estudios describen la poca preparación de los profesionales de salud en el control de las dificultades emocionales (Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A., 1991).

Algunos autores señalan que son las profesiones asistenciales las que presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo. Sin embargo, el choque que experimentan estos profesionales, al encontrar un sistema deshumanizado y

despersonalizado al cual deben adaptarse, puede estar determinado, en gran parte, el comportamiento de estos profesionales; de tal forma que la prevalencia de expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad está contribuyendo en gran medida a la frustración e incontrolabilidad que experimentan estos empleados.

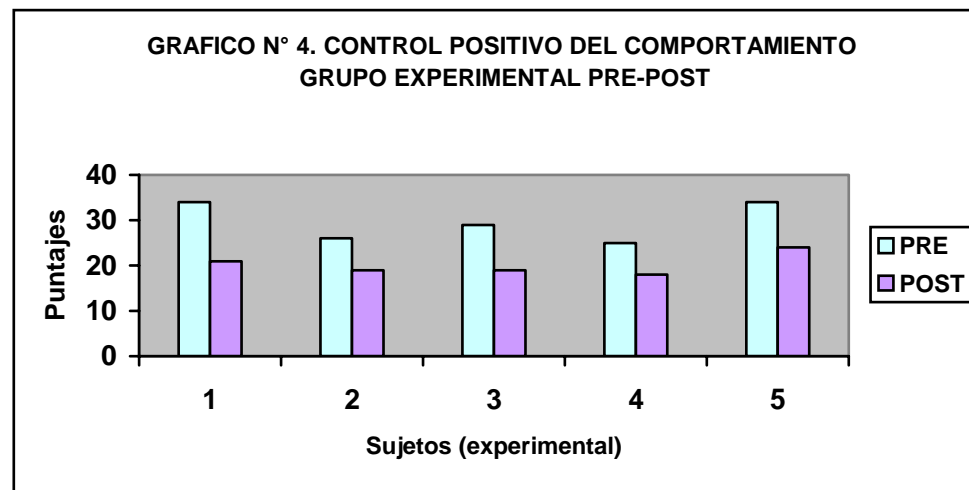
c. Dimensión Control Positivo del Comportamiento.

Hipótesis 1.c.: Al comparar los niveles de Control Positivo del Comportamiento del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará un aumento significativo en la medición después.

G. E., C. P. (antes) < G. E., C. P. (después).

CUADRO N° 4 GRUPO EXPERIMENTAL, DIMENSION CONTROL POSITIVO DEL
COMPORTAMIENTO

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	34	21	13
2	26	19	7
3	29	19	10
4	25	18	7
5	34	24	10



Al comparar ambas mediciones se puede observar que el G.E. presenta diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Control Positivo del Comportamiento, entre el puntaje de la medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 1.c. se confirma, tal como se observa en el cuadro y el gráfico.

$p = 0.0253$

Nivel de significación 5%

$p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se rechaza H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son distintos para la dimensión medida).

Los resultados obtenidos pueden entenderse a partir del contexto existente en la unidad. Según el reporte del Doctor Glen Hernández, las enfermeras tienen poca retribución de su labor porque, cuando los pacientes se recuperan son derivados a otra unidad y no ven la completa recuperación de éste. Por lo tanto, no obtienen refuerzo directo de la acción realizada, no celebran los triunfos y hay poca satisfacción personal.

Además, la jerarquía y normas de funcionamiento de la organización, dificultan que el usuario del sistema agradezca al personal los cuidados brindados. A esto se suma el sistema deshumanizado, competitivo, de alta exigencia y elitista que se vive en particular en esta institución.

Tal vez, esta conjunción de factores contribuyó a que las enfermeras presentaran bajos niveles de Control Positivo del Comportamiento en la medición Pre.

El taller entregó herramientas derivadas del entrenamiento asertivo, como por ejemplo: dar y recibir refuerzos, modeling, retroalimentación y control positivo del comportamiento. Esto podría explicar el aumento en los niveles de Control Positivo del Comportamiento del grupo. Además, se analizaron los errores cognitivos y la tendencia a reparar en lo negativo. Las investigadoras reforzaron en especial los logros en su trabajo, su apariencia personal, sus habilidades, su participación y cooperación en las sesiones. Por lo tanto, podemos concluir que la intervención tuvo un efecto en el aumento del Control Positivo del Comportamiento de las enfermeras.

