

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"

TITULO

EL BURNOUT EN LA ENFERMERÍA DEL ÁMBITO PSIQUIÁTRICO

AUTORES: JORDI ARMENGO, JOSE LUIS ARGUDO, YOLANDA BARBA

Trabajo dirigido por el profesor:

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Ferran Ferrer
José Tejada

Presidenta
Secretario
Vocal
Vocal

Presentado en fecha:

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

El burn out en la enfermería del ámbito psiquiátrico

1. Introducción y Centros de estudio	3
2. Marco teórico	11
3. Metodología	30
a. Objetivo principal	
b. Objetivos secundarios	
c. Hipótesis	
d. Muestra y muestreo	
e. Variables del estudio	
4. Análisis de datos	35
5. Discusión	54
6. Conclusiones	54
7. Bibliografía	56
8. Documentos anexos	57

1. Introducción

En Cataluña, la asistencia sanitaria Psiquiátrica para la población mayor de 18 años está formada por los Centros de Salud mental de adultos (C.S.M.A), las instituciones intermedias (hospital de día, centros de día...) y como pilar básico, las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica que incluyen los servicios de atención a urgencias.

Actualmente, en los hospitales Psiquiátricos monográficos existen diversos factores que generan una alta presión asistencial, repercutiendo directamente en el personal asistencial, y favoreciendo la aparición de síntomas como el cansancio emocional que mal abordado puede desencadenar el síndrome de Burnout. La tendencia a la alza experimentada durante los últimos años en las patologías mentales, así como la concienciación de la población sobre la importancia de que sean tratadas y de una vez por todas eliminar el tabú que originaba un enfermo mental en la sociedad, a generado un aumento en las demandas de atención, provocando un desequilibrio entre los recursos y la población atendida. En ocasiones la dotación de personal es insuficiente para atender con calidad el número de demandas generadas por la población, esto supone soportar una gran presión por parte de los profesionales sanitarios, además de asumir una problemática sociosanitaria mucho más grave que los hospitales generales, los cuales suelen practicar una política de selección de riesgos encubierta.

La falta de políticas de incentivos, como demuestra el estancamiento de la implantación de la carrera profesional, unido a la falta de interés hasta los últimos tiempos por parte de la administración en potenciar la investigación ligada al análisis y evaluación de las prácticas asistenciales, genera en los profesionales un cierto grado de desmotivación, y disminuye la implicación de éstos con las instituciones.

Prácticamente el único incentivo externo existente es el cumplimiento con la tarea propiamente asistencial, resolviendo los problemas del día a día con el objetivo de atender con garantías a los usuarios y dejando en ocasiones en un segundo plano la calidad de la asistencia realizada.

Todo esto, nos lleva a un seguido de problemas que sufren los equipos de salud mental, además de la presión asistencial que se ven sometidos al ser abordados por la falta de profesionales junto a la gran demanda social, existe la dificultad para delimitar los diferentes roles provocando una cierta desorganización y por tanto dificultando la coordinación del equipo, la falta de gratificación del trabajo realizado por los propios usuarios, familias e instituciones, y también por la cronicidad de las patologías.

Todo esto explica el porque los profesionales de la salud son unos de los principales afectados por el síndrome de Burnout o síndrome del quemado, introducido por Freudemberger en 1972, hace referencia a un tipo de estrés laboral generado específicamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa, relacionado con la caída de una perspectiva idealizada y como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios al manifestando cuadros de vacío emocional, actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, cansancio y desesperanza.

Esto sugiere la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral, en el descenso de la calidad del servicio, y de la disminución del rendimiento de los profesionales.

Nuestro estudio pretende analizar la situación actual del colectivo de enfermería de dos unidades de patología mental aguda, pertenecientes a dos hospitales monográficos de Psiquiatría en la provincia de Barcelona, con la intención detectar aquellas variables que impliquen la existencia de Burnout, el grado de este y los posibles factores que incrementen los riesgos.

Quemazón profesional, síndrome del quemado, desgaste ocupacional, síndrome del cansancio emocional, estrés laboral, síndrome del cansancio emocional, estrés laboral, síndrome de Tomás, síndrome del empleado, síndrome de quemarse por el trabajo... Existen acerca de un veintena de denominaciones distintas para el conocido *Burnout*, un síndrome que fue descrito por el psiquiatra Herbert Freudemberger por

primera vez en 1974 y que actualmente genera un coste importante para las organizaciones.

Los síntomas del burnout comienzan por una pérdida gradual de energía, que los profesionales resumen con el nombre de agotamiento profesional. Desde aquí, se llega con el tiempo y la desilusión al segundo síntoma: la despersonalización, que no es más que poner distancias entre uno y el paciente, si se trata de un profesional sanitario.

Freudenberger utilizó el término burnout, usado hasta entonces para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas. Los expertos clasifican las manifestaciones de la enfermedad en categorías mentales o cognitivas, físicas, conductuales..

La sobrecarga laboral y un trabajo poco creativo son los desencadenantes del síndrome. La escasez de medios, el exceso de burocracia y la nula participación en la toma de decisiones para la labor que se tiene asignada favorecen la pérdida de identificación del trabajador con sus tareas.

“Independientemente de los resultados del trabajo, lo que afecta es hacer las cosas de una determinada forma, la pérdida de la identificación con lo que se realiza, la percepción de que no se recibe refuerzo cuando el trabajo se desarrolla eficazmente; sin embargo, sí se puede producir castigo por hacerlo mal”, explica el estudio del C.S.I.

1.- DATOS GENERALES DEL Centre Psiquiàtric del IAPS

Misión del IAPS: El IAPS tiene como objetivo la atención clínica, diagnóstico y tratamiento de manera personalizada, eficaz, eficiente y segura de las personas de las comunidades de referencia con trastorno psiquiátrico (incluyendo toxicomanías) o en riesgo identificable de padecerlos, incorporando también el pronóstico y el curso de la enfermedad como herramientas de gestión clínica.

El Centro Psiquiátrico del IAPS

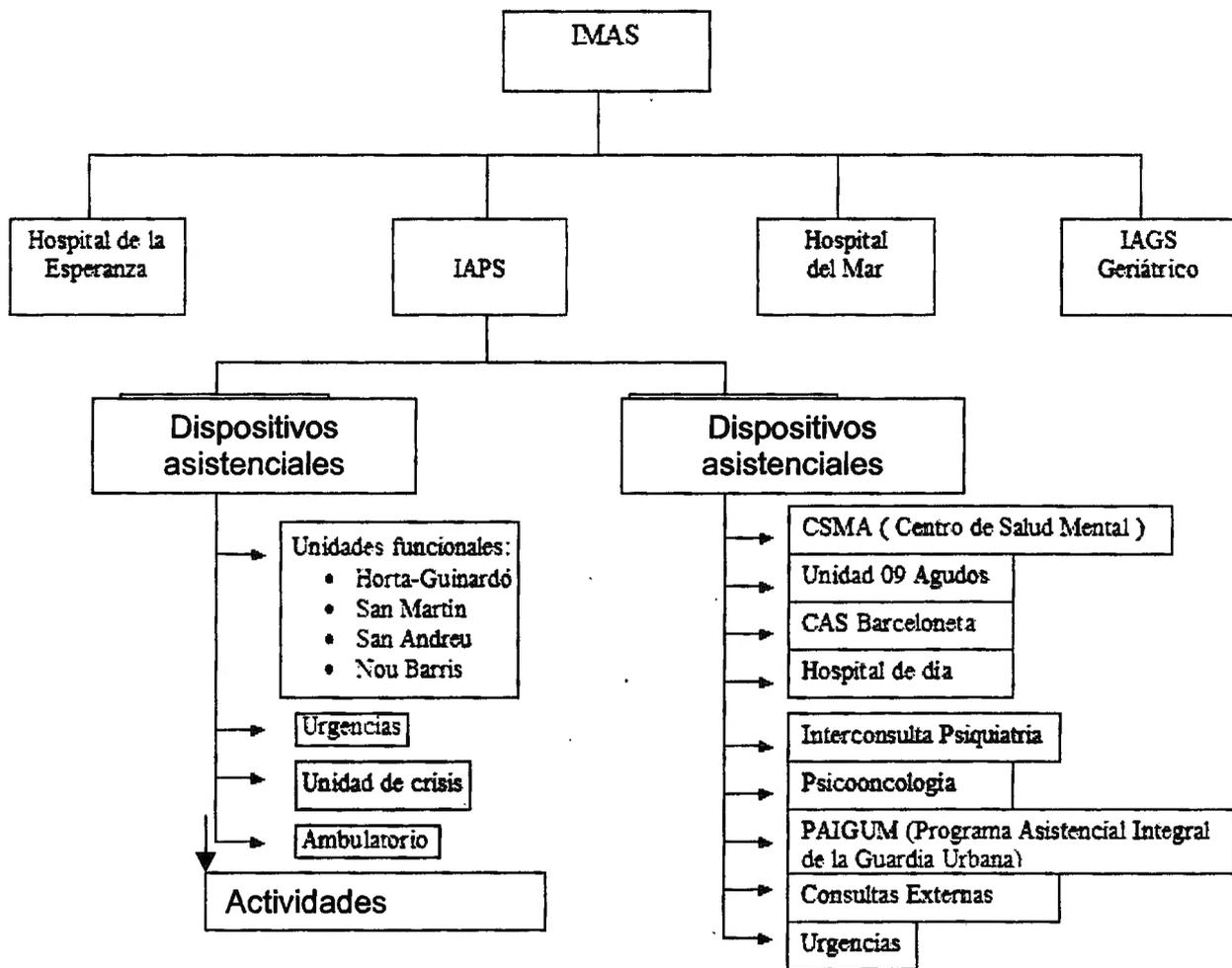
Situación: Germans Desvalls , s/n 08035 Horta-Guinardó BARCELONA
Tel. 93 274 95 45

La **población** que se atiende en el Instituto Psiquiátrico del pertenece a los distritos de:

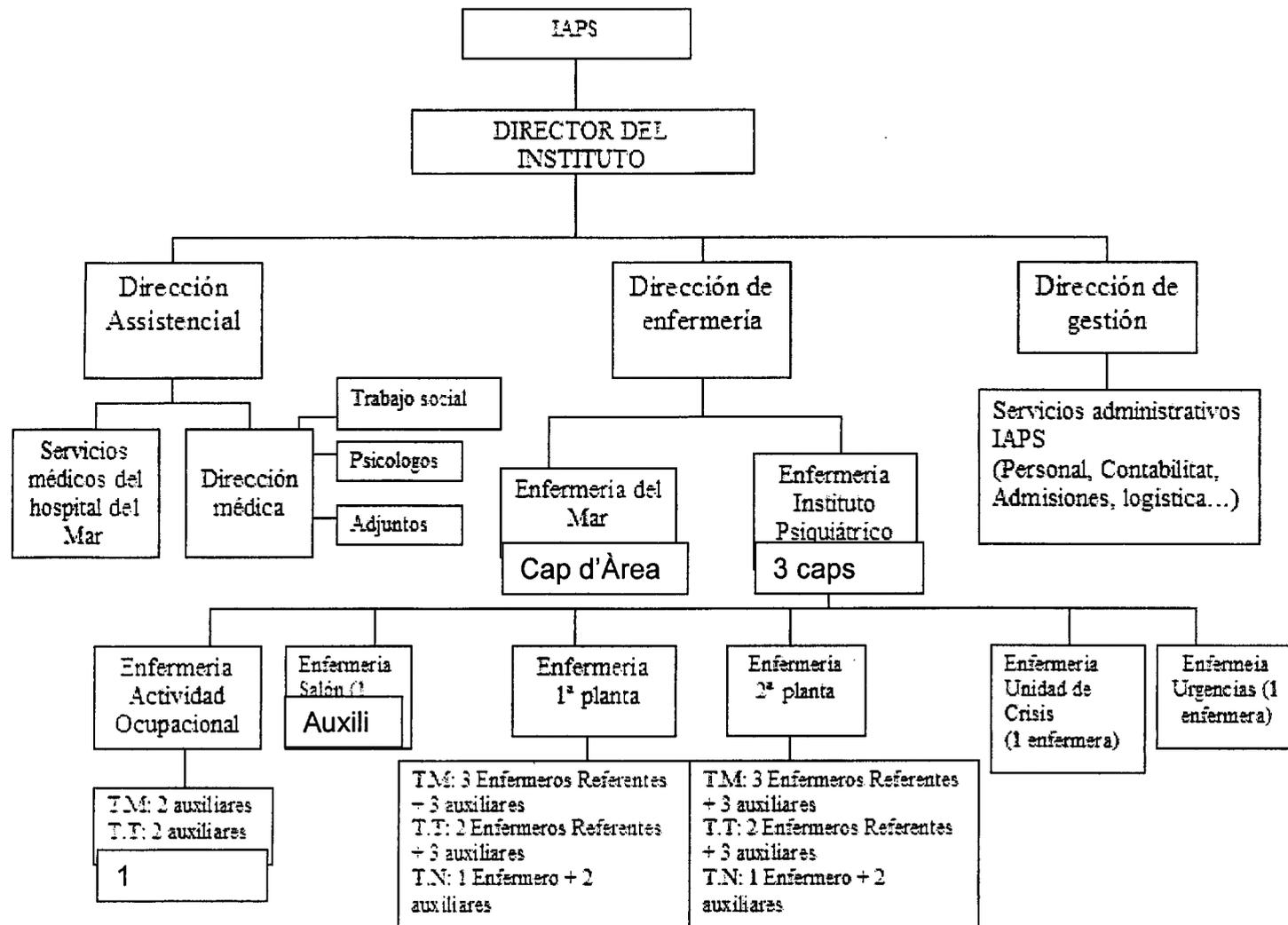
- Horta–Guinardó
- San Andrés
- San Martín
- Nou Barris



ORGANIGRAMA DEL IMAS:



ORGANIGRAMA DEL IAPS:



Estructura del centro

Planta semisubterránea:

Urgencias, archivo, farmacia, vestuarios.

Planta baja:

Sala recreativa, unidad de Crisis, Jardín, cafetería, recepción, Consultas externas, despachos de dirección, Personal, biblioteca, sala de reuniones, aula docente.

Primera planta y segunda planta de hospitalización (92 camas).

Actividad Asistencial:

Lineas asistenciales preferentes:

- Acogida y orientación de la urgencia psiquiátrica.
- Atención hospitalaria de los episodios psicopatológicos agudos, Hospitalización de corta estancia, 4 Unidades funcionales de agudos correspondientes a los cuatro sectores de la población atendida, funcionamiento en equipo interdisciplinario; programa específico de atención a las familias de los pacientes ingresados. Así como Programas específicos de Actividades ocupacionales.
- Atención ambulatoria partiendo de programas específicos: hospitalización parcial, intervención en crisis en programas de asistencia ambulatoria intensiva; postalta hospitalaria, trastornos bipolares i nuevas patologías adictivas.

2. Marco teórico

Más de 41 millones de trabajadores de la Unión Europea (uno de cada tres de los quince países miembros), según un estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, sufren actualmente estrés laboral. El coste económico por absentismo laboral y bajas laborales que genera esta situación supera los 20.000 millones de euros al año.

Los datos nacionales sobre la incidencia del estrés laboral en la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo del año 2002, son similares a los europeos, y en los estudios sobre el burnout se obtienen valores similares para los criterios diagnósticos.

Algo más del 60% de la población activa española está empleada en el sector servicios, donde es muy fácil “quemarse” en el trabajo. Los profesionales más afectados por el síndrome de burnout, sin embargo, son los profesores y los sanitarios.

Un estudio europeo cifra en más de 20.000 millones de euros el coste económico del estrés laboral, cantidad que aumentará si, como temen los expertos, se convierte en la principal causa de absentismo laboral en unos años.

Entre el 10 y el 20 % del personal sanitario español (casi una cuarta parte) sufre desgaste profesional, según las conclusiones de una jornada sobre burnout organizada recientemente por la fundación Prevent, la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista también coincide en señalar que aproximadamente el 20% de los médicos presenta el síndrome del quemado, una enfermedad estigmatizante que lleva a muchos profesionales al temor de ser identificados y perder prestigio profesional delante de sus pacientes, el respeto de sus colegas e, incluso, el trabajo. No obstante, otros estudios elevan este porcentaje hasta un 70% del personal sanitario.

