

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**



**El Síndrome del Deterioro Profesional y su relación con la  
Motivación, estudiada en el personal de enfermería del  
Hospital E. Setón Caja Petrolera de Salud  
Regional Cochabamba - Gestión 2012**

**POSTULANTE:** Dra. Nelly Quispe Apaza

**TUTOR:** Lic. Lexin Arandia Saravia

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGISTER  
SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN GERENCIA EN SALUD**

La Paz - Bolivia  
2014

**El Síndrome del Deterioro Profesional  
y su relación con la Motivación,  
estudiada en el personal de  
enfermería del Hospital E. Setón Caja  
Petrolera de Salud  
Regional Cochabamba - Gestión 2012**

# Agradecimiento

Al Lic. Lexin Arandia S., por la dirección de esta tesis y por haber confiado en mí. Gracias por su experiencia, paciencia, motivación y por ese empuje constante para la conclusión de este trabajo.

A mis compañeros del equipo de investigación, Lic. Ninfa Apaza, Ing Ramiro Huanca, Lic. Paola Andrea. Gracias por su extraordinaria y desinteresada dedicación y ayuda.

A mi hijo Caleb Cristian, han sido muchas las horas robadas a su compañía y no sé si llegaré a poder compensarle; sólo espero seguir a su lado y pueda servirle de ejemplo en su vida.

A mi esposo quien es el motor de mi vida y el que hace que los días sean tan maravillosos, Gracias Ramy por permitirme hacer este trabajo junto a ti y que hoy logremos algo que hace 3 años sólo eran sueños.

A mis padres, que siempre me enseñaron a luchar y no ceder en el empeño de conseguir lo que anhelamos.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este trabajo. Para ellos, Dios los bendiga.

Y por supuesto a alguien muy especial para mí.....

Al arquitecto del universo y de mi vida, Dios mío gracias por iluminar cada paso de mi vida, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades.

# Índice

<b>CUERPO PRELIMINAR.</b>	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	vii
ABREVIATURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
<b>CUERPO PRINCIPAL</b>	
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO 1 MARCO GENERAL</b>	
1.1 Justificación.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	4
1.2.1 Fundamentación.....	4
1.2.2 Pregunta de investigación.....	4
1.2.3 Análisis.....	5
1.3 Determinación Hipótesis.....	6
1.3.1 Hipótesis principal .....	6
1.3.2 Definición de variables .....	6
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo General.....	8
1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
<b>CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes.....	9
2.1.1 Historia del SDP .....	9
2.1.2 Estudios, necesidad de estudiar el SDP.....	11
2.1.3 Estudios del SDP en enfermería.....	12
2.1.4 Estudios de la intervención y prevención del SDP.....	13
2.1.5 Otros estudios.....	15
2.2 Marco Conceptual.....	16
2.2.1 Concepto y manifestaciones.....	16
2.2.2 Personas afectadas por el SDP.....	20
2.2.3 Modelos teóricos del SDP.....	23
2.2.3.1 Teoría socio-cognitiva del yo.....	20
2.2.3.2 Teoría del intercambio social.....	23

2.2.3.3 Teoría organizacional.....	26
2.2.4 Etiología y tendencias de aparición.....	26
2.2.5 Prevención y tratamiento.....	29
2.2.6 La Motivación.....	32
2.2.6.1 Concepto de motivación.....	32
2.2.6.2 Necesidades y satisfacción.....	37
2.2.6.2.1 Teoría de las necesidades.....	37
2.2.6.2.2 Papel de necesidades en la motivación.....	39
2.2.6.2.3 Satisfacción.....	39
2.2.6.3 Teorías Motivacionales .....	40
2.2.6.4 Importancia del gerente en la Motivación.....	44
2.2.6.5 La Motivación y el Síndrome de Deterioro Profesional .....	45
2.3 Marco Jurídico.....	47
2.4 Marco Institucional.....	49
2.3.1 Caja Petrolera de Salud – Nacional .....	48
2.3.2 Caja Petrolera de Salud – Regional Cochabamba .....	50
2.3.3 Personal de enfermería Hospital E. Setón.....	53
2.5 Marco Histórico.....	54

### CAPÍTULO 3 MARCO PRÁCTICO

3.1 Material y método.....	55
3.1.1 Diseño.....	55
3.1.2 Población.....	55
3.1.2.1 Criterios de inclusión.....	55
3.1.2.2 Criterios de exclusión.....	55
3.1.2.3 Criterios de eliminación.....	56
3.1.2.4 Consideraciones éticas.....	56
3.1.3 Variables estudiadas .....	57
3.1.4 Instrumentos.....	58
3.1.4.1 Maslach Burnout Inventory .....	58
3.1.4.2 Taller de Motivación.....	60
3.1.4.3 Taller de Papiroflexia .....	63
3.1.5 Procedimiento.....	64
3.2 Resultados .....	65
3.3 Discusión.....	75
3.4 Limitantes.....	81
CONCLUSIÓN.....	82
RECOMENDACIONES.....	83

### CUERPO REFERENCIAL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
---------------------------------	----

# ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y ANEXOS

## TABLAS

Tabla nº 1 Tipos de Motivación según Pérez J.....	35
Tabla Nº 2 Recursos Humanos Gestión 2012 CPS.....	52
Tabla Nº 3 Cronograma de Actividades.....	54
Tabla Nº 4 Operativización de variables.....	57
Tabla Nº 5 Resumen de las características y evaluación de MBI .....	59
Tabla Nº 6 1ra Sesión (Autoestima).....	61
Tabla Nº 7 2da Sesión (Comunicación).....	61
Tabla Nº 8 3ra Sesión (Resolución de conflictos).....	62
Tabla Nº 9 4ta Sesión (Trabajo en equipo).....	62
Tabla Nº 10 5ta Sesión (Motivación).....	63
Tabla Nº 11 Número y % de enfermeras, de acuerdo a cantidad de dimensiones desgastadas por grupo.....	73
Tabla Nº 12 Comparación de las medias de los dos grupos para las tres dimensiones.....	74

## GRÁFICOS

Gráfico Nº 1 Árbol de Problemas - Causas y efectos del SDP.....	7
Gráfico Nº 2 Teoría Motivacional de las necesidades.....	35
Gráfico Nº 3 Jerarquía de necesidades de Maslow.....	36
Gráfico Nº 4 Teorías Motivacionales de Herzberg.....	39
Gráfico Nº 5 Estructura Orgánica CPS a nivel Nacional .....	50
Gráfico Nº 6 Organigrama de administración – Cochabamba .....	52
Gráfico Nº 7 Organigrama de administración – enfermería Hospital Setón .....	53
Gráfico Nº 8 Diseño aleatorizado controlado que se utilizó en el estudio.....	56