Fran señala que las enfermeras de los ambientes de Cuidados Intensivos tienen alta exigencia y competencia, donde no hay espacio para el error, se tiende a realizar un amplio análisis de las equivocaciones cometidas por el personal. Ocasionalmente se entregan refuerzos positivos, y cuando esto sucede, es en función de logros técnicos (descubrimiento de una arritmia, apropiado desempeño frente a una emergencia, etc.). Se menosprecian conductas tales como la cercanía y la escucha de las necesidades del paciente o de la

familia de éste, aspectos importantísimos dentro de lo que se denomina una adecuada calidad de atención.

Beck señala que los errores cognitivos corresponden a errores sistemáticos en el procesamiento de la información que llevan a intensificar los sentimientos y emociones displacenteros. Entre ellos está la atención selectiva que se produce cuando la persona atiende sólo a los aspectos negativos de la realidad. Otro es la magnificación y minimización que se produce cuando la persona amplifica los aspectos negativos de la realidad y reduce los positivos. También está el recuerdo selectivo que se produce cuando la persona tiende a recordar sólo los eventos negativos de su pasado.

Artacho y Muñoz (1994) concluyen que el reconocimiento está relacionado positivamente con la satisfacción laboral.

Blegen y cols. identifican 38 conductas de reconocimiento de parte de la enfermera supervisora y determinan que la retroalimentación sobre el desempeño en forma verbal y privada, un salario concordante con el esfuerzo desplegado, agradecimientos por escrito, son reconocimientos significativamente relacionados con la satisfacción laboral.

Meier identifica algunos aspectos cognitivos que se relacionan con la insatisfacción. Entre ellos menciona: bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, así como bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional.

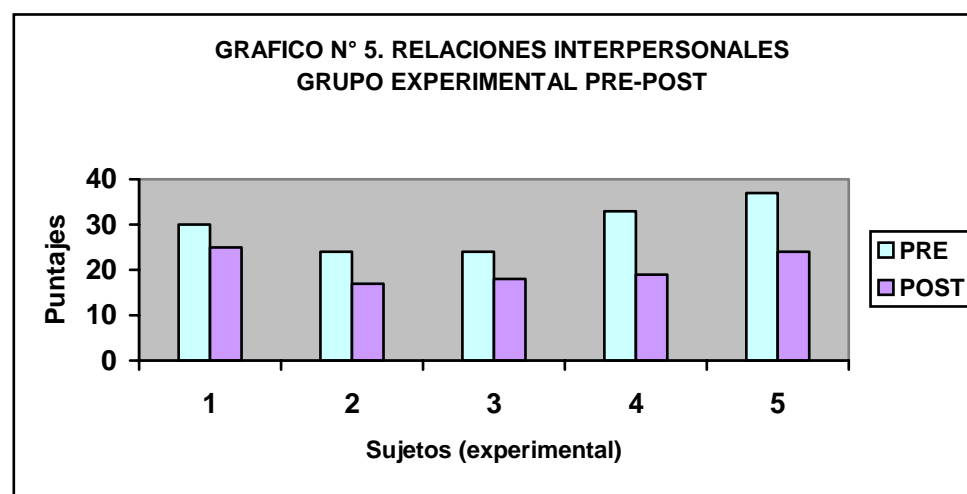
d. Dimensión Relaciones Interpersonales

Hipótesis 1.d.: Al comparar los niveles de Relaciones Interpersonales del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará un aumento significativo en la medición después.

G. E., R. I. (antes) < G. E., R. I. (después).

CUADRO N° 5 GRUPO EXPERIMENTAL, DIMENSION DE RELACIONES INTERPERSONALES

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	30	25	5
2	24	17	7
3	24	18	6
4	33	19	14
5	37	24	13



Al comparar ambas mediciones, se puede observar que el G.E. presenta diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Relaciones Interpersonales, entre el

puntaje de la medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 1.d. se confirma, tal como lo refleja el cuadro y el gráfico.

$$p = 0.0253$$

Nivel de significación 5%

$p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se rechaza H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son distintos para la dimensión medida).