Más allá, en un estudio sobre el gasto elevado por el acoso psicológico en el trabajo, realizado en 6.500 bajas laborales en el ámbito nacional, José Ignacio Pastrana, psiquiatra de la Dirección Médica de Contingencias Comunes de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social (Ibermutuamur), comprobó que 120 de esas bajas, se debieron al "mobbing" (acoso psicológico); 35 a burnout y 36 a malas relaciones laborales. La media para todas ellas fue de 14 días de baja, y el coste calculado fue de 800.000 euros para las bajas por acoso psicológico, 400.000 euros para el burnout y 300.000 en el caso de las malas relaciones laborales.

Las previsiones que se manejan para el futuro no son halagüeñas. Según los expertos en prevención de riesgos laborales, el síndrome de burnout se convertirá en pocos años en una de las principales causas de absentismo laboral en las sociedades desarrolladas.

ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL

La salud mental es un problema de primer orden a escala mundial que va más allá de la psiquiatría como patología, enlaza con la prevención y la incidencia que múltiples factores psicosociales tienen en la población en general para preservar o atender contra su salud mental.

En este panorama cabe pensar que se precisa de profesionales capacitados para abordar tales problemas, que no sólo han de ser tratados por médicos psiquiatras, los enfermeros psiquiátricos tienen aquí un gran papel que va más allá de los cuidados de enfermería, se extiende a programas de tratamiento, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario.

La inseguridad, como característica principal de entornos sociales, está generando múltiples problemas relacionados con la salud mental, la adaptación en este entorno cambiante es una tarea compleja; la salud mental individual y colectiva necesita mecanismos que hagan aumentar la competencia social, la comprensión de uno mismo y de los demás, mayor adaptación, aumento de la tolerancia a la frustración y mejora de las habilidades sociales, con el fin de permitir un mejor desarrollo personal y social.

La fragilidad propia del ser humano y el aumento del malestar emocional están provocando una demanda creciente de servicios de salud mental, servicios que tendrán que estar preparados para esas nuevas necesidades planteadas.

Así el modelo comunitario de atención a la salud mental posibilita la innovación y la creatividad de los profesionales que en él participan, potencia la figura del enfermero generalista y especialista, en los diferentes niveles de atención, siempre buscando nuevos espacios y formación adecuada para responder a las demandas sociales planteadas.

El enfermero especialista en la salud mental ha de hacer un abordaje integral que nos obliga a considerar el acontecer humano, tanto en situación de salud como en situación de enfermedad, como punto de intervención en múltiples factores simultáneos y recíprocamente influyentes.

La atención ha de centrarse en la comunidad, intentar que ésta se responsabilice de sus autocuidados, la tendencia se centrará en el fomento de la salud mental y no tan solo en los aspectos curativos, ya sea en una población para evitar problemas de salud o bien en individuos enfermos en los que queremos fomentar los aspectos saludables de su personalidad.

El concepto de comunidad no sólo va referido al individuo y su familia, sino que también a recursos comunitarios para mantener un nivel de salud, como centros de actividad lúdica y social, centros de asistencia de salud, hospitales de día y unidades de hospitalización tanto de agudos como de crónicos.

El rol de la enfermera se establece a través de múltiples interacciones terapéuticas, de lo contrario sugiere una falta de personalidad.

Según el informe de la OMS de 1955 se señala que el enfermero es una persona "cuyo cometido principal o exclusivo consiste en estar directamente en contacto con los clientes durante varias horas consecutivas para darle la asistencia de enfermería"

La relación profesional de enfermería depende de una interacción limitada entre el paciente y el profesional, se basa en aquellos aspectos concretos que suponen una situación problemática para la persona, por lo que precisa un ambiente estable y unas pautas marcadas en cuanto al proceso de relación. Hay diferencias en el tipo de implicación cuando la relación es profesional, la participación es menos intensa a nivel emocional que la que se produce en una relación personal ya que ésta no se basa en una compensación afectiva, por estar configurado de antemano el tipo de beneficio que se obtiene por el acto relacional en sí.

La relación adquiere connotaciones específicas cuando se trata de pacientes de salud mental convirtiéndose en instrumento imprescindible, la comunicación es difícil ya que estos pacientes generalmente presentan dificultades en el área relacional, las formas de conocer e interpretar la realidad tiene un significado cualitativamente distinto para ellos.

A través de la relación terapéutica se producen cambios que no sólo no serán posibles fuera de este marco profesional.

Estos cambios son debidos a unos aspectos específicos primeramente el ambiente en que acontecen las interacciones con el paciente están delimitados para que así se perciba separado del ambiente cotidiano, también las interacciones que se realizan se dan en el momento necesario para su finalidad terapéutica, no social, y por último el ambiente se prepara de manera que puedan suceder los cambios que se pretendan.

Esta relación es más significativa que la que se producen en un acto profesional distinto, ya que, aunque el enfermero generalista establece también una relación con finalidad terapéutica, en el ámbito de la psiquiatría la mayoría de problemas que afectan al paciente influyen de mayor manera en la esfera emocional cognitiva o conductual y se traducen en dificultades a nivel relacional.

El enfermero interactúa con el paciente las 24 horas del día por lo que ha de tener en cuenta que se convierte en un modelo para el paciente, para aumentar su autonomía y su capacidad adaptativa.

Estas relaciones aunque estructuradas y planificadas a veces se producen de forma espontánea por situaciones puntuales que suceden, por ello la enfermera psiquiátrica ha de tener un autoconocimiento mayor de ella misma y de sus aspectos comunicacionales y de relación para poder responder de manera adecuada ante las situaciones que se produzcan, esto es constante ya que la mayor parte del tiempo profesional lo comparten con los pacientes estableciendo una relación centrada en los aspectos de la vida cotidiana, como alimentarse, recrearse, higiene etc, esto supone la posibilidad de influir en la modificación de pautas comportamentales o de relación

inadecuadas y en la potenciación de otras positivas que no pudieron realizarse en la colectividad.

Recomendaciones del Comité de Expertos de Enfermería Psiquiátrica.

“... El aspecto interpersonal adquiere una importancia primordial y constituye en realidad la parte esencial de su labor. Las relaciones interpersonales se producen durante todas las fases de la vida del paciente en el hospital, desde los acontecimientos más sencillos y ordinarios, como comer y dormir, hasta los más complejos como participar en la organización de su propia vida. En su función terapéutica, el enfermero promoverá las relaciones interpersonales tanto entre individuos como en grupo. Por tanto, debe desarrollar las actitudes que le permitan trabajar con los pacientes en estas experiencias terapéuticas.

Desempeña un papel activo y efectúan observaciones cuidadosas como espectador y participante. De estas observaciones deducirá los elementos que han de servir de base para la intervención.”

El proceso de comunicación que establece la enfermera no es neutral, tiene connotaciones importantes el tipo de comunicación que establece la enfermera, su propio lenguaje y sus actitudes personales por lo que hay que evitar caer en el subjetivismo para que la comunicación sea objetiva y terapéutica.

Toda situación nueva es subjetiva, las personas desconocidas y con problemas de difícil comprensión produce cierta ansiedad y pone en marcha diversos mecanismos para neutralizarla, por ello con este trabajo de investigación pretendemos saber como influye el síndrome de Burnout en la enfermería psiquiátrica y así poder proponer soluciones a este problema para poder atender de la mejor forma posible al paciente psiquiátrico.

MOTIVACIÓN

La motivación no podemos definirla como un estado bioquímico de algún tejido, ni siquiera como una activación de las células nerviosas, sino que estudiando la conducta como una de las funciones de relación, consideramos la motivación como el aspecto dinámico de la relación existente entre un sujeto y el mundo que le rodea.

Concretamente, la motivación concierne a la dirección de la conducta que mostramos hacia ciertas categorías preferentemente de situaciones o de objetos.

La motivación es concebida como un impulso que parte del organismo y que emana del objeto y finalmente actúa sobre el individuo. Son pertenecientes a la primera categoría las teorías clásicas de los instintos (McDougall, Freud), como también las de las necesidades homeostáticas (Hull).

Es muy importante para cualquier empresa conseguir de forma mayoritaria la participación de sus miembros, así como determinar los factores considerados principales que intervienen en la decisión de participar activamente en ella, simplemente mantenerse o finalmente abandonarla.

Hasta ahora se ha afirmado que el desempeño de los trabajadores en una organización empresarial está íntimamente ligada a las funciones de habilidad y motivación, encontrándose estos factores en relación multiplicativa.

Los estudios de la Motivación resultan centrales para la organización.

Únicamente si los miembros permanecen en ella y contribuyen adecuadamente a la consecución de los objetivos marcados podrá esta mantenerse y desarrollarse, pero para que esta circunstancia pueda darse, los individuos integrantes de la

organización, han de poder satisfacer sus necesidades inquietudes y expectativas dentro de la organización.

Otro factor que tendríamos que añadir sería el Clima que constituye la personalidad de una organización, y también contribuye a la imagen que ésta proyecta a sus empleados, incluso al exterior.

El administrador, asesor o gestor deben tener la capacidad de analizar e interpretar la personalidad que desean adoptar para planear de forma óptima sus intervenciones.

Según el Sr. Kambiz Goharriz, presidente ejecutivo del grupo Harper & Lynch, podemos entender la motivación del personal como una predisposición del individuo a realizar un comportamiento orientado a un fin. Esta predisposición del trabajador a realizar una conducta laboral no se entiende sin el acompañamiento de un impulso, esto es, sin algo que la active.

Así sabemos que la conducta surge cuando se crea una necesidad; ésta sirve de motor o de impulso de la conducta adoptada, y la dirige hacia una meta u objetivo atractivo para el sujeto, que intenta lograr en su trabajo.

Es importante poder derivar la motivación en dos aspectos principales como serían las necesidades que activan de la conducta y los objetivos que dirigen la conducta, estos dos componentes son los pilares en los que se sustentan el proceso motivacional.

La necesidad insatisfecha puede provocar en el individuo un estado de desequilibrio que finaliza en la búsqueda de un objetivo que compense esa necesidad.

En referencia a las necesidades que están vinculadas al ámbito laboral, se encuentran clasificadas en dos grandes grupos, las Necesidades individuales en las

que se hace referencia a la persona y el beneficio que obtendrá al obtener la necesidad, y en las que se encuentra el dinero, el mando, el estatus social, el prestigio profesional, la independencia, la certidumbre, la dignidad, y las Necesidades Grupales cuya finalidad es conseguir un beneficio mutuo, compartido con otras personas, y entre estas se encuentran la Defensa, la Dependencia y la pertenencia o sensación de formar parte de la organización.

Es conveniente saber que la Motivación en sí se estructura en Motivación Extrínseca que sería la capacidad de que una persona en algún momento realice una tarea poco agradable para conseguir el incentivo que le interesa, y en Motivación Intrínseca, cuando la persona desempeña funciones para conseguir un incentivo, no sólo lo hace por alcanzarlo, sino que la forma de llevarlo a cabo también le produce satisfacción, la Motivación Positiva, en la que un individuo desempeña una tarea por conseguir algo que realmente le atrae, y por último la Motivación Negativa, en la que una persona puede llevar a cabo una función para así poder evitar algo que le desagrade o moleste, y los trabajadores por su parte se diferencian por el desafío que representan, relacionado a su vez con la probabilidad de éxito que el sujeto ve que puede tener esa actividad, y las oportunidades que ofrecen para despertar ese impulso.

Existen dos grupos principales donde se engloban las distintas teorías de la motivación que permiten explicar la conducta motivada en la organización y sus relaciones con el rendimiento, estos dos grandes grupos son:

Teorías de Contenido, en las que se plantea la cuestión sobre el hecho que hace a un individuo trabajar, y posteriormente para alcanzar una respuesta se analizan las necesidades y las recompensas que pueden causar la conducta, es decir la motivación de la persona y los agentes motivadores.

Dentro de este grupo se encuentran la Teoría Clásica en la que por un lado se encuentra el Taylorismo que considera la retribución económica como único factor motivacional, también la Teoría de las relaciones humanas, cuyo máximo

representante es Elton Mayo, quien considera que la mayor importancia radica en la comunicación y las relaciones interpersonales.

Dentro del modelo de la Jerarquía de Necesidades de Maslow (1954) y partiendo del hecho que todas las personas tienen una serie de necesidades motivadoras del comportamiento, distingue cinco tipos, necesidades fisiológicas y vitales para la supervivencia, necesidades de seguridad para poder encontrarse libre de amenazas en un medio estable, necesidades sociales, en las que incluye la amistad, el cariño y la pertenencia a algo, necesidades de estimación o autoestima relacionadas con las percepciones del propio sujeto y las necesidades de autorrelación, en las que el individuo que tiene muy claro lo que quiere llega a satisfacer sus necesidades.

Otra de las principales teorías del grupo sería la Teoría ERG de Alderfer (1969), quien critica la teoría de Maslow, en base a que ésta no es aplicable a los miembros de las organizaciones. Encuentra en este modelo un solapamiento entre diversas necesidades.

Este autor sostiene que existen tres necesidades básicas, la Necesidad de Existencia, relacionada con los requisitos materiales para la supervivencia, Necesidades de relación entre personas, en la que se refiere a la interacción con otros sujetos, y las Necesidades de Desarrollo y de autorrealización Racional - Potencial, y que son las capacidades que la propia persona valora positivamente de si mismo.

La teoría de las necesidades aprendidas de McClelland se postula desde una óptica ambientalista, McClelland defiende que el hombre se mueve bajo impulso de tres tendencias como la afiliación, el poder y el logro; sus estudios se han centrado básicamente en la necesidad de logro, aportando una serie de características que pueden llegar a activar el comportamiento humano, tales como que resulta más importante conseguir éxito que un reconocimiento público, o que se deben marcar una serie de objetivos no debiendo correr muchos riesgos para conseguirlos, así como que

una persona se esfuerza más en realizar una tarea cuando ésta implica un reto y no se trata de algo rutinario.

Los investigadores y directivos han prestado especial atención a esta teoría debido a las aplicaciones inmediatas que de ella se pueden hacer al mundo del trabajo. Por ejemplo, en el campo de la selección de directivos, en el desarrollo profesional, al considerar que la necesidad de logro se puede adquirir mediante el adiestramiento.

Dentro de la Teoría Bifactorial de Herzberg, observamos que considera la existencia de dos conjuntos de necesidades, las que tienen su origen en la naturaleza animal del hombre y que, por instinto, procuran evitar cualquier daño procedente del exterior, y otras relacionadas con la capacidad de logro del ser humano y su desarrollo psicológico. Por otro lado, hace una distinción clara entre factores que favorecen la satisfacción y otros que pueden llegar a producir insatisfacción:

Las necesidades higiénicas cuando no existen pueden llegar a producir insatisfacción relacionadas con la seguridad en el puesto, condiciones de trabajo, retribución o salario. Las necesidades motivadoras cuando se dan pueden producir satisfacción, referidas al trabajo en sí serían el reconocimiento, los ascensos, la responsabilidad, la promoción y el crecimiento. Los primeros pueden causar insatisfacción si se descuidan pero no causa motivación si están presentes, mientras que los segundos pueden incrementar la satisfacción y el rendimiento pero su ausencia no siempre ocasiona insatisfacción.

El otro gran grupo integrante de teorías de la motivación en la organización se denomina Teorías de Proceso, aquí la preocupación no radica en qué es lo que produce la conducta motivada, sino en cómo se produce.

Por lo tanto se intentan describir y analizar los procesos por los que la conducta laboral es activada, dirigida, sustentada y frenada. Se presta mayor atención a las variables que hacen posible la dirección y persistencia de las expectativas.

Dentro de este grupo destacamos la Teoría de las expectativas, es una de las teorías que más han aportado a la comprensión de la motivación en el trabajo, consiste en ver como la conducta personal se consigue guiar y conducir a buen fin y el porqué las personas eligen determinadas conductas para conseguir alcanzar los distintos objetivos marcados.

Dentro de la teoría del Equilibrio se defiende que la motivación es esencialmente un proceso de comparación social, en el que se tiene en cuenta tanto el esfuerzo como los resultados o gratificaciones recibidas por él y se compara con los resultados y esfuerzos realizados por otros. Existen diversos puntos relevantes como la diferenciación por parte de los trabajadores entre los que ellos aportan y lo que posteriormente reciben a cambio, así como la comparación social sobre sus contribuciones – compensaciones con otros individuos, en este proceso se puede llegar a un equilibrio si las dos razones son iguales, o puede darse el caso contrario, cuando no existe equidad el individuo intenta reducirla, puede surgir una gran tensión cuando la desigualdad sea muy grande, generalmente tenderá a maximizar las compensaciones o minimizar las contribuciones.

Estrés

Para la mayoría de autores "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)" Mc Grath (1970).