## FIGURAS

Figura Nº 1 Comparación de Medias entre los dos grupos “Pre y Pos-Test” .....	65
Figura Nº 2 Comparación de Medias de los dos grupos “Pre test” .....	66
Figura Nº 3 Comparación de Medias de los dos grupos “Pos test” .....	67
Figura Nº 4 Porcentaje del nivel de desgaste en la dimensión AE. Pos test , del MBI.....	69
Figura Nº 5 Porcentaje del nivel de desgaste en la dimensión “DP” Post test , del MBI.....	70
Figura Nº 6 Porcentaje de participantes de cada grupo según el nivel de desgaste en la dimensión “Eficacia Profesional” Pos test, del MBI.....	71
Figura Nº 7 Comparación de medias en los dos grupos por cada dimensión, antes de los talleres “PRE-TEST” y después de los talleres “POS- TEST” .....	72

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Metodología.....	90
ANEXO 2 Cuestionario MBI.....	91
ANEXO 3 Hoja de Información para el participante.....	75
Consentimiento Informado.....	93
ANEXO 4 PARTE I Estructura y contenido (Taller de Motivación).....	94
PARTE II Estructura y contenido (Taller de Papiroflexia).....	103

## ABREVIATURAS

- **SDP:** Síndrome del Deterioro Profesional.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **SQT:** Síndrome de Quemarse por el Trabajo.
- **MBI:** Maslach Burnout Inventory.
- **MBI-HSS:** Maslach Burnout Inventory Human Services Survey.
- **COR:** Conservación de Recursos.
- **AE:** Agotamiento Emocional
- **EP :** Eficacia Profesional.
- **DE :** Despersonalización.
- **PE :** Personal de Enfermería.
- **OIT:** Organización internacional del trabajo.
- **RR.HH.:** Recursos Humanos
- **EPC:** Estados Psicológicos Críticos

## RESUMEN EJECUTIVO

El Síndrome del deterioro profesional (SDP) o Burnout, es una respuesta al estrés laboral crónico que afecta fundamentalmente a los profesionales de la salud. Esta situación exige de los profesionales en cuestión, un alto nivel de eficacia laboral y compromiso personal provocando desgaste físico y mental, afectando sus emociones y necesidades. El personal de enfermería como 1er grupo de riesgo al SDP, genera síntomas que van desde el agotamiento físico mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales, afectando su desempeño laboral y calidad de atención, es importante para las organizaciones atender dichas necesidades y darles un apoyo para la estabilidad laboral. Debido a que el SDP es amenazante para la salud laboral y el buen desempeño de los empleados en las organizaciones, el estudio tiene como **objetivo**, diseñar una estrategia motivacional con contenido técnico, que disminuya objetivamente el SDP en el personal de Salud, estudiada en un Hospital de 3er nivel de atención. **Método y materiales:** El diseño del estudio fue de carácter experimental, en un grupo experimental y un grupo control "pre-test y pos-test", al grupo experimental se le sometió a un taller de Motivación y el grupo control fue sometido a un taller de papiroflexia. La población de estudio fue integrada por 70 enfermeras de base tanto operativo como de supervisión, del Hospital E. Setón de la Caja Petrolera de Salud de la ciudad de Cochabamba, de los cuales persiguiendo los criterios de selección, las participantes potenciales fueron 24 profesionales, seleccionados aleatoriamente, se dividieron en dos grupos, a los que se les aplicó el instrumento de medida del SDP (Maslach Burnout Inventory) de forma auto-administrada antes y después de la intervención, luego se compararon las puntuaciones de los 2 grupos, los resultados obtenidos en definitiva, indicaron diferencias estadísticamente significativas, comprobando que la estimulación de la motivación disminuye objetivamente el nivel del Síndrome del Deterioro Profesional.

**Palabras clave:** Síndrome del Deterioro Profesional, Motivación y Personal de Enfermería.

# CUERPO PRINCIPAL

---

**INTRODUCCIÓN**  
**CAPITULO 1 MARCO GENERAL**  
**CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO**  
**CAPITULO 3 MARCO PRÁCTICO**  
**CONCLUSIÓN**  
**RECOMENDACIONES**

## **INTRODUCCIÓN**

En la vida cotidiana, mujeres y hombres están inclinados diariamente a tensiones causadas por el trabajo, u otras razones, sin embargo cuando la persona siente que las tensiones se hacen insoportables o bien el cuerpo comienza a mostrar síntomas de estrés, pueden llevar a insatisfacciones tanto en el aspecto individual, laboral y social. La evolución de la actividad laboral ha traído una mejora en la calidad de vida de los trabajadores, pero además es también responsable de la aparición de una serie de efectos negativos en la salud de estos. En los últimos años el estrés laboral está siendo ya considerado como una enfermedad peligrosa que afecta en las economías institucionales, perjudicando su desarrollo, al afectar la salud física y mental de los trabajadores. Si no lo reconocen a tiempo o si lo hacen demasiado tarde llegan a tener el estrés laboral crónico y por ende el Síndrome del Deterioro Profesional.

La OMS reconoce a los RR.HH. como recursos importantes dentro de una organización, una organización depende de sus trabajadores por sus conocimientos, sus destrezas y por su motivación hacia su trabajo dentro de la entidad. Los RR.HH. del área de la salud, en particular el personal de enfermería, presentan indicadores de estrés laboral más altos que otro tipo de profesionales, cuyo trabajo tiene como centro apoyar y ayudar a los demás, generando síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales, repercutiendo ello en la satisfacción laboral y en su desempeño en el trabajo. Por ello, enfrentar y prevenir los problemas de salud que afectan a los trabajadores del área de la salud en particular al personal de enfermería, se ha convertido en un desafío ineludible dentro de las complejas transformaciones que influyen sobre la asistencia sanitaria actual. A través de la literatura y las investigaciones revisadas, se puede observar que no existe una explicación clara respecto al SDP, siendo importante su identificación del cómo se origina realmente, para la prevención de su desarrollo así como para su tratamiento.

Por lo anterior el presente estudio centra su objetivo principal en demostrar que la motivación es un factor importante en la disminución del actual nivel del SDP en los RR.HH. de enfermería del Hospital E. Setón centro de 3er nivel de atención, en un estudio experimental (grupo control y grupo experimental) pre y pos-test, el grupo experimental fue expuesto a un taller de motivación y el grupo control a un taller de papiroflexia para luego evaluar el SDP comparando los resultados de ambos grupos, con el propósito de lograr estrategias de intervención adecuada para disminuir el actual nivel del SDP y mejorar la salud mental y calidad de vida de los trabajadores, para un buen desempeño y clima laboral.