Los resultados obtenidos pueden entenderse partir del contexto existente en la unidad. Debido a la poca antigüedad del personal de enfermería (en la Unidad y en el Hospital), a la rigidez y a la frialdad del sistema UTI, se ha dificultado la creación de redes sociales entre el personal.

También, el sistema de turnos, el apremio constante de tiempo y a la competitividad del sistema en sí; quizás contribuyeron a que las enfermeras presentaran bajos niveles de Relaciones Interpersonales, en la medición Pre.

El taller creó un espacio de conversación más humano y personal. También se les entregó herramientas derivadas del entrenamiento asertivo, tales como: expresión de sentimientos, comunicación verbal y no verbal, plantear críticas constructivas, derechos afectivos y desarrollo de empatía. Todo esto podría explicar el aumento en los niveles de Relaciones Interpersonales. Por lo tanto, podemos concluir que la intervención tuvo un efecto en el aumento de las Relaciones Interpersonales de grupo.

Para efectos de la investigación las Relaciones interpersonales se entendieron como: aquellas relaciones entre miembros de una organización, son relaciones con personas de su

mismo status, formalizadas (roles de trabajo) e informales (apoyo, afecto, amistad, respeto, franqueza y asertividad).

Wolpe define la conducta asertiva como no sólo una conducta más o menos agresiva, sino a las expresiones socialmente aceptables de los propios derechos y sentimientos de amistad, afecto y otros sentimientos no ansiosos.

Se entiende por conducta asertiva, una conducta dirigida a alcanzar alguna meta deseada y que continúa en dirección a esta meta, a pesar de los obstáculos en el ambiente o las oposiciones de los demás. La actitud de una persona asertiva es básicamente la de tener derecho a alcanzar sus metas individuales, en la medida que respete este mismo derecho en los demás, expresando abiertamente los sentimientos, opiniones y creencias, en forma adecuada, en el momento oportuno, permitiendo lo mismo en los demás.

Algunas investigaciones demuestran que la conducta asertiva es una respuesta específica altamente determinada por las propiedades de la situación interpersonal. Así, frente a cada situación se requieren conductas interpersonales específicas. Otras plantean que los sujetos no asertivos no cuentan con las habilidades interpersonales que se requiere para comportarse de una manera asertiva. Los datos que apoyan este planteamiento se deducen principalmente de los estudios de conductas asertivas específicas.

Algunos autores apoyan dos líneas de investigación en torno a los componentes de la conducta asertiva. Uno de ellos son los componentes observables de la conducta asertiva; dentro de ellos están los componentes no verbales (tono de voz, postura corporal, expresividad facial, manejo de la mirada, congruencia no verbal con el contenido y gesticulación adecuada) y los verbales (expresión de sentimientos, claridad de la

exposición, longitud del discurso y adecuación de los contenidos). Otros son los componentes cognitivos de la conducta asertiva (respuestas cognitivas, respuestas fisiológicas y respuestas conductuales abiertas).

e. Dimensión Infraestructura.

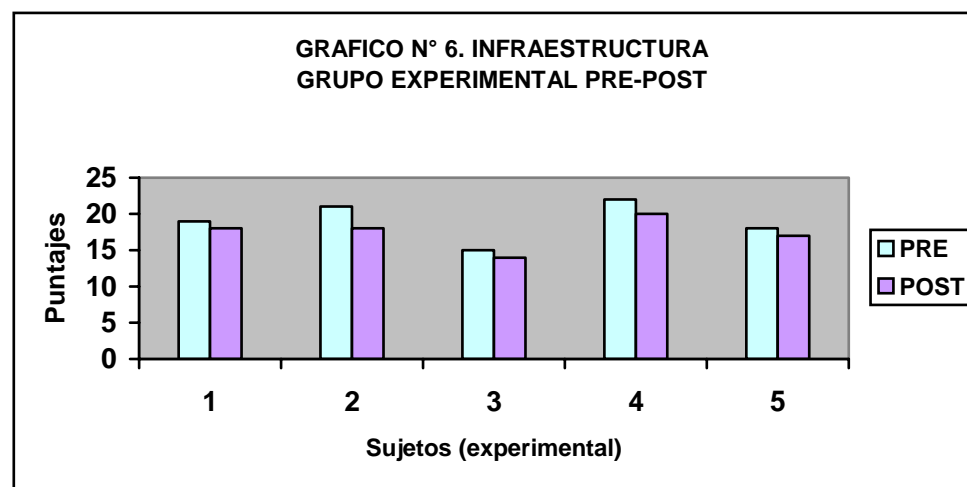
Hipótesis 1.e.: Al comparar los niveles de Infraestructura del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará un aumento significativo en la medición después.