De este modo se produciría estrés cuando el individuo percibe que las demandas del entorno superan a sus capacidades para afrontarlas y valora esta situación como una amenaza para su estabilidad.

Otros autores incluyen en sus definiciones la necesidad de mantener un equilibrio entre lo que el individuo necesita, espera o a lo que la realidad ofrece para satisfacer esas necesidades, expectativas o aspiraciones.

Demandas del trabajo o estresores

Para muchos autores la naturaleza del tipo de exigencias y características del trabajo y de su organización podrían ser la fuente principal del estrés.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| -Sobrecarga del trabajo | -Ritmo de trabajo impuesto |
| -ambigüedad de rol | -conflicto de rol |
| -malas relaciones personales | -falta de participación |
| -carencias de formación | -grandes responsabilidades |
| -contexto físico peligroso | -... |

Intensidad, magnitud, acumulación de varias de ellas, prolongación en el tiempo o la excesiva frecuencia en su aparición generarían estrés.

Las características de la persona

Numerosos investigadores han demostrado que existe una influencia de ciertas características personales en la producción de estrés:

-Rasgos de personalidad (personalidad tipo A (con interés desmesurado por la perfección, activos, enérgicos, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes), dependencia, rigidez, ansiedad, introversión).

-Necesidades del individuo : carencias que le impiden fomentar el bienestar del organismo.

-Aspiraciones

-Expectativas

-Valores

-Formación, destrezas, conocimientos, experiencia, capacidad intelectual y física.

-Condición física y hábitos de salud

Todas estas características tienen una gran variabilidad interindividual y que varían en un mismo individuo a lo largo de la historia personal.

La descompensación, desequilibrio o incongruencia entre lo que exteriormente se demanda u ofrece y lo que los individuos necesitan, desean o son capaces de hacer es generadora de estrés

Proceso de apreciación

Mediante la percepción, interpretación y evaluación el sujeto evalúa tanto el medio, como a sí mismo.

Fineman (1979) considera que el estrés y la tensión surgen de las interacciones que se dan entre unas percepciones del individuo sobre el entorno, la personalidad, la amenaza experimentada y la conducta como respuesta a la amenaza

Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos básicos de valoración del medio y de sus demandas:

-Neutra: Las. Demandas no suponen implicaciones sobre el individuo.

-Positiva: cuando el medio es evaluado como adecuado para lograr o mantener el bienestar del individuo.

-Estresante: El medio es evaluado como amenazante por

- *Daño o pérdida

- *Amenaza (puede producirse un daño y no confía en sus posibilidades)

- *Desafío (puede producirse un daño, pero confía en sus posibilidades)

Proceso de respuesta

Conductas que usualmente el individuo adopta para manejar y enfrentar la situación de estrés:

1.-Conductas adaptativas orientadas a la anulación de la amenaza

2.-Conductas de lucha y huida que intentan hacer frente a la situación real.

3.-Conductas sustitutivas que disminuyen la activación fisiológica, pero que no hacen frente directamente al afrontamiento, a la resolución del problema (comer, fumar, relajarse,...)

4.-Conductas de inhibición conductual: adopta una táctica de inhibición de respuestas. No reduce la activación fisiológica ni afronta el estímulo estresor.

Aparición sintomatológica

En una reacción de estrés se produce una respuesta psicósomática que se caracteriza por la presencia de un estado de tensión excesiva en el que aparece un cansancio físico y psíquico que puede llegar al individuo al agotamiento.

Siempre que hay estrés aparece ansiedad que provocará una alteración en la psicología del sujeto, que se manifiesta en una serie de vivencias y que se reflejan en:

- Situación que el individuo no puede controlar
- Sensación de incertidumbre y peligro
- Miedo ante una amenaza futura
- Angustia e impotencia ante la espera de un peligro indeterminado.

Según F.J. Labrador (1992) las personas tienen diferentes respuestas de activación en función tanto de sus características personales como de la situación en que se encuentran. Por lo que una misma persona puede activar órganos o respuestas diferentes en cada situación de estrés.

Apoyo social

El estrés es también un fenómeno de dimensiones sociales: las relaciones interpersonales en el ámbito laboral pueden ser un factor productor de estrés. Sin embargo las relaciones sociales pueden actuar como un importante factor reductor de los niveles de estrés .

El apoyo social consiste en la provisión del individuo de afecto, comprensión, afirmación y ayuda por parte de otros individuos.

Para French (1973) el apoyo social actúa al menos en cuatro niveles:

-Que reduzca los factores estresantes objetivos asociados al medio ambiente (empatía y comprensión entre individuos). Apoyo emocional.

-Que afecte a los estresores, tal y como los percibimos: a través de la comunicación interpersonal o por el contraste y comparación con otras personas en la misma situación. Apoyo evaluativo.

-Que reduzca las consecuencias experimentadas por el estrés. Apoyo informativo con efecto terapéutico.

-Que aumente los recursos de adaptación del sujeto. Apoyo instrumental.

La satisfacción laboral

Entendemos por satisfacción laboral, el grado de bienestar que experimenta el trabajador con motivo de su trabajo.

Normalmente este balance está medido a través de distintos métodos de los que se obtiene el "índice de satisfacción laboral" que ofrece una puntuación que nos informa de una situación de un individuo en una escala cuyos polos corresponderían a satisfacción máxima e insatisfacción máxima.

Las características del trabajo más relevantes en la generación de la satisfacción o insatisfacción y sobre los que se interroga el individuo son:

- El contenido del trabajo
- El salario
- la promoción
- las relaciones humanas
- el reconocimiento que el individuo obtiene
- Estilo de mando

Los modelos teóricos en los que se inspiran los creadores de métodos para la satisfacción laboral, parten de una serie de necesidades, expectativas, etc., comunes a todos los individuos que el trabajo debe saciar.

Herzberg propone la existencia en el ámbito laboral de dos grandes grupos de necesidades:

-De satisfacción: motivadoras, de crecer psicológicamente, de éxito,... saciadas por factores intrínsecos del trabajo (contenido, logros, responsabilidad,...)

-De insatisfacción: higiénicas, de obtener lo que el individuo cree que le es debido, saciadas por factores extrínsecos (salario, grado de supervisión, condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, estabilidad, ...)

Las teorías de satisfacción de necesidades inciden en el elemento subjetivo e individual en la fijación de necesidades. Por lo que un individuo está satisfecho cuando consigue lo que quiere. Sería necesario establecer el valor individual que para cada trabajador tiene una necesidad y hasta que punto su trabajo satisface esa necesidad.

El grado de satisfacción en el trabajo es un índice predictor de comportamientos y actitudes. Unas puntuaciones que indiquen insatisfacción se relacionan con la aparición de sintomatología física y psíquica asociada al estrés, con el absentismo, cambios de trabajo solicitados,...

Estrés e insatisfacción son utilizados a menudo se utilizan de forma indistinta, sin embargo:

-La satisfacción-insatisfacción laboral es el resultado del balance de cómo o cuánto se acomodan ciertas características del trabajo a los deseos, aspiraciones, expectativas, necesidades y valores del individuo.

El objeto de análisis suele ser las características del trabajo medidas con metodologías de tipo subjetivo en las que el individuo debe facilitar una evaluación consciente de la situación.

-El estrés es el resultado de una serie de procesos en los que se produce un desajuste entre las demandas tanto externas como internas y las capacidades o habilidades del individuo para responder a esas demandas. Es un problema con manifestaciones psicósomáticas, que origina una sintomatología característica de tipo físico, psíquico y social.

El objeto de análisis son las características del trabajo y, además, el individuo.

El estrés puede ser medido, en parte por indicadores objetivos. Es un conjunto de problemas que puede ocurrir por medio de procesos no conscientes.

El agotamiento Psíquico (burnout)

Hace referencia a una situación muy semejante al estrés.

Es un tipo característico de estrés que se da en trabajadores que realizan su trabajo en contacto con otras personas (profesores, personal sanitario,...)

Surge al ver el trabajador defraudadas las expectativas que tenía con respecto al trabajo y cuando el trabajador se encuentra bastante imposibilitado en el control o en la modificación de la situación laboral y de poner en práctica sus ideas con respecto a cómo ha de ser realizado el trabajo.

Según Maslach y Jackson "es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico en el que :

-El individuo presenta síntomas de agotamiento emocional, cansancio físico y psicológico.

-El individuo, en su intento de aliviar esta situación, trata de aliarse desarrollando una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás, mostrando una falta de compromiso con su trabajo.

Se da un sentimiento de inadecuación, de incompetencia, de ineficiencia, etc., de no poder atender debidamente las tareas que ha de realizar.

El burnout es un proceso continuo, es un estrés de carácter crónico experimentado progresivamente en el contexto laboral. Se distinguen tres fases:

1ª Desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del individuo para afrontarlas.

2ª Respuesta emocional a ese desequilibrio (tensión, fatiga, etc.)

3ª El individuo trata de enfrentarse a esa situación por medio de unos mecanismos neuróticos que llevan a una modificación de actitudes con respecto al trabajo.

3.-Metodología

a. Objetivo principal

* Evaluar la presencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de dos centros psiquiátricos monográficos de la provincia de Barcelona.

b. Objetivos secundarios

* Indagar la presencia de sentimientos, percepciones, pensamientos, conductas y síntomas descritos en el síndrome de Burnout.

* Detectar las fuentes de tensión en el trabajo profesional específico, derivado de la tarea propia y por la gestión y organización laboral.

* Revelar las capacidades de afrontamiento personales, grupales e institucionales instrumentadas para evitar o paliar la emergencia del síndrome.

c. Hipótesis

“Existe un elevado grado de burnout en el personal de enfermería psiquiátrico de los hospitales psiquiátricos en cuestión”.

d. Muestra y muestreo

El trabajo se realizará de modo descriptivo y transversal en ambas poblaciones:

Características de los centros de la población a estudio:

a) Centro psiquiátrico 1 : Población = 65 muestra obtenida = 61

b) Centro Psiquiátrico 2 : Población = 40 muestra obtenida = 32

*El método de obtención de datos constará del uso de encuestas validadas:

a) Maslach Burnout Inventory (MBI)

b) Cuestionario de salud de Goldberg.

c) Escala de evaluación de la atmósfera en salas de internamiento psiquiátrico.

Adaptación española de la escala de Moos (1974).

a) Maslach Burnout Inventory (MBI), adaptada a la Sociedad Catalana por Fernando y Pérez, 1996.

Escala con la que valoramos:

-Cansancio emocional (CE) : Sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo; el elemento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento "1.-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo".

-Despersonalización (DP) : Los elementos de esta escala describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. Tanto en esta como en la escala anterior, los profesionales con puntuaciones altas presentan grados elevados de vivencia del síndrome del estrés laboral asistencial. Como algunos de sus elementos presentan pequeñas saturaciones en la otra escala, se observan pequeñas correlaciones entre ambas dimensiones. Es decir, aunque son medidas por separado, están relacionadas y se presentan como aspectos del síndrome.

- Realización Personal (RP) :Esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome; pero es independiente de ellas y sus elementos no tienen pesos negativos en ellas. La variable puede ser considerada como lo opuesto al Cansancio Emocional y a la Despersonalización. Sin embargo se observan correlaciones bajas con las otras dos escalas.

Composición de las escalas del MBI

<i>Escala</i>	<i>Elementos</i>	<i>PD máxima</i>
CE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
DP	5, 10, 11, 15, 22	30
RP	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Las puntuaciones en las escalas de agotamiento emocional y despersonalización son directamente proporcionales al nivel de burn-out, mientras que la obtenida en la de realización personal es a la inversa.

Para estudios españoles, el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach en las tres escalas es:

-Agotamiento emocional = 0.89

-Despersonalización = 0.63

-Realización personal = 0.80

b) Cuestionario de salud general de Goldberg -ghq28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental.

También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas.

Se trata de un cuestionario **autoadministrado** de 28 ítems divididas en 4 subescalas:

A (síntomas somáticos)

B (ansiedad e insomnio)

C (disfunción social)

D (depresión grave).

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso) o 6/7 para algunos autores. Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

**c) Escala de evaluación de la atmósfera en salas de internamiento psiquiátrico.
Adaptación española de la escala de Moos (1974).**

Partiendo de la idea de que una una forma de evaluar la atmósfera es conocer el conjunto de las percepciones que tienen de la sala o del pabellón las personas que están o trabajan, Moos R.H. confeccionó, tras varios estudios previos, un cuestionario común para pacientes y profesionales con el que se trata de saber sus opiniones en relación un centenar de frases que se agrupan en diez subescalas:

- I Vinculación
- II apoyo
- III espontaneidad
- IV autonomía
- V Orientación de problemas prácticos
- VI Orientación de problemas personales
- VII Tolerancia a la agresividad y enfado
- VIII orden y organización
- IX claridad del programa
- X control del personal

Que a su vez constituyen tres dimensiones o ejes con los que se valora la atmósfera que establecen unas personas en un determinado lugar:

- Dimensión Relacional.
- Dimensión de tratamiento
- Dimensión administrativa.

La escala fue traducida y adaptada al castellano en 1988 por los Dres. J.Sánchez de Vega y J.M. Sunyer.

e. Variables del estudio

Las variables del estudio se plantea que serán:

* Profesional sanitario, incluyendo aquí personal de enfermería (auxiliares de clínica y DUEs) y con especialidad o no en psiquiatría.

Variable	Definición Operativa	Función	Sistema de Control	Medio	Escala
Paciente ingresado en agudos	Número	Independiente.	Estadístico	Registro	Cuantitativa
Edad	Años	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cuantitativa
Sexo	Género 1.Masc 2.Fem.	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cualitativo
Estado civil	1.Soltero 2.Casado/flia. 3.Sep/divorc. 4.Viudo	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cualitativo
Grupo profesional	1.Auxiliar 2.Enfermero	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cuantitativo
Relación empresa	1.Func/lab. 2.Interino 21h 3.Suplencia 4.Interino 40h	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cualitativo
Turno de trabajo	1.Mañana 2.Tarde 3.Noche 4.Turno part.	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cualitativo
Años de profesional	Años	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cuantitativo
Años en la empresa	Años	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cuantitativo
Formación	1.Tit. inicial 1.1 Aux.Clin. 1.2 A.T.S. 1.3 Tec.psiq. 1.4 Tit. Conv. 1.5 D.U.E. 2.Form. cont.	Interviniente	Estadístico	Cuestionario.	Cuantitativo

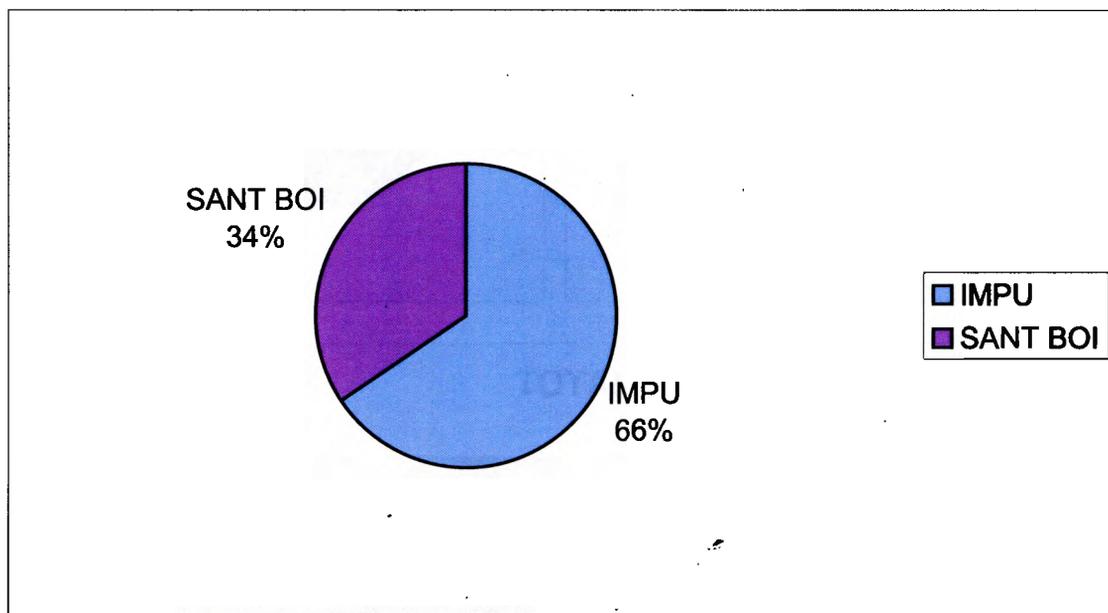
4.-Análisis de datos

El análisis de datos se realizará mediante un análisis estadístico utilizando el sistema informático SPSS v.11.