Este estudio en su capítulo 1 presenta el Marco General, en el cual se desarrolla la justificación del tema, el planteamiento del problema, determinación de la hipótesis y los objetivos, los cuales exponen la sustentación de la investigación. El capítulo 2 incluye las referencias de estudios realizados, así como la fundamentación bibliográfica referente al SDP, motivación y sus distintos modelos teóricos; también se enfoca en el respaldo de las leyes bolivianas al bienestar y protección de la salud del trabajador, además de presentar el panorama de la Caja Petrolera de Salud (Hospital E. Setón) lugar donde se realiza el estudio.

Por último, en el capítulo 3 se efectúa la determinación de la población y sus criterios de selección, para luego aplicar el instrumento MBI que nos permite el recojo de los datos a través de los talleres del grupo motivacional y el grupo control en sus distintas sesiones. Los resultados recopilados de los datos obtenidos antes y después de la intervención nos presentan la positiva influencia de la motivación en la disminución del actual nivel del SDP, estos datos son analizados en la discusión, para finalmente obtener las conclusiones y recomendaciones, los cuales son base para la toma de decisiones de la institución y una referencia para investigaciones posteriores.

Invitamos al lector a sumergirse en el contenido del presente estudio.

# CAPÍTULO 1

## MARCO GENERAL

### 1.1 JUSTIFICACIÓN

El estrés se ha convertido en una patología que acompaña a gran parte de la población trabajadora, el Síndrome del Deterioro Profesional considerado como la fase avanzada del estrés laboral, es el creciente auge de las organizaciones de servicios, tanto en el sector público como privado, en la que la calidad de la atención al usuario o al cliente es una variable crítica para el éxito de la organización.

Por ello la OIT, sostiene que las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente laboral en todos sus ámbitos, tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas. En la actualidad resulta imprescindible fomentar el bienestar y la salud laboral de los trabajadores a la hora de evaluar la eficacia de una organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental repercuten positiva o negativamente sobre la misma.

No existe una explicación completamente satisfactoria de las causas que provocan el SDP según el análisis de la literatura de distintos autores y mucho menos existen estrategias de intervención que permitan disminuir su prevalencia, lo cual justifica la necesidad de profundizar en el estudio acerca de las causas que originan el SDP y conocer la relación con la motivación, con el propósito de lograr estrategias de intervención adecuada, en la disminución del SDP y mejorar la salud mental y calidad de vida de los trabajadores, para un buen desempeño, buen clima del ambiente laboral.

Es indudable que los resultados de este estudio, ayudará también a la implementación en cualquier otra institución interesada en desarrollar el capital humano a través de la motivación, buscando obtener un mejor rendimiento y lograr la satisfacción laboral de los empleados.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Fundamentación**

Los profesionales dedicados al área de la salud en especial el personal de enfermería, se encuentra en constante riesgo de experimentar el Síndrome del Deterioro Profesional. Síndrome que se observa reiteradas veces, caracterizado por agotamiento emocional, referido al vaciado de recursos personales junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás; despersonalización, es decir el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quien se trabaja, en este caso pacientes y compañeros; disminución del sentido de realización personal o percepción de que los logros profesionales queden por debajo de las expectativas personales, y supone una auto calificación. Estas características, frecuentemente observadas en la práctica diaria de un hospital, trae consecuencias fatales para su persona, los usuarios y por consiguiente la institución.

### **1.2.2 Pregunta de investigación**

¿Será la motivación una intervención adecuada para disminuir el actual nivel del SDP en los RR.HH. de enfermería del Hospital E. Setón de la Caja Petrolera de Salud Regional Cochabamba?