G. E., I. (antes) < G. E., I. (después).

CUADRO N° 6 GRUPO EXPERIMENTAL, DIMENSION INFRAESTRUCTURA.

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	19	18	1
2	21	18	3
3	15	14	1
4	22	20	2
5	18	17	1

Al comparar ambas mediciones, se puede observar que el G.E. presenta diferencias



estadísticamente significativas en la dimensión de Infraestructura, entre el puntaje de la

medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 1.e. se confirma, tal como lo reflejan el cuadro y el gráfico.

$$p = 0.0253$$

Nivel de significación 5%

$p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se rechaza H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son distintos para la dimensión medida).

Los resultados obtenidos se pueden entender a partir del contexto existente en la unidad. El hecho que el equipo de enfermería no tenga una sala para reunirse, donde dejar sus enceres personales y realizar modificaciones ambientales (poner un mantel, fotos, póster, etc.), quizás contribuyeron a que presentaran bajos niveles de Infraestructura en la medición Pre.

Para efectos de la investigación Infraestructura fue entendida como: aquellas características del espacio físico de trabajo que hacen la tarea más agradable, ya que facilitan la satisfacción de necesidades físicas y psicológicas

No se esperaba que existieran diferencias estadísticamente significativas en las mediciones Pre y Post de esta dimensión, ya que no realizamos ninguna intervención directa dirigida a la modificación de los factores ambientales presentes en la unidad. Estas diferencias, tal vez podrían explicarse por la percepción subjetiva del ambiente, que es determinada en parte por los estados emocionales del sujeto.

El taller entregó herramientas derivadas del entrenamiento asertivo que incidieron en la modificación de las otras dimensiones. La variación producida en ellas podría explicar el aumento de la Infraestructura.

Ibarra define la satisfacción laboral como el conjunto de sentimientos del individuo hacia el trabajo mismo y hacia los aspectos del medio ambiente laboral. Herzberg señala que las condiciones ambientales y físicas del trabajo son factores extrínsecos que influyen en la satisfacción laboral. Davis y Newstrom explican que cuando una persona desempeña una actividad intenta con esto obtener o modificar algo del ambiente para lograr un beneficio. Chruden y Sherman; Flippo y Musinger, muestran que el éxito de un programa de incentivos no depende tanto de la técnica del programa como de las condiciones bajo las cuales debe operar.

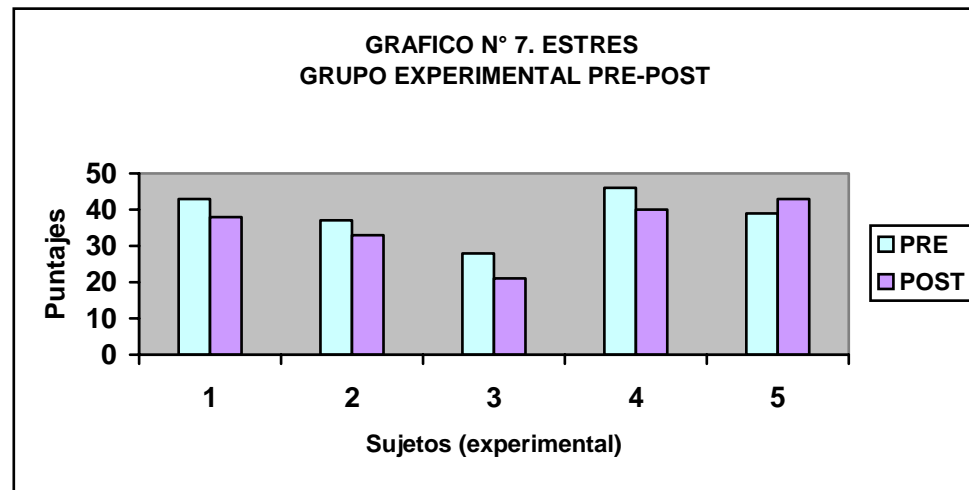
Hipótesis 2: Al comparar los niveles de estrés del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará una disminución significativa en la medición después.