A partir de aquí, se realizarán las conclusiones estadísticas pertinentes.

Características descriptiva de la muestra:

CENTRO	IMPU	61	65.5%
	SANT BOI	32	34.4%
	TOTAL	93	100%



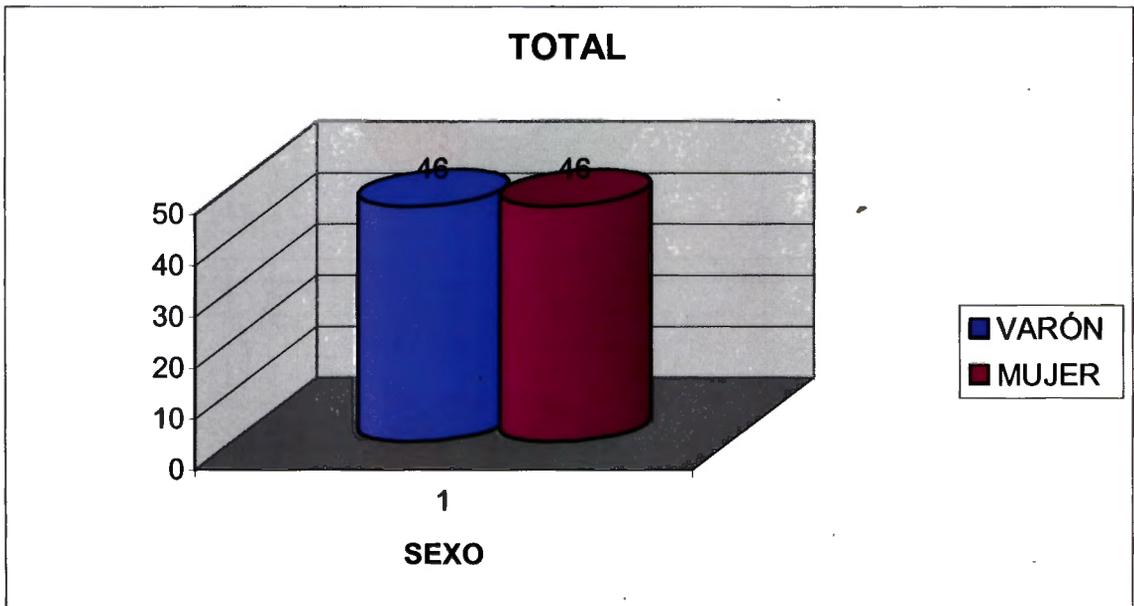
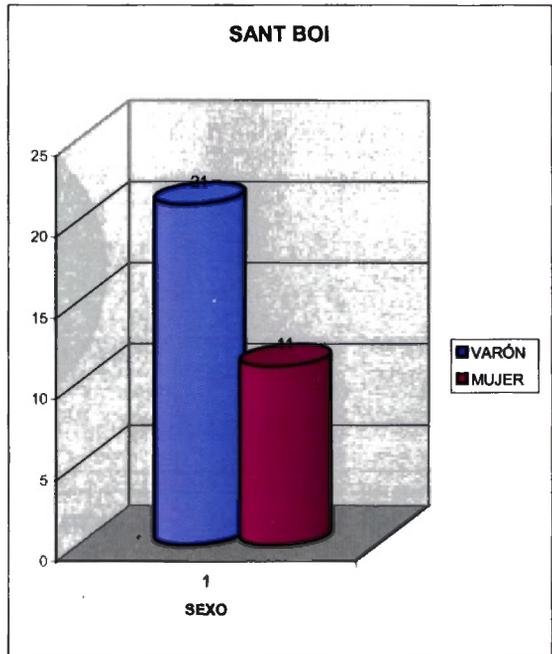
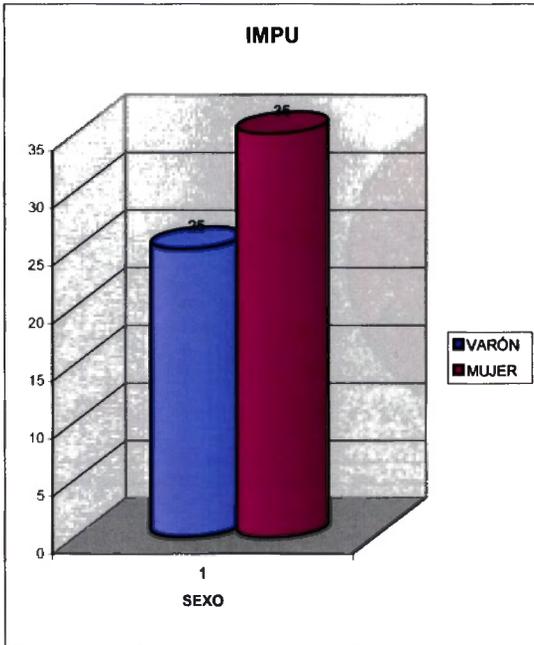
SEXO

VARON IMPU 25 (41.7%)

MUJER IMPU 35 (58.3%)

SANT BOI =21 (65.5%)

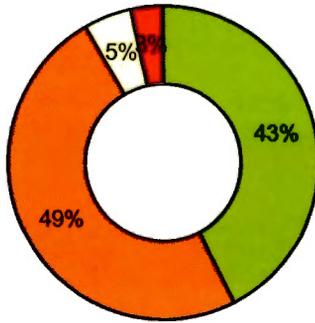
SANT BOI= 11 (34.4%)



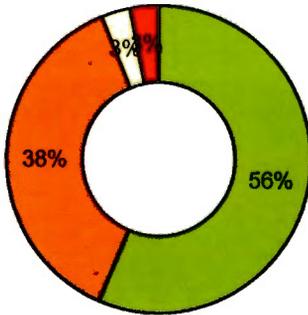
ESTADO CIVIL:

SOLTERO	IMPU=26 (42.6%)	SANT BOI =18 (56.3%)	TOTAL=44 (47.3%)
CASADO	IMPU=30 (49.2%)	SANT BOI= 12 (37.5%)	TOTAL=42 (45.2%)
DIVORCIADO	IMPU= 3 (4.9%)	SANT BOI= 1 (3.1%)	TOTAL= 4 (4.3%)
OTROS	IMPU=2 (3.3%)	SANT BOI= 1 (3.1%)	TOTAL= 3 (3.2%)

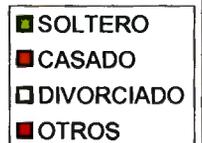
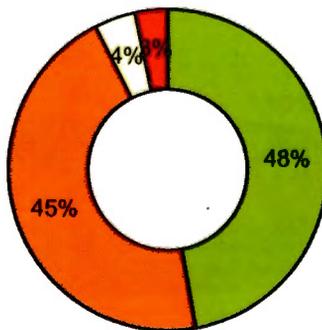
IMPU



SANT BOI

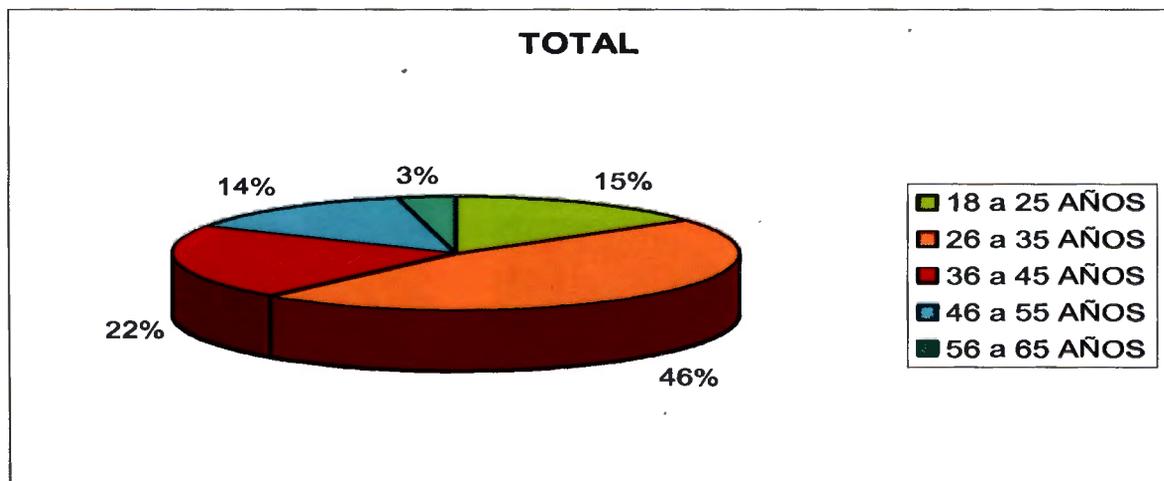
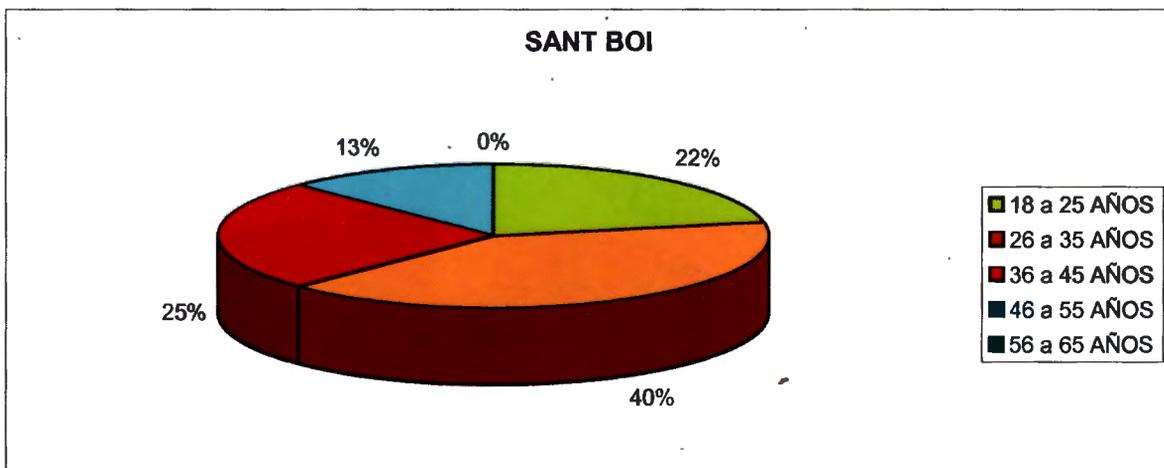
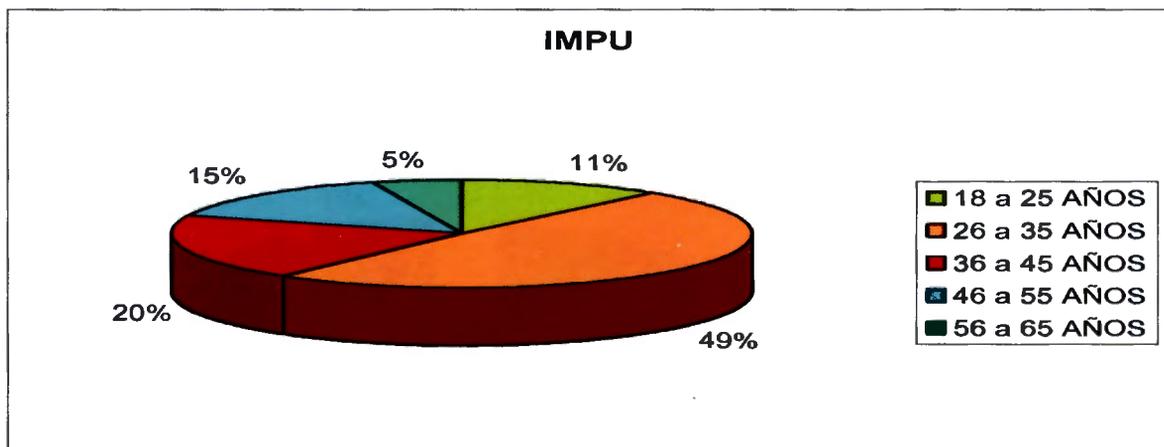


TOTAL



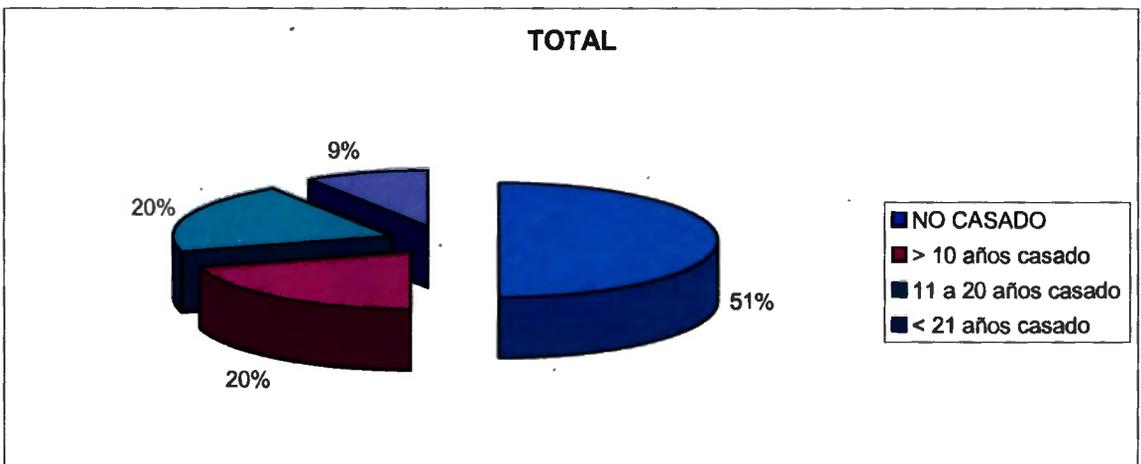
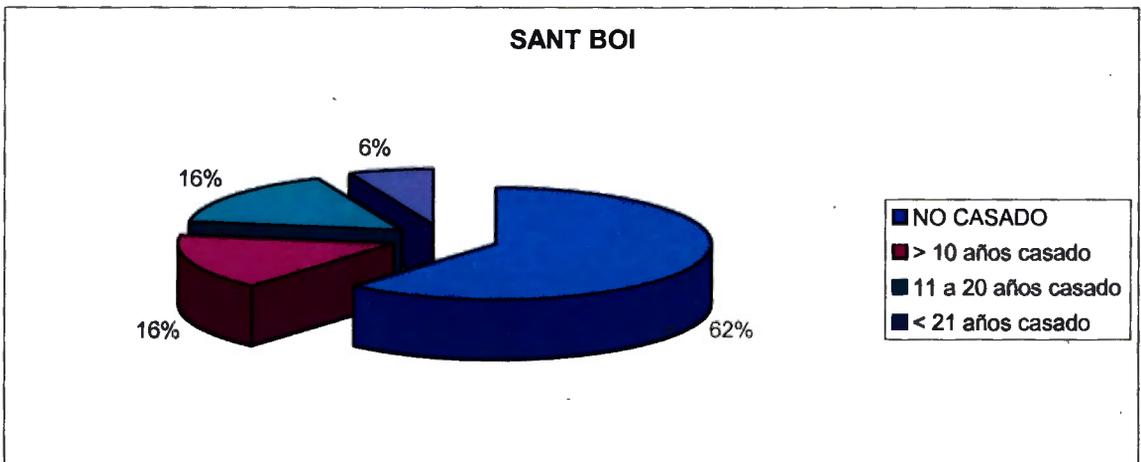
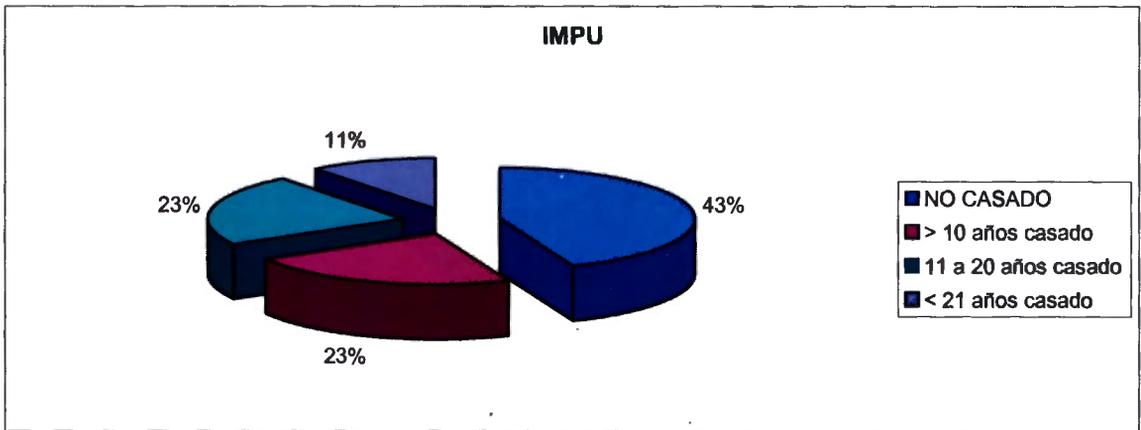
EDAD