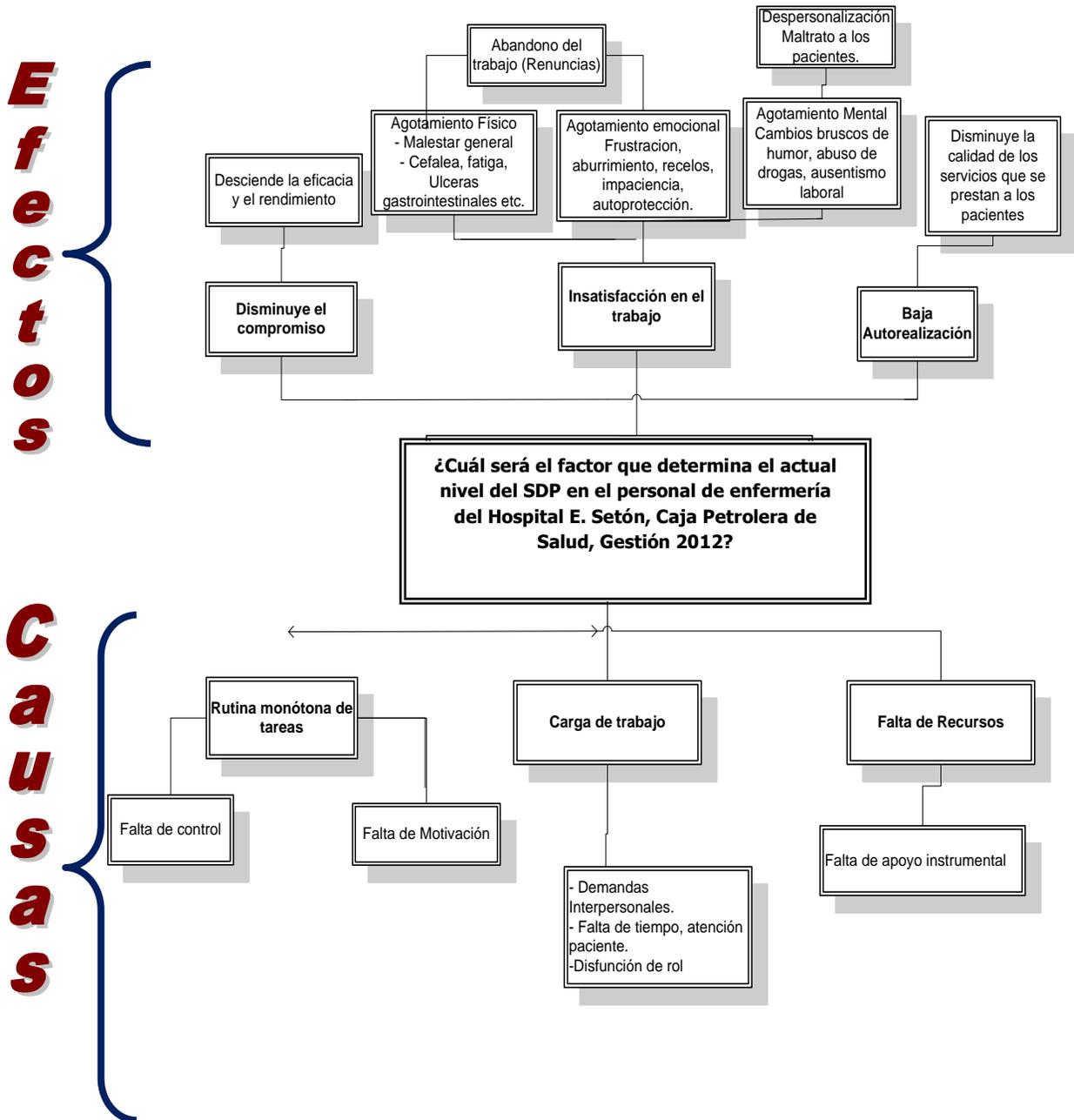
#### **Identificación**

<b>¿Qué?</b>	<b>¿A Quién?</b>	<b>¿En dónde?</b>	<b>¿Cuándo?</b>
La relación del Síndrome de Deterioro Profesional y la motivación	En el personal de enfermería.	Hospital E. Setón de la Caja Petrolera de salud Regional Cochabamba	Gestión 2012 Agosto -Diciembre

### 1.2.3 Análisis: causas y efectos en el árbol de problemas.

GRÁFICO Nº 1

#### CAUSAS Y EFECTOS DEL SÍNDROME DEL DETERIORO PROFESIONAL



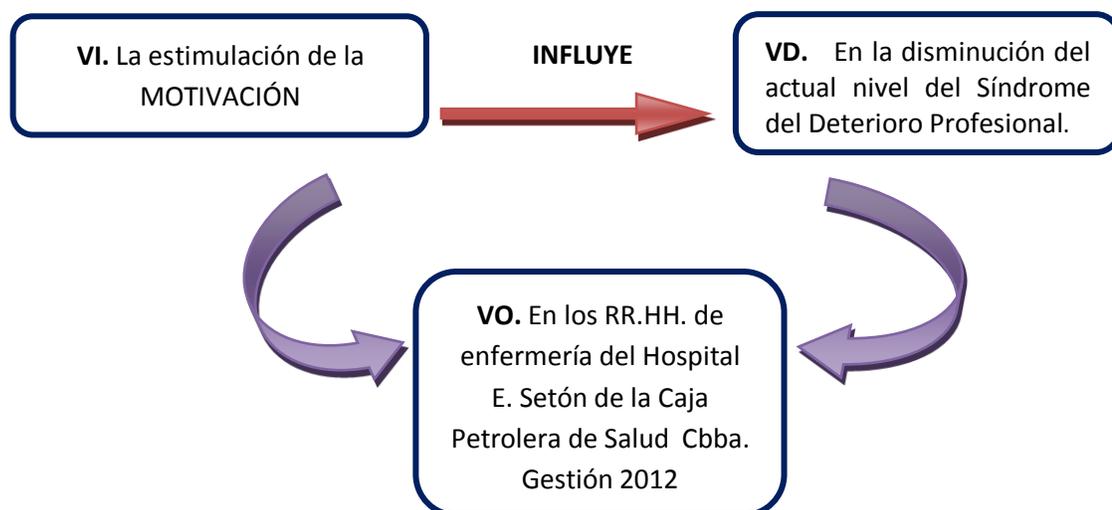
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

## 1.3 DETERMINACIÓN DE LA HIPÓTESIS

### 1.3.1 Hipótesis

**Definición:** La administración técnica y estratégica de momentos de motivación, influye de manera directa sobre el SDP que aqueja al personal de enfermería del Hospital E. Setón de la Caja Petrolera de Salud, Regional Cochabamba Gestión 2012.

**Estructura:**



### 1.3.2 Definición de variables

- **VARIABLE INDEPENDIENTE (VI) - Motivación:** Según Cerrón M., la motivación, es un proceso multifacético que tiene implicaciones individuales, administrativas y organizacionales (Cerrón M., 2004).

Algunos psicólogos mencionan que la motivación de las personas es un fenómeno que nace en el interior del propio individuo, sin embargo las instituciones y las empresas deben encontrar la manera de mantener a sus integrantes con niveles altos de motivación, tomando en cuenta que cada persona reaccionará de distinto modo ante cada estímulo motivante, (Zepeda F., 1999).

- **VARIABLE DEPENDIENTE (VD) – Síndrome del Deterioro Profesional:**

Síndrome de agotamiento profesional, Síndrome de Burnout, "estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto". Fue el psicoanalista alemán residente en Norteamérica Herbert J, Freudenberg (1974), quién lo definió por primera vez como "un conjunto de síntomas médico – biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía" (Freudenberg,1998).

- **VARIABLE OBJETO (VO) – Personal de Enfermería:** La enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados, posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, además se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada, (Mintzberg,1988).

Lo que hacen que este colectivo sea vulnerable a padecer estrés laboral crónico, lo cual ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (Fundación, 1993).

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

Diseñar una estrategia motivacional con contenido técnico, que disminuya objetivamente el SDP en el personal de Salud del Hospital E. Setón de la Caja Petrolera de Salud, Regional Cochabamba, Gestión 2012.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar en el personal de enfermería el Síndrome del Deterioro Profesional mediante el instrumento del Maslach Burnout Inventory.
- Comparar la respuesta del grupo experimental y el grupo control respecto a la intervención de la motivación del personal de enfermería.
- Determinar la relación que existe entre la motivación y el Síndrome del Deterioro Profesional.
- Analizar la falta de motivación como uno de los factores desencadenantes del Síndrome del Deterioro Profesional.

# CAPÍTULO 2

## MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES

**2.1.1 Historia del SDP:** La historia del síndrome de agotamiento profesional, Síndrome de Burnout, "estar o sentirse quemado o agotado, sobrecargado o exhausto", se remonta al año 1974, cuando el psicoanalista alemán residente en Norteamérica Herbert J. Freudenberger, psiquiatra en una clínica para toxicómanos en Nueva York, define por primera vez al SDP como: "un conjunto de síntomas médico biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía", al observar que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar a presentar agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En concreto se refirió a los profesionales denominados de ayuda, cuya actividad va dirigida hacia otras personas, con las que mantienen fuerte y sostenido contacto directo. Posteriormente, Freudenberger (1998), realizó otros estudios donde determinó que este síndrome sería contagioso, ya que los trabajadores que lo padecen pueden afectar a los demás con su hastío, desesperación y cinismo, con lo que en un período corto de tiempo la organización, como entidad, puede caer en el desánimo generalizado.