G. E., N. E. (antes) > G. E., N. E. (después).

CUADRO N° 7 GRUPO EXPERIMENTAL, VARIABLE ESTRÉS.

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	43	38	5
2	37	33	4
3	28	21	7
4	46	40	6
5	39	43	-4

Al comparar ambas mediciones se puede observar que el G.E. no presenta



diferencias estadísticamente significativas en la variable Estrés, entre el puntaje de la medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 2 se rechaza, tal como lo reflejan el cuadro y el gráfico.

$$p = 0.180$$

Nivel de significación 5%

$p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se acepta H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son similares para la variable medida).

Los resultados obtenidos se pueden entender a partir del contexto existente en la unidad. De acuerdo al reporte del Dr. Glen Hernández habría, una situación problemática en las enfermeras que se desempeñan en la unidad, porque dentro del servicio de Intensivo Quirúrgico no hay ninguna preparación para el afrontamiento al estrés, solamente se da prioridad a la capacitación técnica. Además, señala que la mayor parte de los enfermos que se encuentran en la UTI tienen diagnóstico de grave (con riesgo de muerte). El 20% de ellos

fallece. Explica que las enfermeras están expuestas a altas exigencias porque no hay márgenes para errores, se trabaja apurado y atareado y con la presión al límite.

También hay presión por parte de los familiares de los enfermos, quienes solicitan información sobre el estado del paciente, que sólo los médicos de Staff pueden entregar. Las enfermeras están expuestas constantemente a críticas de los médicos, de las auxiliares y de los usuarios.

A partir de la revisión bibliográfica realizada y al reporte del doctor Hernández se decidió incluir en la investigación la medición de los niveles de estrés general en el personal de enfermería de la Unidad. Contrariamente a los datos empíricos el personal no mostraba índices graves en esta variable.

El equipo de enfermeras estaba conformado por personas jóvenes, en su mayoría solteras, sin hijos, con poco tiempo de residencia en Santiago y de labor en la Unidad. Esto sumado a factores extrínsecos a la naturaleza de su trabajo como: prestigio de la institución, material de trabajo necesario y en buenas condiciones, acceso a insumos, situación laboral estable (contrato) y remuneraciones líquidas adecuadas; podría explicar los bajos niveles de estrés general y su mantención en ambas mediciones desde el punto de vista metodológico.

Aunque no se vieron diferencias estadísticamente significativas en esta variable, sí se pudo observar una disminución en las puntuaciones posterior a la intervención. Es

importante considerar que las enfermeras no evidenciaban niveles altos de estrés en la medición Pre, por lo que era presumible que no variaran.

Si la muestra no hubiera sido azarosa y se hubiera detectado a los sujetos con altos índices de estrés, quizás podrían haberse encontrado diferencias significativas producto de la intervención. También si las mediciones hubieran sido realizadas en otras circunstancias de alto estrés como: alta demanda de pacientes, altos índices de mortalidad en ese período, alto número de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas (VIH, Anta,etc.), quizás las mediciones habrían arrojado otros índices. Por lo tanto, podemos concluir que la intervención no tuvo efecto en la disminución del estrés del grupo.

Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991) hacen referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas, más concretamente en aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda: médicos, enfermeras, maestros y en general aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo. Los datos pusieron de manifiesto que la preparación de estos profesionales era deficitaria en el control de las dificultades emocionales habitualmente vinculadas a su trabajo, lo que conducía frecuentemente a un sentimiento de fracaso personal o incapacidad para el ejercicio de la profesión.

Maslach y Jackson explican que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se

encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación; la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de “desección” emocional, que deja al profesional vacío y “burnout”.

Algunos autores describen una lista de estresores comunes en el personal de enfermería de UTI. Estos son: trabajo excesivo, alta proporción de enfermos por enfermera; pocas posibilidades de tratar las necesidades emocionales de los pacientes y de la familia de éstos, trato continuo y cercano con la muerte, conflictos éticos relacionados con la prolongación innecesaria de la vida, proporcionan cuidados de alta tecnología, tienen horarios imprevisibles, están sujetas a perturbaciones constantes del medio ambiente (ruido permanente, luz artificial, etc.), tienen conflictos administrativos y sentimientos de impotencia e inseguridad.