18-25	IMPU = 7 (11.5%)	SANT BOI = 7 (21.9%)	TOTAL = 14 (15.1%).
26-35	IMPU = 30 (49.2%)	SANT BOI = 13 (40.6%)	TOTAL = 43 (46.2%)
36-45	IMPU = 12 (19.7%)	SANT BOI = 8 (25%)	TOTAL = 20 (21.5%)
46-55	IMPU = 9 (14.8%)	SANT BOI = 4 (12.5%)	TOTAL = 13 (14%)
56-65	IMPU = 3 (4.9%)	SANT BOI = 0 (0%)	TOTAL = 3 (3.2%)



AÑOS CASADO

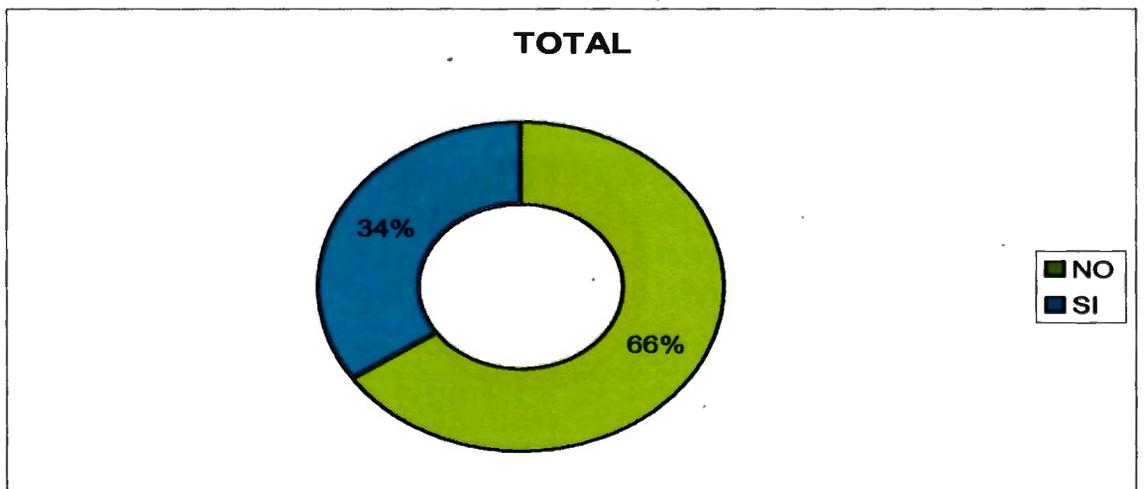
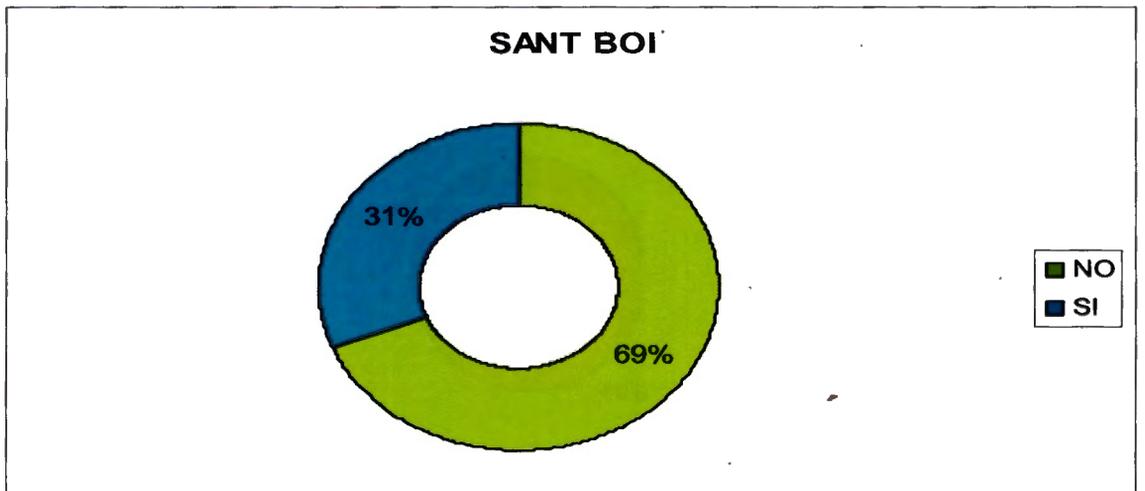
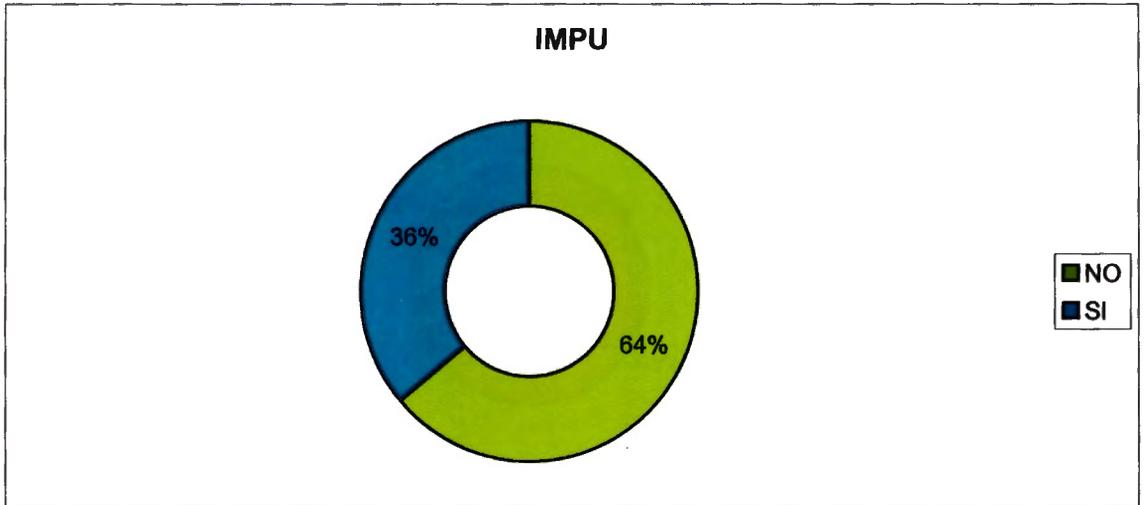
NO CASADO	IMPU= 25 (43.9%)	SANT BOI=19 (61.3%)	TOTAL=44 (50%)
>10	IMPU= 13 (22.8%)	SANT BOI= 5 (16.1%)	TOTAL=18 (20.5%)
11-20	IMPU= 13 (22.9%)	SANT BOI= 5(16.1%)	TOTAL=18 (20.5%)
<21	IMPU= 6 (10.5%)	SANT BOI= 2 (6.5%)	TOTAL= 8 (9.%)



HIJOS

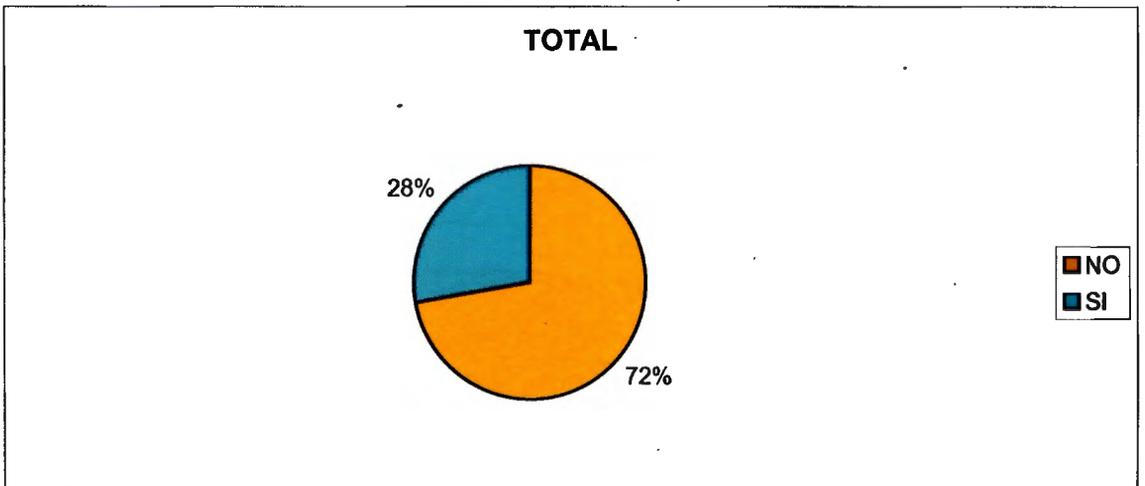
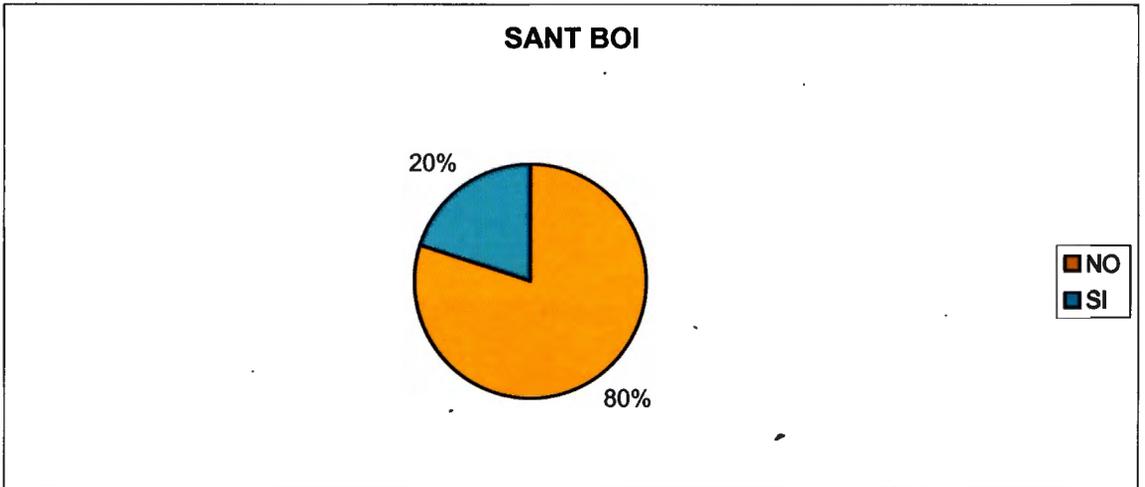
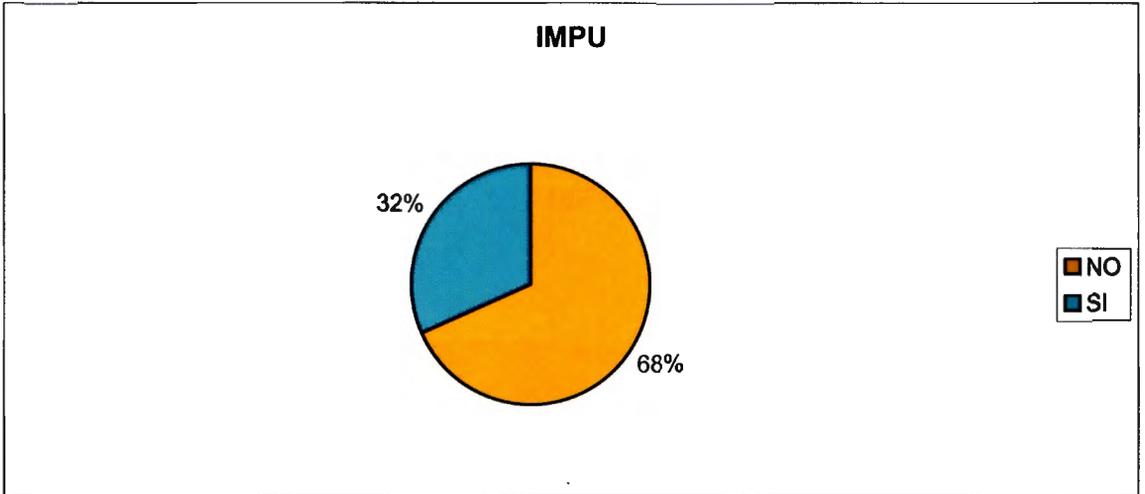
NO IMPU=39 (63.9%) SANT BOI= 22 (68.8%) TOTAL= 61 (65.6%)

SI IMPU=22 (36.1%) SANT BOI= 10 (31.3%) TOTAL=32



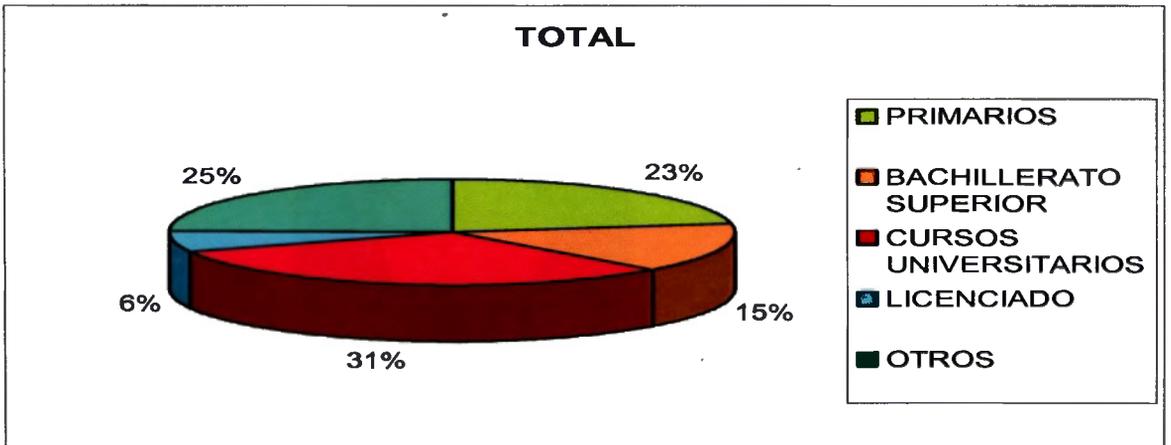
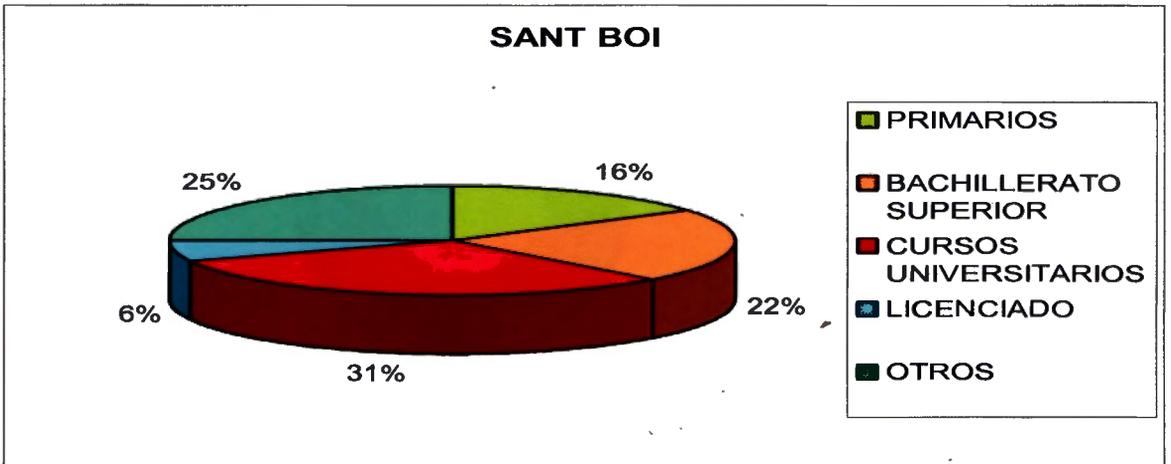
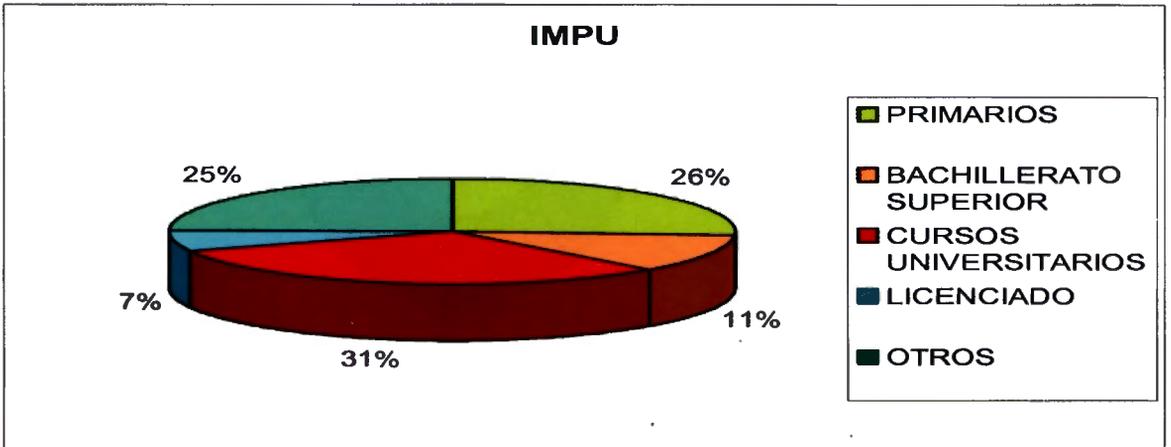
CONVIVENCIA HIJOS