En 1976, el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos de la psicóloga Cristina Maslach presentados públicamente en el congreso internacional de la Asociación de Psicología refiriéndose a una situación de sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban quemándose. Junto con su colega Susan Jackson, estructuraron este síndrome como un proceso de

estrés crónico por contacto en el cual dimensionaron tres grandes aspectos; CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN, SENSACIÓN DE FALTA DE EFICACIA PROFESIONAL, (Maslach, 1997).

Cherniss C. (1980), fue el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo: es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.

Para los autores Cox y Mackay (1981), el SDP es conceptualizado como un estímulo, una respuesta, una percepción o una transacción. Brill (1984), propuso una definición de SDP menos conocida y más precisa: "Es un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral". En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente.

Maslach y Jackson (1986), definieron el síndrome de **agotamiento emocional en despersonalización y baja realización personal**, que ocurre entre individuos que trabajan con personas; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional (Maslach, 1997).

Etzion (1987), dice que es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como una experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por qué sucedió, (Gil-Monte,2005).

Pines y Aronson (1993), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda e indican que: "es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes." El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. El desarrollo de Burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión para evitar el contacto con personas. Por último, agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma, (Pines et al., 1993).

De ahí que es importante considerar que para mantener y elevar el bienestar mental de los trabajadores, se debe primeramente investigar cuál es la incidencia del SDP, con el fin de tener un panorama global de cómo se encuentra la salud mental de los trabajadores, por ello diversos autores justifican la necesidad de estudiar el SDP.

**2.1.2 Necesidad de estudiar el SDP:** Según referencias emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés y el SDP ocupan un lugar importante en las causas inmediatas a los accidentes y la aparición de enfermedades laborales, además preocupa a las organizaciones, porque son afectadas debido al bajo desempeño de sus trabajadores, bajo compromiso con la organización, baja satisfacción laboral y poca creatividad e innovación, (Halbesleben, 2006).

Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli (2000), investigaron la relación entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral en 109 enfermeras alemanas, encontrando que los altos niveles de exigencia laboral determinan mayor probabilidad de manifestar agotamiento emocional y despersonalización, asociadas al descenso de la satisfacción con el trabajo.

En el año de 1999 Gil y Peiró en su trabajo perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, mencionan que la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse viene unida al estudio de los procesos de estrés laboral dado al interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados, pues ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización (ausentismo, rotación, disminución de la productividad y disminución de la calidad).

En la tesis "Factores asociados al síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta Ayacucho", concluyeron que "el 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presenta síndrome de Burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional", (Peralta y Pozo 2006).

Este síndrome tiene un muy importante papel en la presión del trabajo y el ambiente físico que envuelve al profesional en salud.

**2.1.3 Estudios del Síndrome en el Personal de Enfermería:** Distintos autores en sus estudios muestran al personal de enfermería como 1er grupo de riesgo al SDP, lo que afecta su desempeño laboral y calidad de atención, mismo que conlleva a la insatisfacción tanto del cliente interno como del externo. Existen pocos trabajos al respecto en la búsqueda de mejorar la calidad de atención del servicio prestado, por lo que se hace relevante y prioritario mejorar dicha calidad de atención en los centros de salud públicos.

Entre dichos estudios está el realizado por Valderrama L.V. en marzo 2010, con el objetivo de conocer "cuál es el grupo de trabajadores de la salud más susceptible a padecer el Síndrome de quemarse por el Trabajo (SQT)". Confirman que es el personal de enfermería, donde concluyen el estudio demostrando que existe SQT en

un 6.30% en la población estudiada y que el grupo más susceptible a presentar SQT son las enfermeras seguidas de las trabajadoras sociales, (Valderrama, 2010).

En otro estudio que se realizó entre marzo y agosto de 1995 para profesionales sanitarios de atención primaria y especializada del sistema público del Área de Guadalajara, realizándose selección al azar en ambos niveles asistenciales. Utilizando el cuestionario versión española de MBI se encontró en enfermeras auxiliares de atención primaria un 45,35% de Burnout, (Peiró y Salvador, 1993).

La mayoría de los estudios manifiestan que el SDP se produce principalmente en las profesiones que se centran en la prestación de servicios como los profesionales en salud en especial el personal de enfermería, constituyéndose como la población más vulnerable a desarrollar el síndrome, sin embargo hay muy pocos estudios en los que se evalúa y se analizan las intervenciones.

**2.1.4 Estudios respecto a la intervención y prevención del SDP:** A través de la literatura y las investigaciones revisadas, se puede observar que existen pocos estudios respecto a la intervención, siendo importante su identificación para la prevención de su desarrollo así como para su tratamiento.

Según el artículo de Salud Mental, México mayo/junio 2009, sobre el efecto de una intervención psico-educativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad, El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención psico-educativa para disminuir el Burnout en el personal directivo de un Sector de la Comisión Federal de Electricidad en Guadalajara, Jalisco. Se realizó un estudio cuasi experimental con una medición pre y post a la intervención educativa. La muestra de trabajadores se integró por 29 sujetos que ejercen un puesto directivo, conformando cuatro grupos; un grupo elegido al azar recibió la intervención educativa y los otros fueron de control. A los grupos se les aplicaron diferentes cuestionarios: 1. Datos personales, 2. Factores psicosociales, 3. Escala de Maslach Burnout Inventory para medir el síndrome de

Burnout (MBI). Concluyendo que el programa psico-educativo sensibilizó al personal para fomentar el desarrollo de estrategias para disminuir y controlar los estresores laborales que les afectan, mismos que originan el Síndrome de Burnout.

Otro estudio es el citado por Maslach et al. (2001), en el que un grupo de empleados participó en sesiones grupales diseñadas para identificarlos problemas que les provocaba el SQT en su ocupación laboral y las diferentes estrategias que podían utilizar para reducirlo; en comparación con el grupo control, redujeron el cansancio emocional después de la intervención, tras un seguimiento de seis y doce meses, (Bosqued, 2008).