Tallant, Rose y Tolman evaluaron la efectividad de un programa de entrenamiento en el manejo del estrés, el cual incluyó técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y asertividad; concluyeron que los individuos del grupo experimental evidenciaron una reducción significativa del estrés en relación al decremento del nivel de estrés del grupo de control. Sing-ling, T. y cols.(1993) por medio de estrategias cognitivo conductuales disminuyeron el estrés y aumentaron la salud física y psicológica en un grupo de enfermeras de un Hospital de Taiwán (Traducción de las autoras).

Al revisar las investigaciones acerca del estrés en enfermeras se constata que estos estudios enfatizan diferentes aspectos del fenómeno. Unos establecen los estresores propios de la profesión, otros las consecuencias tanto individuales como organizacionales y

finalmente, las estrategias del afrontamiento y la implementación de programas sistemáticos para que los individuos afronten sus cargas diarias. Spoth ofrece una clasificación de los elementos que influyen en el estrés. El autor los divide en: estresores del ambiente físico, del ambiente interpersonal y de la relación con el paciente.

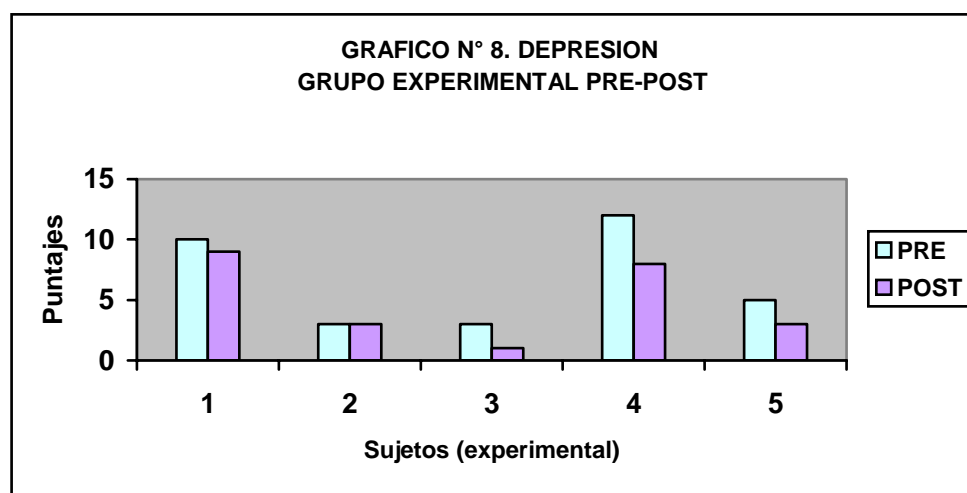
Hipótesis 3: Al comparar los síntomas de depresión del Grupo Experimental en la medición antes con la medición después, se observará una disminución significativa en la medición después.

G. E., S. D. (antes) > G. E., S. D.(después)

CUADRO N° 8 GRUPO EXPERIMENTAL, VARIABLE DEPRESION

N° SUJETO	MEDICION PRE	MEDICION POST	DIFERENCIA
1	10	9	1
2	3	3	0
3	3	1	2
4	12	8	4
5	5	3	2

Al comparar estas mediciones, se puede observar que el G.E. no presenta



diferencias estadísticamente significativas en la variable Depresión, entre el puntaje de la

medición Post y la medición Pre, lo que indicaría que la hipótesis 3 se rechaza, tal como lo reflejan el cuadro y el gráfico.

$$p = 0.0736$$

Nivel de significación 5%

$p < 0.01 \wedge p > 0.05$ (es decir se acepta H_0 : G.E. PRE y G.E. POST son similares para la variable medida).

A partir de la revisión bibliográfica, nos pareció interesante observar como se comportaban, en este grupo, las variables de estrés y depresión; por lo que se realizó la medición de esta última variable dentro de la investigación. Si bien, a partir de la metodología utilizada en la investigación no se puede afirmar ni comprobar la existencia de un correlato entre estas dos variables, no deja de llamar la atención que ambas se mantuvieran sin niveles altos en las mediciones Pre y Post. Tal vez esta misma mantención de los bajos puntajes en la variable depresión se podría explicar por los bajos índices de estrés que presentó el grupo. Por lo tanto, podemos concluir que la intervención no tuvo efecto en la disminución en los síntomas de depresión del grupo.