NO IMPU= 41 (68.3%) SANT BOI= 24 (80%) TOTAL= 65 (72.2%)
SI IMPU= 19 (31.7%) SANT BOI= 6 (20%) TOTAL= 25 (27.85%)



ESTUDIOS

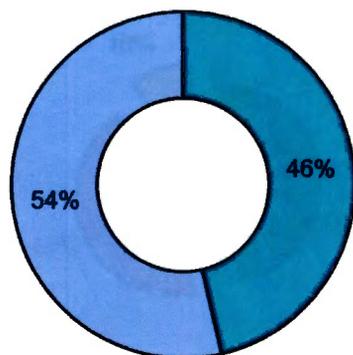
PRIMARIOS	IMPU=16 (26.2%)	SANT BOI=5 (15.6%)	TOTAL=21 (22.6%)
BACHILLERATO Superior	IMPU= 7 (11.5%)	SANT BOI=7 (21.9%)	TOTAL=14 (15.1%)
CURSOS UNIVERSIDAD	IMPU=19 (31.1%)	SANT BOI=10 (31.3%)	TOTAL=29 (31.2%)
LICENCIADO	IMPU= 4 (6.6%)	SANT BOI= 2 (6.3%)	TOTAL= 6 (6.5%)
OTROS	IMPU=15 (24.6%)	SANT BOI= 8 (25%)	TOTAL=23 (24.7%)



PROFESIÓN

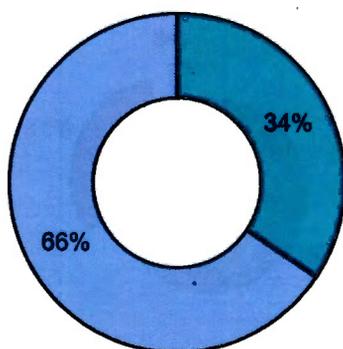
ENFERMERO	IMPU=26 (46.4%)	SANT BOI=11 (34.4%)	TOTAL=37 (42%)
AUX. CLÍNICA	IMPU=30 (53.6%)	SANT BOI=21 (65.6%)	TOTAL=51 (58%)

IMPU



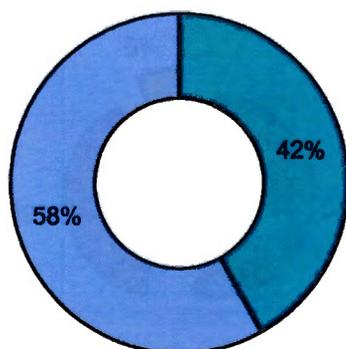
■ ENFERMERO
■ AUX. CLÍNICA

SANT BOI



■ ENFERMERO
■ AUX. CLÍNICA

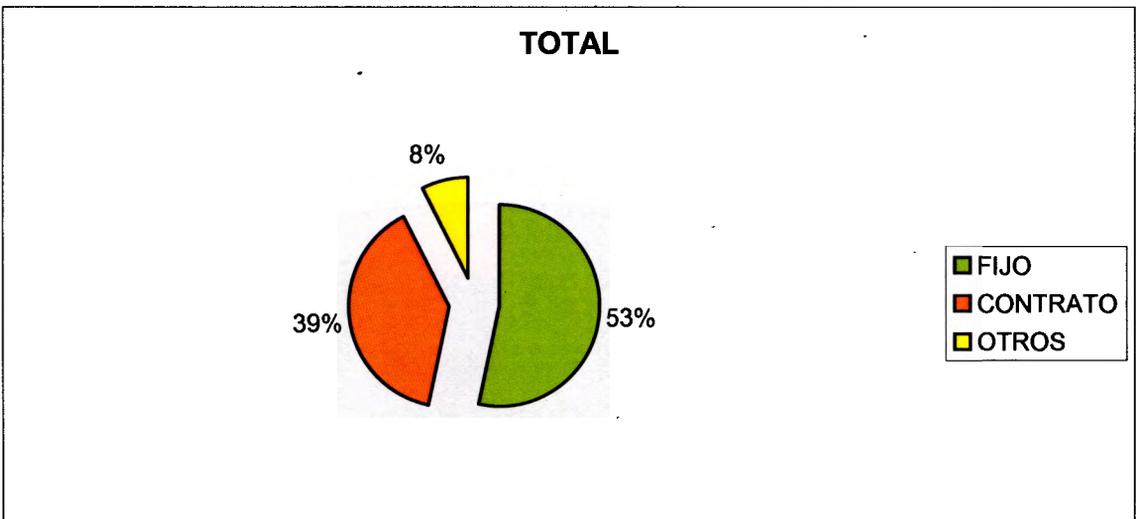
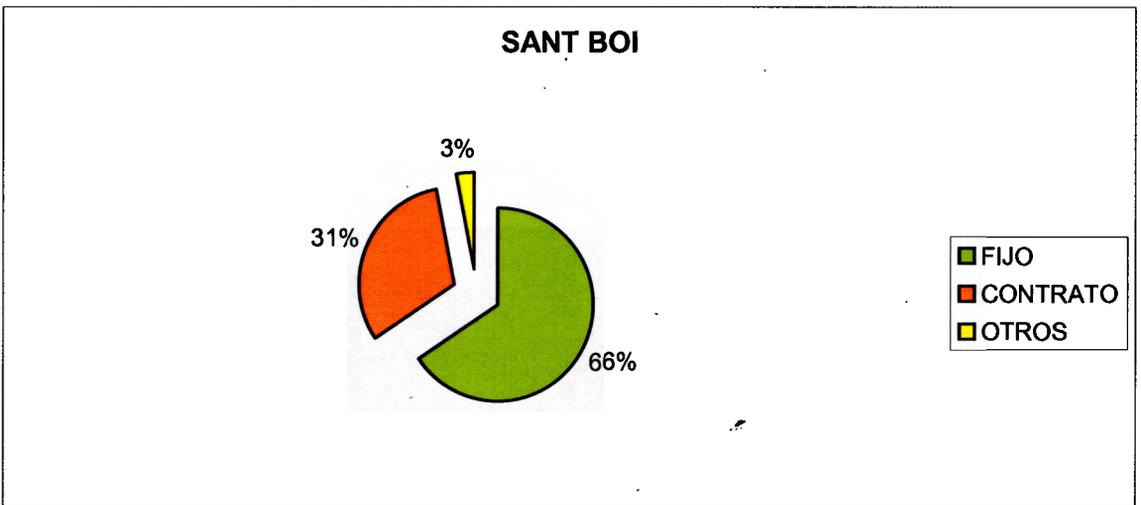
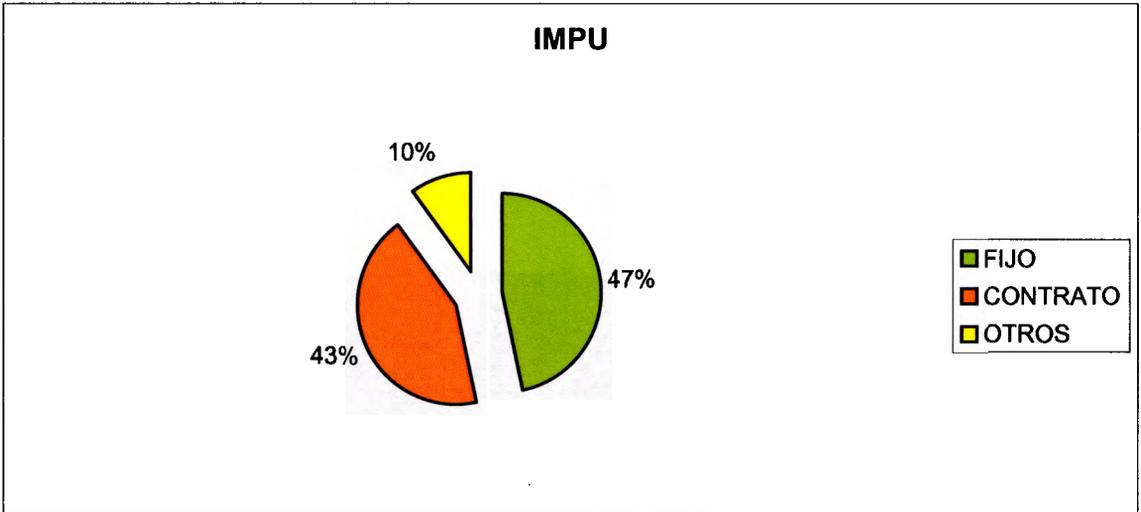
TOTAL



■ ENFERMERO
■ AUX. CLÍNICA

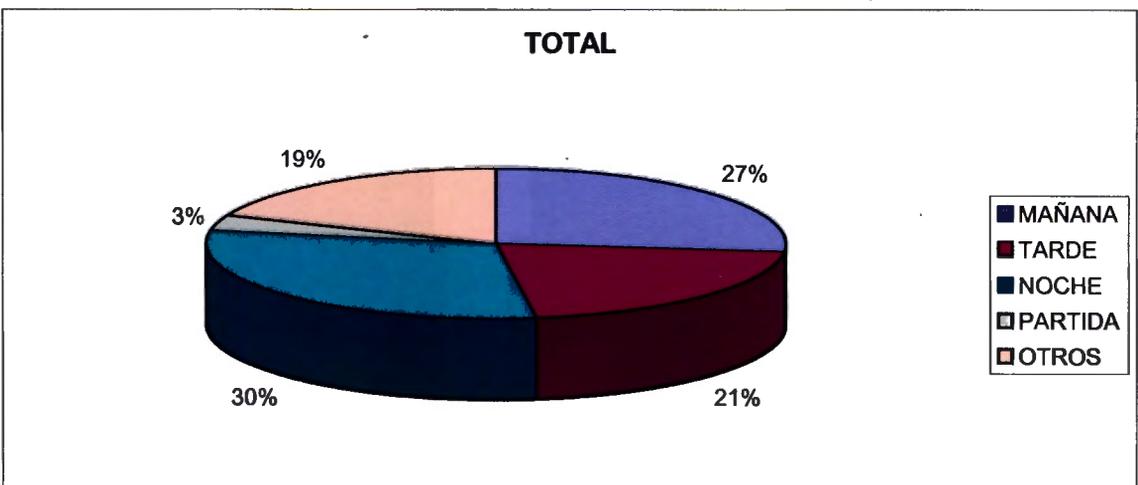
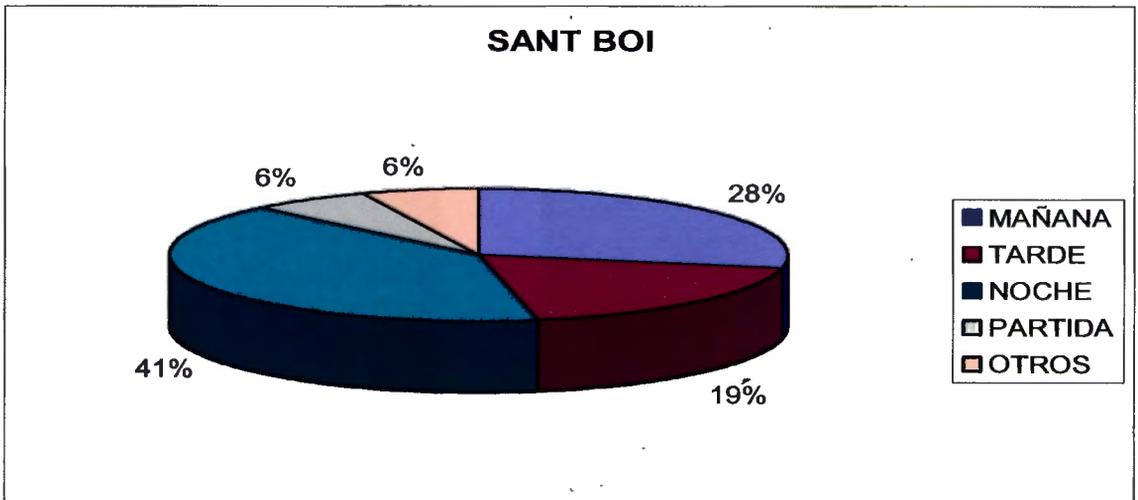
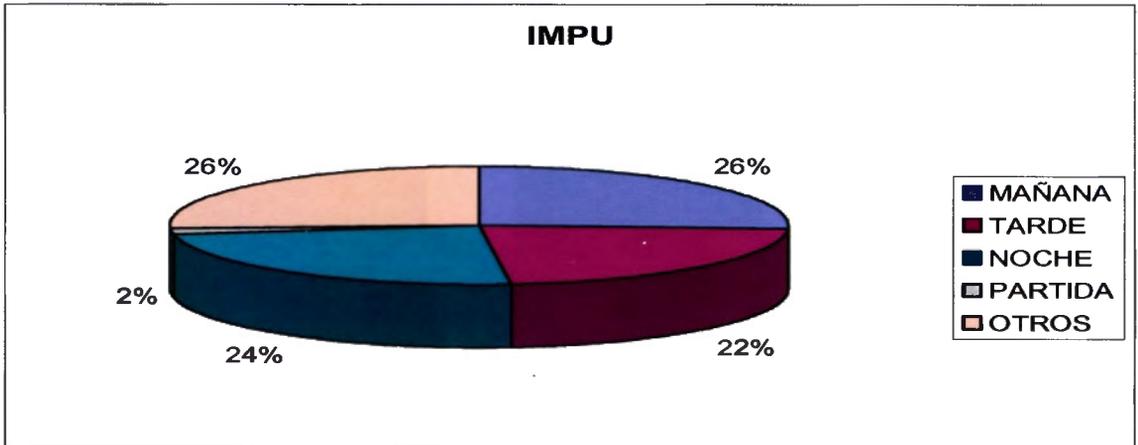
LABORAL

FIJO	IMPU=28 (46.7%)	SANT BOI=21 (65.6%)	TOTAL=49 (53.3%)
CONTRATO	IMPU=26 (43.3%)	SANT BOI=10 (31.3%)	TOTAL=36 (39.1%)
OTROS	IMPU= 6 (10%)	SANT BOI= 1 (3.1%)	TOTAL= 7 (7.6%)



TURNO

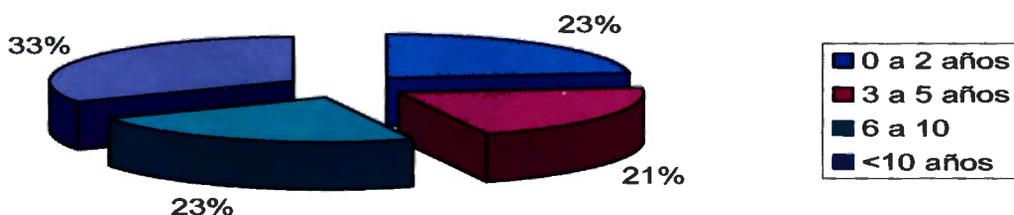
MAÑANA	IMPU= 15 (25.9%)	SANT BOI= 9 (28.1%)	TOTAL=24 (26.7%)
TARDE	IMPU= 13 (22.4%)	SANT BOI= 6 (18.8%)	TOTAL=19 (21.1%)
NOCHE	IMPU= 14 (24.1%)	SANT BOI= 13 (40.6%)	TOTAL= 27 (30%)
PARTIDA	IMPU= 1 (1.7%)	SANT BOI= 2 (6.3%)	TOTAL= 3 (3.3%)
OTROS	IMPU= 15 (25.9%)	SANT BOI= 2 (6.3%)	TOTAL=17 (18.9%)