Cherniss (1980), en su estudio presenta a un grupo de enfermeras de reciente colocación que no tenían asignadas pacientes ni responsabilidades, gradualmente se les exponía a seminarios (actividades donde los asistentes podrán conocer nuevos métodos o herramientas, por medio de prácticas breves expuestas por expertos de reconocido prestigio en sus áreas de trabajo) donde se les enseñaba a asumir mayores responsabilidades y se les asignaba pacientes. Las enfermeras eran observadas por supervisoras que recordaban las funciones a asumir. Los resultados indicaron que esta ayuda eliminaba mucho la ambigüedad de rol, falta de autonomía y prevenía el síndrome de Burnout.

Le Blanc y Wilmar (2007), realizaron un estudio experimental en el cual se utilizó un programa de intervención de apoyo grupal. El cual, consistía en que los grupos de apoyo formados por profesionales de atención y servicio, compartirán sus sentimientos respecto a su trabajo y podían discutir libremente de los problemas dentro del mismo y a su vez llegar a una solución. Los resultados evidenciaron que los grupos de apoyo, utilizados como un método de intervención del SDP, pueden estabilizar el nivel crónico de estrés laboral, en este caso, dicho síndrome (Arroba, 1990).

**2.1.5 Otros estudios:** Según (Halbesleben y Bowler (2006), la falta de motivación, factor que es considerado como uno de los desencadenantes de este síndrome, e acuerdo con el modelo COR indican que “la motivación sirve como un recurso de energía” específicamente se enlistaron a este modelo el tiempo y la motivación propiamente dicha, donde el tiempo es para realizar el trabajo y la motivación para terminar las tareas, (Mendoza, 2007).

En un estudio de Boada J., et al., (2004), con el título “El Burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral” se incluye en la línea de investigación donde el Modelo de las Características del Puesto (MCP) y el clima organizacional se erigen como consecuentes del burnout y de ciertas manifestaciones psicósomáticas. Los resultados obtenidos indican que globalmente las variables del MCP son preventivas y predictoras de las dimensiones del Burnout, y que ciertas variables del Clima Organizacional, aunque no todas las variables estudiadas, implican consecuencias negativas para el trabajador con la aparición de considerables síntomas de Burnout y manifestaciones psicósomáticas.

Por otro lado, un estudio realizado por Burke (2006), se planteó como objetivo encontrar predictores potenciales del SDP en policías a su vez examinar la relación entre el síndrome con la variedad de tarea y el nivel de bienestar personal, en dicho estudio, se afirma que no existe una teoría específica para comprender la formación del síndrome, sin embargo el contexto organizacional es un factor importante en el desarrollo de este síndrome. Las demandas del trabajo y los recursos sociales contribuyen significativamente a las tres dimensiones del síndrome, (Burke, 1989).

Con el pasar del tiempo, se han efectuado varios estudios referentes al tema donde los autores van realizando recomendaciones como ser:

- "La elaboración de programas de capacitación y educación para la salud con el objetivo de desarrollar recursos de afrontamiento a las situaciones de riesgo a contraer Burnout ", (Susana Manzo, 2006).
- "La implantación de estrategias y actividades tales como, seminarios para el control del estrés y mejorar el afrontamiento", (Gutiérrez y Pedraza, 2010).

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

**2.2.1 CONCEPTO y MANIFESTACIONES:** Revisando la literatura, no existe una definición unánimemente aceptada sobre el SDP, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo, como respuesta al estrés laboral crónico.

La revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en un artículo sobre nuevas denominaciones para enfermedades "modernas", califica al estrés emocional crónico como un Síndrome del Deterioro Profesional, es decir: agotamiento físico y psíquico, actitud fría y despersonalización en la relación hacia los demás y sentimientos de insatisfacción personal con las tareas que se han de realizar, que suele producirse fundamentalmente en personal sanitario. (Freudenberger, 1974; Delgado, 1993; Maslach y Leiter, 1998, Cordeiro, 2001 citados por Gomero et al., 2005).

Por lo general el SDP se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un carácter negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral sin embargo la psicosocial lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral

y personales. Desde la perspectiva psicosocial se puede mencionar a Maslach y Jackson (1981), que en la actualidad son las más comúnmente empleadas y definen al Burnout como un "síndrome que se caracteriza por agotamiento emocional, la despersonalización y la baja eficacia profesional"; así mismo Pines y Aronson (1981), lo describen como "un agotamiento físico, emocional y mental" (Pines y Aronson, 1993).

Para el presente estudio, se asume la perspectiva psicosocial como la más coherente, al entender que el SDP se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como:

**Cansancio o agotamiento emocional**, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

**Despersonalización**, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (Al paciente le estaría bien merecida la enfermedad).

**Falta de realización personal en el trabajo**, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. De manera particular, Zurriaga, Bravo, Ripoll y Caballer (1998) hallan "una relación positiva de una baja Realización Personal con una baja autoestima", (Lazarus, 2003).

El rasgo fundamental del SDP es la primera categoría mencionada, donde la persona siente que no puede dar más de sí misma y para protegerse de ese sentimiento negativo se presenta un segundo rasgo del síndrome, cuando trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia las personas que atiende y hacia sus compañeros de trabajo, culpándoles de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral, el tercer rasgo presentado es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que se origina al comprobar o percibir que las demandas que presentan en su trabajo, exceden su capacidad para atenderlas debidamente.

Numerosos autores han hecho distintas clasificaciones para enumerar los síntomas que se manifiestan en este síndrome. Para Kahill (1988), los síntomas que caracterizan al síndrome del deterioro profesional, pueden definirse en cinco categorías: síntomas físicos, emocionales, conductuales, interpersonales y síntomas actitudinales. Para los autores Gil-Monte y Peiró (1997), Maslach (1986), "los síntomas físicos, síntomas psicológicos, síntomas cognitivos y síntomas conductuales", (Gil-Monte y Peiró, 1999).

En todo caso, conceptos como: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga y agotamiento emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas, son manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el SDP, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos frente a los cuales es necesario adoptar medidas preventivas con el fin de atenuar el SDP.

Es necesario tener en cuenta, que la manifestación de este síndrome depende de diversos factores pero principalmente de las características individuales de cada persona. Un individuo comienza a estar afectado de forma adversa cuando su umbral de tolerancia al estrés es sobrepasado de forma consistente, “el Burnout es un sutil patrón de síntomas, conductas y actitudes que son únicos para cada persona”, (Álvarez y Fernández, 1991).

Metodológicamente, los estudios para evaluar el SDP se han realizado de cinco formas: estudios basados en entrevistas con análisis de datos inespecíficos, estudios basados en entrevistas con análisis de datos sistemáticos, encuestas a base de cuestionarios no validados, encuestas a base de cuestionarios validados y estudios experimentales.