Un modelo de depresión, postulado por Beck, sugiere que el estado surge de distorsiones cognitivas basadas en un “conjunto cognitivo” negativo respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. Con estos antecedentes, los acontecimientos desagradables se interpretan de forma depresiva, aunque su papel en el resultado sea poco claro, y el efecto depresivo sigue de forma rápida y fidedigna. Propone una forma de trabajo con personas deprimidas. Esta incluye técnicas cognitivas como el entrenamiento asertivo, que consiste en una técnica conductual basada en la adopción de roles asignados e

intercambiados entre paciente y terapeuta y su interacción subsecuente. Ayuda a clarificar las cogniciones autoderrotantes o interferentes en sus relaciones interpersonales, mostrando alternativas tanto conductuales como de interpretación cognitiva frente a una misma situación. Algunas investigaciones han encontrado un efecto adverso del estrés en la población de enfermeras que denominan agotamiento.

Lees y Ellis verifican que frente al estrés las enfermeras pueden seguir tres caminos: pueden aprender a afrontar eficazmente con o sin apoyo externo, funcionando adecuadamente en su ambiente de trabajo, pueden afectarse quedándose en su ambiente laboral, enfrentando las situaciones estresantes ineficazmente, llegando hasta el agotamiento extremo; o pueden dejar la profesión completamente.

Selye, propone que el estrés es un estado psicobiológico que se manifiesta mediante un “Síndrome general de adaptación”. Dentro de este síndrome se produce la etapa de agotamiento como producto de una larga exposición continuada al mismo factor productor de estrés, al que se ha ajustado el cuerpo, se agota la energía de adaptación y reaparecen los signos de la reacción de alarma (primera etapa), pero esta vez son irreversibles y el individuo muere. Stehle señala la depresión e irritabilidad como otra consecuencia del estrés en enfermeras.

Por lo tanto, en síntesis, a partir de la investigación se puede concluir que el programa de entrenamiento cognitivo conductual fue efectivo para la **variable Satisfacción Subjetiva**, ya que **existieron diferencias estadísticamente significativas** entre las

mediciones realizadas antes y después de la implementación del programa en el Grupo Experimental.

No sucedió lo mismo con las variables Estrés y Depresión, ya que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones realizadas antes y después de la implementación del programa. Cabe destacar, que en las mediciones Pre de las variables Estrés y Depresión no se evidenciaron índices graves, lo que pudo haber incidido en el mantenimiento de los índices pre existentes.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de la investigación, se podría concluir que el programa de entrenamiento cognitivo conductual fue efectivo para la variable Satisfacción Subjetiva, ya que se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones realizadas antes y después de su implementación. En relación a las variables Estrés y Depresión cabe destacar, que si bien, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones realizadas antes y después; si que es posible, observar una disminución entre ambas mediciones, aún cuando desde un principio el Grupo Experimental, no evidenció índices graves en estrés y depresión.

Un gran aporte del estudio, fue la construcción y validación de un cuestionario, destinado a medir los niveles de Satisfacción Subjetivas del personal de enfermería que trabaja en Unidades de Tratamientos Intensivos. Este instrumento, queda a disposición para futuras investigaciones.

Existe abundante evidencia empírica, que señala que las profesiones asistenciales están expuestas constantemente a situaciones estresantes. Incluso, se ha llegado a describir el burnout como una forma específica de estrés laboral. Sin embargo, en la muestra estudiada no fue posible observar esta situación.

El modelo médico en sí, ha perdido la dimensión biopsicosocial del individuo, utilizando la retrógrada dicotomía Cartesiana como pilar, olvidando las necesidades

afectivas y psicológicas de los usuarios y de su personal. Este sistema de salud, como pudimos vivenciarlo, sin darse cuenta cierra la posibilidad de su propio progreso.

Dentro de la relevancia y proyecciones de la investigación, se señala que al ser efectiva la intervención en la variable satisfacción subjetiva, se benefició en forma directa el personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Tratamientos Intensivos del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Hoy cuentan con un mayor repertorio conductual para conducirse asertivamente. A la vez, se potenció la instauración de mejores relaciones laborales y mejor coordinación como equipo de trabajo, lo que incidió en su bienestar subjetivo frente a la tarea que realizan, y también en su calidad de vida al tener un adecuado estado psicológico.