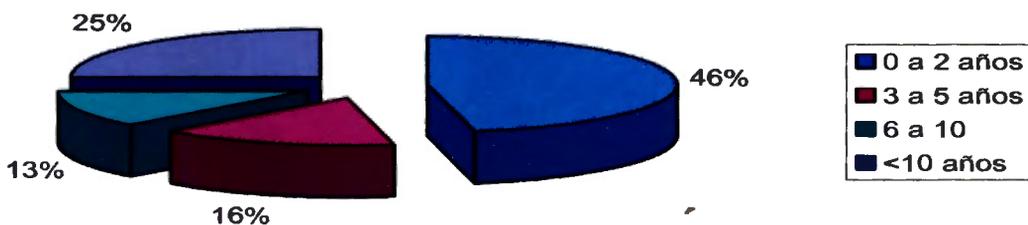
AÑOS EMPRESA

0-2	IMPU=14 (23%)	SANT BOI=15 (46.9%)	TOTAL=29 (31.2%)
3-5	IMPU=13 (21.35%)	SANT BOI= 5 (15.6%)	TOTAL=18 (19.4%)
6-10	IMPU=14 (23%)	SANT BOI= 4 (12.5%)	TOTAL=18 (19.5%)
>10	IMPU=20 (32.8%)	SANT BOI= 8 (25%)	TOTAL=28 (30.1%)

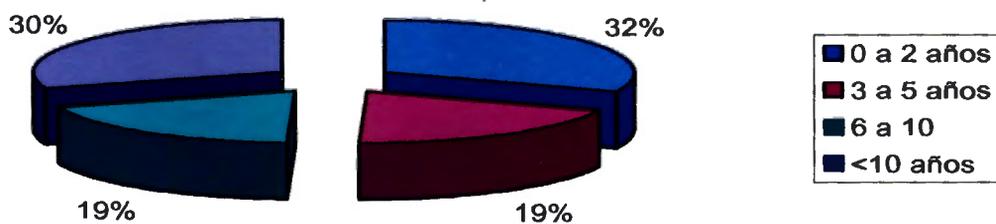
IMPU



SANT BOI

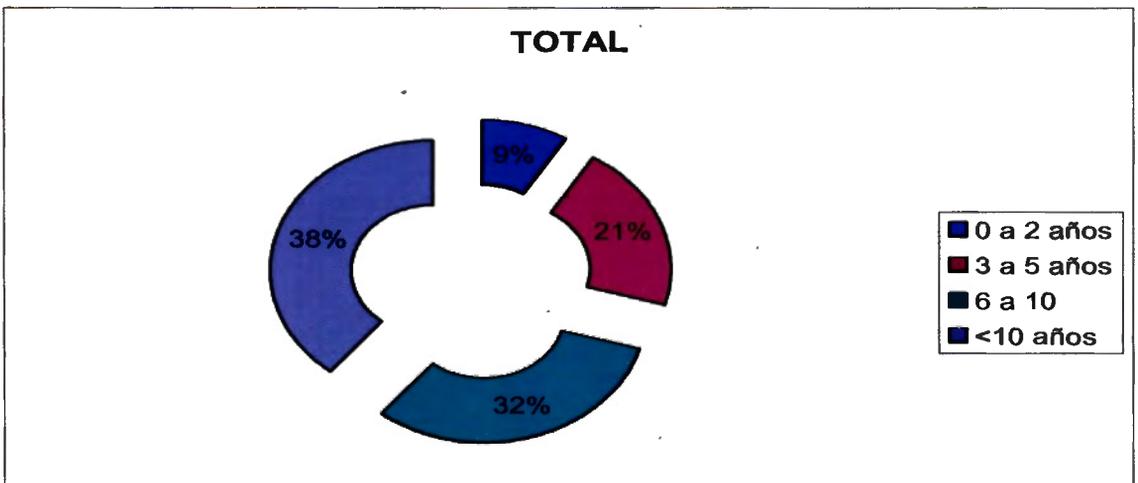
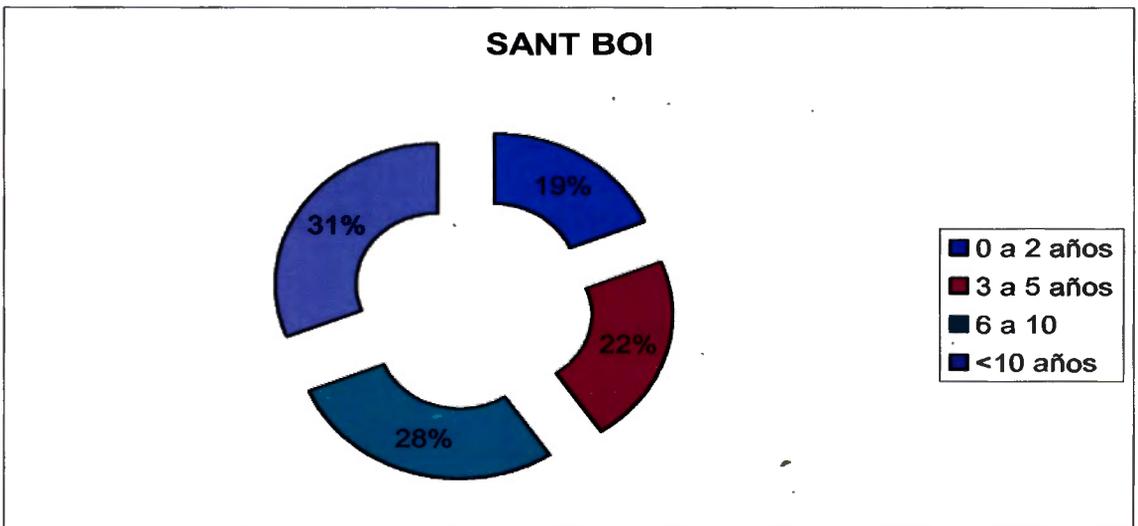
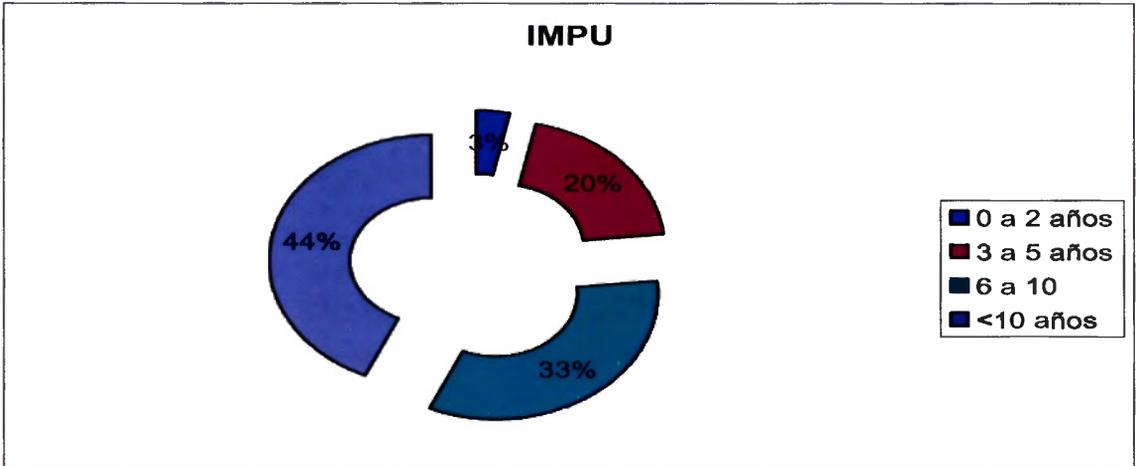


TOTAL



AÑOS PROFESIÓN

0-2	IMPU= 2 (3.35)	SANT BOI= 6 (18.8%)	TOTAL= 8 (8.7%)
3-5	IMPU=12 (20%)	SANT BOI= 7 (21.9%)	TOTAL= 19 (20.7%)
6-10	IMPU=20 (33.3%)	SANT BOI= 9 (28.1%)	TOTAL= 29 (31.5%)
>10	IMPU=26 (43.3%)	SANT BOI=10 (31.3%)	TOTAL= 36 (39.1%)



5.- Discusión de los resultados:

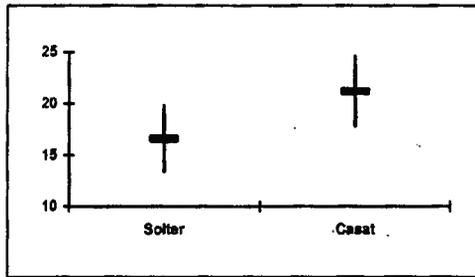
Tras analizar los datos mediante el programa SPSS11 encontramos como datos significativos:

a) Cansancio emocional vs estado civil

Descriptivos

cansancio emocional

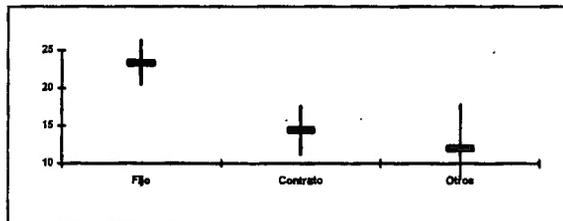
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
soltero	44	16,6136	10,54165	1,58921	13,4087	19,8186	1,00	44,00
casado	42	21,2143	10,94451	1,68877	17,8037	24,6248	4,00	43,00
divorciado	4	12,7500	2,98608	1,49304	7,9985	17,5015	9,00	16,00
otro	3	28,0000	7,93725	4,58258	8,2828	47,7172	22,00	37,00
Total	93	18,8925	10,78290	1,11813	16,6718	21,1132	1,00	44,00



El cansancio emocional aparece más en los profesionales casados.

b) Cansancio emocional vs. Tipo de contrato

fijo	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
contrat	36	14,388	6,5477	1,0912	11,158	17,619	1,00	44,0
otros	8	12,000	6,9897	2,4712	6,156	17,843	1,00	23,0
Tota	93	18,892	10,7829	1,1181	16,671	21,113	1,00	44,0



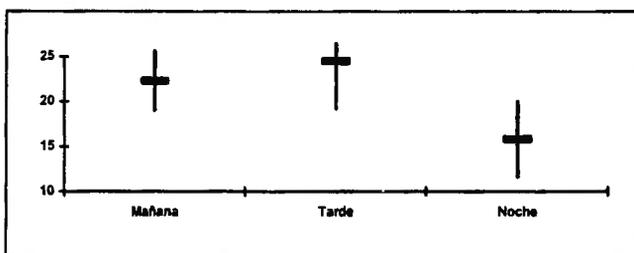
El cansancio emocional aparece más en profesionales con contrato fijo.

c) Cansancio Emocional vs Turno

Descriptivos

cansancio emocional

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
mañana	24	22,2917	7,74866	1,58169	19,0197	25,5636	8,00	37,00
tarde	19	24,5263	11,08236	2,54247	19,1848	29,8678	7,00	44,00
noche	27	15,8148	10,55403	2,03112	11,6398	19,9898	1,00	43,00
Total	70	20,4000	10,40123	1,24318	17,9199	22,8801	1,00	44,00



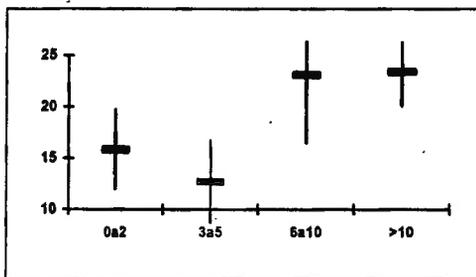
El cansancio emocional incide en menor medida en el turno de noche.

d) Cansancio emocional vs años en la empresa

Descriptivos

cansancio emocional

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
0-2	29	15,8276	10,06433	1,86890	11,9993	19,6559	1,00	40,00
3-5	18	12,7222	8,02793	1,89220	8,7300	16,7144	1,00	30,00
6-10	18	23,0556	13,28189	3,13057	16,4506	29,6605	1,00	44,00
>10	28	23,3571	8,47311	1,60127	20,0716	26,6427	6,00	38,00
Total	93	18,8925	10,78290	1,11813	16,6718	21,1132	1,00	44,00



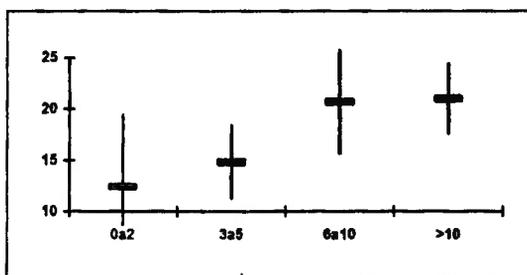
El cansancio emocional aparece más en los profesionales que llevan más años en la empresa.

e) Cansancio emocional vs años en la profesión

Descriptivos

cansancio emocional

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
0-2	8	12,3750	8,45049	2,98770	5,3102	19,4398	5,00	29,00
3-5	19	14,8421	7,28212	1,67063	11,3322	18,3520	4,00	32,00
6-10	29	20,7241	13,18521	2,44843	15,7088	25,7395	1,00	44,00
>10	36	21,0000	9,95131	1,65855	17,6330	24,3670	5,00	40,00
Total	92	18,8913	10,84198	1,13035	16,6460	21,1366	1,00	44,00



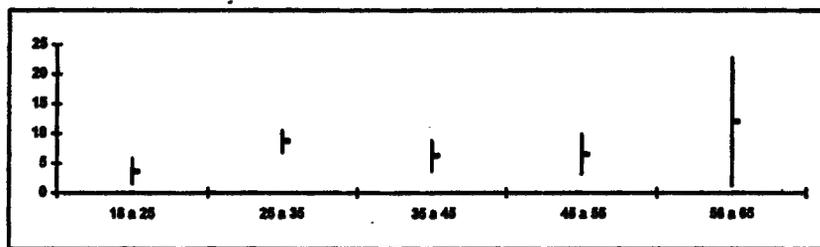
El cansancio emocional aparece más en los profesionales que llevan más años en la profesión como enfermeros.

f) Despersonalización vs edad

Descriptivos

despersonalización

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
18-25	14	3,6429	3,79488	1,01422	1,4518	5,8340	,00	14,00
26-35	43	8,6512	5,91561	,90212	6,8306	10,4717	,00	20,00
36-45	20	6,2500	5,54289	1,23943	3,6558	8,8442	,00	19,00
46-55	13	6,5385	5,59189	1,55091	3,1593	9,9176	,00	15,00
56-65	3	12,0000	4,35890	2,51661	1,1719	22,8281	7,00	15,00
Total	93	7,1935	5,72420	,59357	6,0147	8,3724	,00	20,00



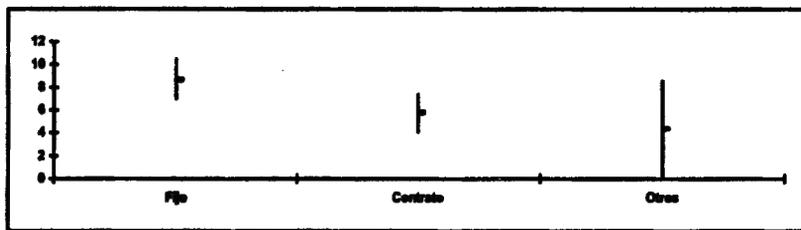
Mayor despersonalización en el grupo de edad de >65 años.

g) Despersonalización vs tipo de contrato

Descriptivos

despersonalización

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
fijo	49	8,7143	6,05530	,86504	6,9750	10,4536	,00	20,00
contrato	36	5,7500	4,84842	,80807	4,1095	7,3905	,00	16,00
otros	8	4,3750	5,06916	1,79222	,1371	8,6129	,00	12,00
Total	93	7,1935	5,72420	,59357	6,0147	8,3724	,00	20,00