Actualmente el inventario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) es el instrumento más aplicado en la evaluación del síndrome del deterioro profesional. El MBI define tres componentes del síndrome, estos son: “Agotamiento emocional, despersonalización y la baja eficacia profesional” (Maslach y Jackson, 1997). Se considera que existe desgaste profesional en una persona cuando las puntuaciones de las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización son altas y la puntuación de la dimensión de eficacia profesional es baja.

Cuando el nivel de desgaste profesional es alto, la calidad de vida laboral, el estado de salud física y mental tienen repercusiones sobre la organización, “absentismo en la rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad e intensidad de abandonar el trabajo”. (Gil-Monte, 2005). Al mismo tiempo, la incidencia del síndrome del deterioro profesional sobre los profesionales del sector salud, también crea repercusiones sobre la sociedad en general que a continuación se detallará.

**2.2.2 PERSONAS AFECTADAS POR EL SDP:** El SDP puede afectar a toda persona que se desempeña en profesiones que exigen entrega, idealismo, compromiso, y servicio a personas; generando en el profesional síntomas que van

desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales como se detalló anteriormente.

Definición que ha sido mejorada desde la enunciada por Francisco Alonso Fernández, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, establece una clasificación de las trabajadoras y trabajadores que sufren SDP y son: “estrés de la competitividad (empresarios, directivos/as); de la creatividad (escritores, artistas, investigadores); de la responsabilidad y entrega (médicos, enfermería); de las relaciones (servicios de contacto directo con las personas: profesores, funcionarios, vendedores) de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden ) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos)” , (Frías, 1994).

Sin embargo, gran parte de los estudios sobre SDP han llegado a la conclusión de que son las profesiones asistenciales las más afectadas por el desgaste. De esta opinión es Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid, quien indica que el Burnout afecta principalmente a las profesiones asistenciales, y entre ellas, a dos: la docencia y la asistencia a víctimas, ellos se explica por los elementos del contexto y por las condiciones personales de quién presta el servicio. Los elementos del contexto se darían por el estado de necesidad emocional de las personas a las cuales se siente, mientras más intensas sean las demandas de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del especialista, existe mayor probabilidad de que el síndrome aparezca; a esto se agregan las condiciones físicas y sociales del trabajo.

Respecto de las condiciones personales, el perfil de la persona más propensa al SDP, se caracteriza por una elevada auto exigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, entre otros elementos. Ello hace decir a Jorge Corsi, experto argentino en violencia intrafamiliar, que tales personas organizan una distorsión

cognitiva, según la cual "solo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas tan bien" (Zurriaga et al., 1998). Según otros investigadores, la insatisfacción marital, las relaciones familiares empobrecidas, la falta de tiempo de ocio y la ausencia de actividad física, junto con una insatisfacción permanente y sobrecarga laboral, son factores que también son asociados al SDP.

En resumen, a estas personas, víctimas del SDP, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse, para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los clientes y los miembros del equipo en el que está integrando, mostrándose cínico, distanciado, tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, finalmente produciendo un descenso de su compromiso laboral. Prácticamente revisando los estudios en los antecedentes el personal de enfermería se constituye como la población más vulnerable a desarrollar el síndrome.

La enfermería es una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados, posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, por ejemplo en las circunstancias propias del trabajo, desarrollan muchas horas unidas al sufrimiento del paciente, son intermediarias entre el paciente, médico y la familia, soportan críticas y exigencias de ambos lados. La devaluada imagen de la profesión, el poco reconocimiento social de esta profesión y las dificultades organizativas, son el marco adecuado para que pueda instaurarse el SDP con todas sus manifestaciones psicofísicas.

En el caso de la investigación de este síndrome en profesionales de la enfermería, se suele considerar como un trabajo pionero el desarrollado por Gil-Monte y Schaufeli (1991), quienes realizaron un estudio comparativo de los niveles de Burnout en dos muestras de profesionales de enfermería, una de ellas española y otra holandesa. A partir de ese trabajo se han realizado múltiples estudios que abordan como objeto de investigación el síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería.

Desde un nivel organizacional la profesión de enfermería se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden al esquema de una "burocracia profesionalizada" (Mintzberg, 1988). Los principales problemas que se generan en las burocracias profesionalizadas son los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. La consecuencia de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera además consecuencias que han sido identificadas como antecedentes del Síndrome del Deterioro Profesional. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía y rápidos cambios tecnológicos. Otra variable importante en este nivel es el proceso de socialización laboral que origina que los nuevos miembros aprendan pautas de comportamiento no deseables. De lo anterior es indispensable resaltar la importancia que tiene el personal de enfermería como grupo de riesgo al Síndrome del Deterioro Profesional.

### **2.2.3 MODELOS TEÓRICOS DEL SDP**

Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría socio-cognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

**2.2.3.1 1er Grupo: Teoría socio-cognitiva del yo.** Se caracteriza por otorgar a las variables del síndrome, (autoeficacia, autoconfianza, auto-concepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen. También determinan ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción. Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrinson (1983), el modelo de Cherniss (1980), el modelo de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson et al., (1993).

Según Harrinson (1983), la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores, barreras (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el SDP.

**2.2.3.2 2do grupo: Teoría del intercambio social.** Proponen que el SDP tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo. Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993), el grupo COR es considerado el más importante para esta investigación y a continuación lo desarrollaremos.

**a. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993):** Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del SDP en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del SDP: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y el otro hace hincapié en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social:

- La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.
- La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones.
- La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

**b. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993):** La teoría de Conservación de Recursos (COR), es una teoría motivacional, y se sustenta en la idea que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada llevando al estrés, que a su vez, puede producir el SDP. A esto se suma el tipo de afrontamiento como factor facilitador o preventivo para el desarrollo del SDP. Según esta teoría, para reducir los niveles de SDP se deben aumentar los recursos de los empleados y así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido por consecuencia del SDP. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de SDP son las de tipo "activo".

La idea básica del COR es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, "el SDP aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera" (Hobfoll y Freedy, 1993).

De acuerdo con la teoría de COR, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de SDP. Por otro lado, los recursos ayudan a superar la necesidad de utilizar un tipo de afrontamiento defensivo, lo que es la despersonalización, y lo que puede ocurrir como consecuencia de la pérdida de recursos. Además los recursos ayudan a promover la autoeficacia, lo que representa la dimensión de la Realización Personal (RP) en el SDP.