La investigación permitió constatar empíricamente, la importancia de que el personal de UTI cuente, dentro de su Staff permanente, con el soporte de psicólogos para enfrentar su labor. Esta afirmación, se corrobora también, por el contacto de las investigadoras con este grupo humano. En este sentido, se validó la incorporación de psicólogos en el área de los equipos de salud.

Dentro de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se produjo a fines del año pasado, un éxodo masivo (85%) del personal de enfermería de la unidad. A raíz de esto, fue necesario, recontratar a la mayoría del equipo de trabajo. Un alto porcentaje de la muestra del estudio,

no había trabajado anteriormente en UTI. El programa ayudó a consolidar el nuevo equipo de trabajo.

Un alto número de los actuales compendios de medicina, dedican un capítulo especial, a las condiciones de trabajo de los equipos de UTI. En ellos se analizan factores como: estresores ambientales de las unidades, carga emocional frente a la muerte de personas, acogida y contención emocional de las familias de pacientes, trabajo contra el tiempo, necesidad de altos niveles de efectividad, pocos años de vida útil del personal, que en ellas trabajan, etc.

Sin embargo, estos capítulos, son sólo descriptivos y no hacen referencia a estrategias a implementar, con el fin de minimizar la acción de estas variables, en el mismo contexto laboral y en la calidad de vida de estos equipos de salud. Nuestra investigación permitió la entrega y adquisición de herramientas concretas para modificar la satisfacción del personal de Enfermería. Por lo tanto, al ser una de las primeras aplicaciones empíricas de un programa que muestra efectividad, puede ser acogida por la comunidad científica.

A partir de la bibliografía revisada se observa que existen pocos estudios a nivel nacional, que den cuenta de las condiciones de trabajo y de la salud psicológica de los equipos, que se desempeñan en la salud pública o privada. Artacho, X. y Muñoz, M. (1994), realizaron en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile la aplicación de un programa de entrenamiento para el manejo del estrés, en enfermeras de unidades de pacientes críticos. Esta investigación, da cuenta de muchos de los factores que afectan al personal de enfermería de las unidades de pacientes críticos. Sin embargo, da énfasis a los aspectos laborales en desmedro de los factores clínicos a medir. Creemos, que nuestra

investigación permitió identificar algunos de estos factores y mostrar caminos para modificarlos.

Es importante hacer notar, que dentro del Staff de Médicos que trabajan en la unidad de tratamientos intensivos, del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, existió una notoria preocupación por los niveles de estrés y los pocos incentivos con los que trabaja el personal de Enfermería de la Unidad. El presente estudio, sin duda, acogió esta petición.

Dentro de las limitaciones de este estudio, cabe destacar, lo relativo a los problemas que se presentaron para obtener un grupo de control.

Otra limitación, resulta de las características de la organización en la cual se implementó el programa. Su hermetismo y burocracia, el poco compromiso con los acuerdos pactados con las investigadoras (por ejemplo: cambio de los horarios, de los días, del número de participantes por sesión, del lugar determinado para realizar la intervención), impidieron un trabajo más productivo y menos desgastador, tanto para el grupo de estudio como para las investigadoras.

También, las características propias del trabajo en UTI como: el sistema de turnos, las urgencias médicas, el tipo de cuidado que brindan a los pacientes; dificultaron el proceso de la intervención. Cabe destacar que a pesar de estas limitantes, cinco enfermeras participaron en nuestra investigación, siendo que no existía obligatoriedad para participar.

Por último, otras limitaciones podrían estar relacionadas con el período del año en que se realizó la intervención.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

Sugerimos a futuros investigadores, que deseen trabajar en esta área, tomar en cuenta las limitaciones que tuvo nuestra investigación, relacionadas con las características propias del sistema de salud y del trabajo en UTI; para minimizar sus efectos.

A la institución recomendamos: prestar atención a las necesidades afectivas y psicológicas del personal, promover el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, capacitar a sus funcionarios en el control adecuado de sus emociones y entregar soporte emocional y fomentar la consolidación de equipos de trabajo multidisciplinarios que incluyan la participación de psicólogos.