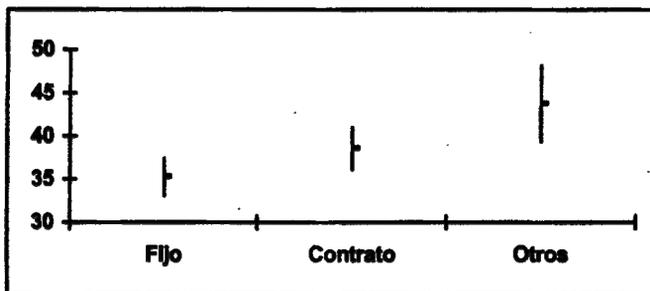
Mayor **despersonalización** en el personal con contrato fijo versus los profesionales con contrato eventual

h) Realización personal vs. Tipo de contrato

Descriptivos

realización personal

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
fijo	49	35,2653	7,82830	1,11833	33,0168	37,5139	19,00	48,00
contrato	36	38,5556	7,14920	1,19153	36,1366	40,9745	20,00	48,00
otros	8	43,7500	5,31171	1,87797	39,3093	48,1907	35,00	48,00
Total	93	37,2688	7,74616	,80324	35,6735	38,8641	19,00	48,00



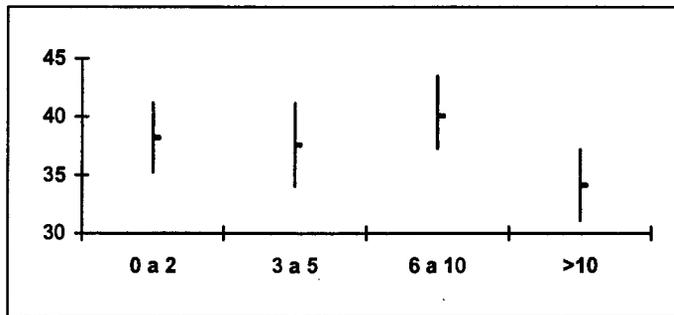
Predomina una mayor **realización personal** en profesionales con contrato eventual.

i) Realización personal vs años en la empresa

Descriptivos

realización personal

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
0-2	29	38,1724	7,91504	1,46979	35,1617	41,1831	20,00	48,00
3-5	18	37,5556	7,26168	1,71159	33,9444	41,1667	27,00	48,00
6-10	18	40,3889	6,28854	1,48222	37,2617	43,5161	26,00	48,00
>10	28	34,1429	7,98941	1,50986	31,0449	37,2408	19,00	48,00
Total	93	37,2688	7,74616	,80324	35,6735	38,8641	19,00	48,00



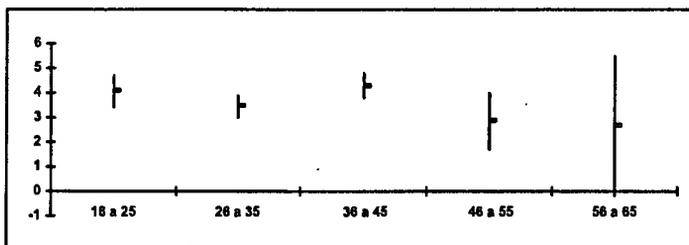
Menor realización personal en los profesionales que llevan mas de 10 años en la empresa.

f) Autonorma vs edad

Descriptivos

autonorma

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
18-25	14	4,0714	1,14114	,30498	3,4126	4,7303	2,00	6,00
26-35	43	3,4651	1,42007	,21656	3,0281	3,9022	1,00	7,00
36-45	20	4,3000	1,03110	,23056	3,8174	4,7826	2,00	6,00
46-55	13	2,8462	1,86396	,51697	1,7198	3,9725	,00	7,00
56-65	3	2,6667	1,15470	,66667	-,2018	5,5351	2,00	4,00
Total	93	3,6237	1,43644	,14895	3,3278	3,9195	,00	7,00



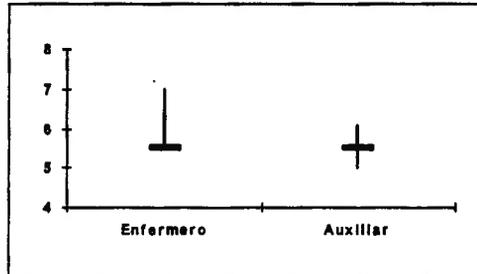
Los profesionales de menos de 46 años son mas **autonormativos** que los profesionales de mas de 46 años.

g) Agresividad y enfado

Descriptivos

agresividad y enfado

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
enfermero	37	6,5405	1,42584	,23441	6,0651	7,0159	3,00	9,00
aux. clinica	51	5,5294	1,96319	,27490	4,9773	6,0816	,00	9,00
Total	88	5,9545	1,81886	,19389	5,5692	6,3399	,00	9,00



Aparece una ligera mayor **agresividad** entre profesionales enfermeros versus profesionales auxiliares.

6. Conclusión de los resultados

Los resultados confirman que:

- El **cansancio emocional** predomina en profesionales con contrato fijo, en profesionales casados, los que llevan más años en la empresa y más años en la profesión como enfermeros.
Sin embargo el turno de noche es en donde aparece menor cansancio emocional.
- Predomina una mayor **despersonalización** en el grupo de edad de >65 años, así como el personal con contrato fijo versus los profesionales con contrato eventual.
- Predomina una mayor **realización** personal en profesionales con contrato eventual y menor en los profesionales que llevan mas de 10 años en la empresa.
- Los profesionales de más de 46 años son menos **autonormativos** que los profesionales de menos de 46 años.
- Aparece una ligera mayor **agresividad** entre profesionales enfermeros versus profesionales auxiliares.

Los resultados obtenidos desmarcan nuestra hipótesis de trabajo "Existe un elevado grado de burnout en el personal de enfermería psiquiátrico de los hospitales psiquiátricos en cuestión", por lo que si considerabamos el burnout como un proceso continuo, de estrés de carácter crónico experimentado progresivamente en el contexto laboral y en el que se distinguen tres fases:

1ª Desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del individuo para afrontarlas.

2ª Respuesta emocional a ese desequilibrio (tensión, fatiga, etc.)

3ª El individuo trata de enfrentarse a esa situación por medio de unos mecanismos neuróticos que llevan a una modificación de actitudes con respecto al trabajo.

Podemos confirmar que en ambos hospitales no se está dando este proceso y podríamos especular con diversas hipótesis explicativas:

- El personal que trabaja como profesional sanitario en el ámbito psiquiátrico conoce la tipología del paciente, por lo que conoce de antemano las limitaciones y dificultades en su cuidado.
- Pueden darse situaciones estresantes que los profesionales puedan asociar erróneamente con el burn out, sin embargo son situaciones puntuales que se resuelven.
- Se constata que el sistema organizativo no influye de forma negativa en los profesionales.

Por otro lado analizando los criterios de bondad sobre los instrumentos confirmamos que son válidos y fiables, el MBI es una escala validada que mide el grado de Burn out; así como la objetividad:

-De registro: los tests se pasaron de forma individual por el mismo entrevistador y se recogieron al finalizar las respuestas.

-De puntuación: La matriz de datos se ha introducido con rigor.

-De interpretación de resultados, la matriz de datos se ha analizado mediante el programa informático SPSS11.

Aunque no debemos tener en cuenta de las posibles tendencias de respuesta como aquiescencia, negativismo, tendencia a la precaución, tendencia a la rapidez o la tendencia a la deseabilidad social. Pero aparentemente no aparecen resultados que podríamos inducirnos a pensar que se han dado.

7. Bibliografía

- Alvarez E, Fernández, L. " El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. VI / 39): 257-265. 1991.
- Florez, J.A. Manual de prevención y autoayuda del burn-out del médico". Ed. Grupo E. Entheos. Almirall ProdesFarma. 2000.
- Almodovar, M.A. y otros. "Psicología del trabajo". Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Ed. Instituto Nacional de Seguridad e higiene del trabajo. 1994.
- Freudemberger H. " Staff Burnout". Journal of Social Issues. 30: 159-166. 1974.
- Maslach c, Jackson SE. " MBI. Maslach Burnout Inventory". Manual Research Edition. Palo Alto: University of California. Consulting Psicologist Press, 1986.
- Moreno B, oliver C y Aragoneses A. " El Bournout, una forma específica de estrés laboral". Maunal de Psicología Aplicada. G. Buela-Casal y V.E. Carballo (Eds) 271-284. Siglo XXI de España. Editores S.A. Madrid, 1991.
- Flórea Lozano J.A: Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med, 1994.
- Bowman MA, Allen D.I. Stress and Womwn Physician. New York: Springer
- 1995.
- Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in Burnout. Sex roles 1985; 12 (7-8): 837-851.

8.- Documentos Anexos

- a) Cuestionario MBI
- b) Cuestionario de Salud general de Goldberg
- c) Cuestionario ambientes psiquiátricos.



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

MASSON, S.A. (GHQ-28)

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

- | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------|
| A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual | Peor que lo habitual | Mucho peor que lo habitual |
| 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| <hr/> | | | | |
| 8. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente-? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |

POR FAVOR, VUELVA LA HOJA 

MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ÚLTIMAMENTE:

C. 1.	¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2.	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
3.	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
4.	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
5.	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
6.	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
7.	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

D. 1.	¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
2.	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3.	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4.	¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
5.	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6.	¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7.	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repelidamente a la cabeza?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

A	<input type="text"/>	B	<input type="text"/>	C	<input type="text"/>	D	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-------	----------------------

Reservados todos los derechos. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

© 1986 MASSON, S.A. Ronda General Mitre, 149, Barcelona (España)
Versión en lengua española de A. Lobo y cols. (1981, 1986).

GHQ-28 © David Goldberg and The Institute of Psychiatry, 1981 Translated by permission of the Publishers, NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor SL4 1DF, England. All rights reserved.

GHQ-28 © David Goldberg and The Institute of Psychiatry, 1981 Traducido con autorización de los Editores, NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor SL4 1DF, England. Reservados todos los derechos.

1. Aquí los pacientes ponen mucho interés y empeño en lo que hacen.
2. Los médicos tienen poco tiempo para ayudar y atender a los pacientes.
3. Los pacientes no se cuentan entre ellos lo que sienten.
4. El personal, en lo que hace, se deja influir por lo que dicen los pacientes.
5. Aquí se intentan nuevas formas de resolver los problemas.
6. Los pacientes pocas veces hablan de su vida sexual.
7. Los pacientes protestan con frecuencia.
8. Las actividades de los pacientes están muy planeadas.
9. Los pacientes saben cuando los médicos les visitarán en sala (o pabellón).
10. Rara vez se castiga a los pacientes limitando sus movimientos.
11. Este es un lugar alegre y animado.
12. El personal asistencial sabe cuales son las necesidades de los pacientes.
13. Los pacientes les dicen a los médicos todo lo que les da la gana.
14. Aquí muy pocos pacientes se hacen responsables de las cosas.
15. Aquí no se da importancia a que los pacientes sean más capaces de resolver sus cosas.
16. Los pacientes hablan entre sí de sus problemas personales.
17. Con frecuencia los pacientes critican y hacen bromas al personal asistencial.
18. Esta sala (o pabellón) está muy bien organizada.
19. Los médicos no explican a los pacientes en qué consiste el tratamiento.
20. Los pacientes pueden interrumpir al médico cuando está ocupado.
21. Los pacientes creen que es una suerte que les haya tocado estar en esta sala.
22. El personal asistencial está interesado en saber la evolución de los pacientes cuando son dados de alta.
23. Resulta difícil saber qué piensa la gente que está aquí.
24. En esta sala (o pabellón) se espera que los pacientes tomen algunas iniciativas.
25. A los pacientes se les anima a hacer planes para el futuro.
26. Aquí se habla abiertamente de los problemas personales.
27. Los pacientes de esta sala (o pabellón) rara vez ríen entre sí.
28. El personal asistencial se preocupa de que aquí todo esté ordenado.
29. Al cambiar de medicación, el médico o enfermera explica las razones del cambio.
30. Aquí se castiga a los pacientes que se saltan las normas.
31. En esta sala (o pabellón) hay muy poco compañerismo (o camaradería).
32. Las enfermeras tienen poco tiempo para ayudar y atender a los pacientes.
33. Los pacientes tienen cuidado con lo que dicen cuando el personal asistencial está cerca.
34. Aquí se anima a que los pacientes sean independientes.
35. No se da importancia a lo que los pacientes piensen hacer cuando salgan de alta.
36. Se espera que los pacientes compartan entre ellos sus problemas personales.
37. A veces, el personal asistencial ríe entre sí.

38. A veces la sala (o pabellón) está muy desordenada.
39. Las normas de aquí son perfectamente conocidas por los pacientes.
40. Si dos pacientes riñen tendrán problemas con el personal asistencial.
41. Aquí nadie se ofrece voluntario para hacer algo.
42. Los médicos dedican más tiempo a unos pacientes que a otros.
43. Los pacientes se organizan sus actividades sin que le personal necesite estimularles.
44. Los pacientes pueden salir de la sala (o pabellón) siempre que quieran.
45. No se da importancia a que se hagan planes para conseguir el alta cuanto antes.
46. Los pacientes hablan poco de su pasado.
47. Los pacientes tienen piques entre ellos.
48. La mayoría de los pacientes siguen un horario fijo cada día.
49. Los pacientes nunca saben cuándo el médico les llamará para verles.
50. Aquí el personal asistencial no es autoritario con los pacientes.
51. Aquí los pacientes están muy ocupados la mayor parte del tiempo.
52. En esta sala (o pabellón) los pacientes que ya están mejor ayudan a cuidar a los más enfermos.
53. Si los pacientes no están de acuerdo con las cosas, se lo callan.
54. Aquí los pacientes pueden vestirse como quieran.
55. Aquí se considera que es importante prepararse para nuevos trabajos u ocupaciones.
56. Rara vez el personal asistencial pregunta a los pacientes por sus asuntos personales.
57. Aquí es difícil que alguien riña o se enfade por algo.
58. Muchos pacientes tienen un aspecto descuidado.
59. Todos saben quien es el responsable de esta sala (o pabellón).
60. Los pacientes han de seguir el horario trazado.
61. En esta sala (o pabellón) hay muy pocas actividades sociales o de entretenimiento.
62. Pocas veces los pacientes se ayudan los unos a los otros.
63. Aquí los pacientes pueden hacer lo que les de la gana.
64. Aquí los pacientes no participan en las normas de funcionamiento de la sala (o pabellón).
65. Los pacientes están más preocupados por su pasado que por lo que harán en el futuro.
66. El personal asistencial se interesa principalmente por los sentimientos de los pacientes.
67. El personal asistencial nunca inicia una riña o una discusión en las reuniones.
68. Aquí las cosas están a veces muy desorganizadas.
69. Un paciente sabe lo que le pasará si se salta las normas.
70. Los pacientes pueden tratar con familiaridad al personal asistencial.
71. Aquí hay muy pocas cosas que puedan animar o interesar a la gente.
72. El personal ayuda a que los nuevos pacientes se familiaricen con este lugar.
73. Los pacientes ocultan lo que piensan o sienten al personal asistencial.
74. Los pacientes pueden salir de la sala (o pabellón) sin decir a dónde van.

75. Se estimula a que los pacientes aprendan nuevas formas de resolver las cosas.
76. Pocas veces los pacientes hablan entre ellos de sus problemas personales.
77. El personal asistencial piensa que es sano el que la gente muestre su enfado.
78. El personal asistencial da ejemplo de limpieza y de orden.
79. Aquí los pacientes nunca saben qué tienen que hacer.
80. Si los pacientes no cumplen las normas se les echa o se les traslada de aquí.
81. En esta sala (o pabellón) hay actividades y debates muy interesantes.
82. A veces, los médicos se atrasan o se olvidan de sus citas con sus pacientes.
83. Aquí se anima a que los pacientes digan lo que piensan.
84. Pocas veces el personal acepta las propuestas de los pacientes.
85. El personal asistencial se preocupa más por los sentimientos que por los problemas prácticos.
86. El personal asistencial estimula mucho a que se hable del pasado.
87. Aquí los pacientes se enfadan pocas veces.
88. Los pacientes pocas veces tienen que esperar al personal asistencial para iniciar puntualmente las actividades.
89. Los pacientes nunca saben cuando se cambia de actividad.
90. Si un paciente habla de lo mal que se encuentra aquí tendrá problemas con el personal asistencial.
91. A menudo, durante los tiempos libres, los pacientes organizan actividades entre ellos.
92. El personal asistencial hace todo lo posible para escuchar y comprender a los pacientes.
93. Esta sala (o pabellón) siempre está más o menos igual.
94. Al personal asistencial no le gusta que aquí se critique lo que se hace.
95. Los pacientes deben planear lo que van a hacer antes de tener el alta.
96. Es difícil que la gente se junte para jugar a cartas o a otras cosas.
97. Parece que aquí muchos pacientes sólo están pasando el rato.
98. Con frecuencia, la "sala de estar" está desordenada.
99. El personal asistencial les dice a los pacientes si les van viendo mejor.
100. Lo mejor es dejar que el médico diga lo que hay que hacer.