La teoría COR (Hobfoll, 1989; Hobfoll, 1998), conceptualiza y asume que el impulso fundamental de los individuos reside en esforzarse por obtener, mantener y proteger los recursos percibidos como positivos, además esta teoría define los recursos enfocándose en factores ambientales y cognitivos considerados como "recursos de valor" para la persona. Los recursos están definidos por cuatro categorías básicas las cuales son: los propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), las condiciones en las que se encuentra el individuo y son valiosas para él, (ocupación, antigüedad, satisfacción marital), las características personales que ayudan a la realización de las metas (competencia social y autoestima), la capacidad física es un recurso que tiene un valor no innato o pobre, pero que pueden ser utilizados para obtener otros recursos (dinero, crédito, seguros).

La Motivación y el modelo COR, la relación que existe entre agotamiento emocional, la motivación y el desempeño en el ámbito laboral, son explicadas a través de este modelo. La clave para relacionar el agotamiento emocional y el desempeño es que la motivación representa a la inversión de los recursos, es decir que "la motivación sirve como un recurso de energía para terminar las tareas" (Halbesleben, 2006). Esto sugiere a que los empleados seleccionan el tipo de recursos motivacionales, los cuales mantendrán para alcanzar sus objetivos en el trabajo, dichos objetivos, son 3 tipos de motivaciones propuestas por Barrick y Cols (2002): motivación a la autorrealización, es definida como la motivación de una persona para realizar tareas, independientemente de otras personas; motivación al poder o estatus, motivación de

una persona para obtener status dentro de la jerarquía de la organización; motivación por la aceptación social, es la fuerza interna dirigida a obtener la aceptación de las relaciones interpersonales, así como el llevarse bien con los demás. Según Halbesleben, (2006), estos hallazgos, sirven como base para obtener el modelo COR como un mecanismo razonable y entender el SDP, tanto en el desarrollo como en las consecuencias.

**2.2.3.3 3er grupo: Teoría Organizacional.** Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski et al., (1983), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), y el modelo de Winnubst (1993), quienes incorporan como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico. Cox et al., (1993) destacan la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubst (1993) enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional. Una exposición detallada de todos estos modelos aparece recogida en la revisión realizada por Gil-Monte y Peiró, (1997).

#### **2.2.4 ETIOLOGÍA Y TENDENCIAS DE APARICIÓN DEL SDP**

Entre las posibles tendencias de aparición podemos mencionar las siguientes, para conocimiento ya que no es relevante para ésta investigación: La **edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización. El **sexo**, autores demostraron en sus estudios que el grupo más vulnerable son las mujeres, por razones diferentes y entre ellas está la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional, la tarea familiar así como la elección de ser profesionales que prolongarían el rol de mujer. El **estado civil**, estudios han demostrado que "las solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables, la implicación con la familias y los hijos hace que

tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar” (Faura et al., 1995).

Los turnos y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio, siendo en enfermería donde ésta influencia es mayor. Sobre la **antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo, algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestado en dos periodos correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, sin embargo otros mencionan que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos SDP presentan. Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien es referida por otros autores. “También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del SDP en estados profesionales, aunque no queda claro en la literatura”, (Caballero et al., 2001).

Al revisar la literatura se han encontrado múltiples factores que pueden contribuir al desarrollo SDP, entre ellos están los estresores laborales. Aunque el estrés laboral no es el propósito de esta investigación, para describir los factores que desencadenan el SDP, es necesario conocer y mencionar cómo se desarrolla el estrés en los profesionales del sector salud. La definición de estrés para Selye (1956), es la suma de todos los cambios inespecíficos que ocurren en un organismo causados por “ilusión o deterioro” y la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda donde estos estresores pueden clasificarse en cuatro niveles descritos por Gil-Monte (2005).

**a) Factor Personal:** Se refiere a las características del personal en salud, quienes tienen diversas expectativas a lo largo de su profesión y que estas pueden ser frustradas, básicamente existían tres tipos de expectativas:

- **Expectativa altruista:** Personas que de forma desinteresada ayudan a las personas que sufren, como única recompensa el "gozo de su alivio", donde el sentimiento de altruismo e idealismo les lleva a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios por lo que se sentirán culpables por los fallos propios y ajenos, lo que redundará en sentimientos de baja realización personal y alto agotamiento emocional.

- **Expectativas profesionales:** Ser un profesional competente y ser considerado como tal. Este sentimiento se fundamenta en el binomio; saber lo que hay que hacer y poderlo hacer. Es frecuente que la alta presión asistencial y la burocratización de los servicios, impidan aplicar plenamente lo aprendido, lo que hace que se vayan descapitalizando profesionalmente, reduciendo la capacidad resolutoria y se vea acompañado de una importante frustración y sentimiento de minusvalía.

- **Expectativas sociales:** Tener un prestigio social y buenos ingresos económicos, hoy en día la administración responsabiliza al profesional de la salud del aumento del gasto y los usuarios exigen más al sistema a través de los mismos.

**b) Factor en las relaciones interpersonales:** Son incidencias en la aparición del SDP, el trato directo y continuado con los pacientes y sus familias, mayor proximidad al sufrimiento cotidiano, mayor implicación emocional, paso frecuente de rutinas a dramas, finalmente las situaciones que ya no pueden controlar aumentan los sentimientos de deterioro profesional.

**c) Factores organizativos y empresariales:** El contexto organizacional es un factor importante en el desarrollo de este síndrome. Las demandas respectivas en la

organización y los recursos sociales, contribuyen significativamente a las tres dimensiones del síndrome, por ejemplo la burocratización excesiva, escaso trabajo real de equipo, problemas de libertad de acción, conflicto y sobrecarga de rol, incorporación rápida de innovaciones, falta de sintonía con la gerencia en los objetivos, que resultan ajenos y además existe un problema de comunicación (Zurriaga et al., 1998). Definitivamente la mayoría de estos factores, son algunas de las causas que llevan a la desmotivación.

Para Morris (1992), el SDP se desarrolla en ambientes estresantes que suele confundirse con el estrés, pero este se refiere a cualquier necesidad de ajuste que da lugar a un estado de tensión o amenaza y que exige cambios o adaptación.

Un modelo propuesto por Leiter (1991), se refiere a la relación que existe entre los tres componentes del MBI y las demandas y apoyo del ambiente laboral o apoyo social lo que muestra que los estresores principales corresponden a los conflictos con los compañeros de trabajo afectando a las 3 dimensiones.

Por otro lado, Guillen y Bozal (2000), señalan que es necesario clarificar y ampliar los factores contribuyentes al síndrome, incluyendo en futuras investigaciones, factores de carácter más interno, "estilos cognitivos, actitudes, expectativas, creencias, motivaciones, variables de personalidad, etc." para luego realizar una prevención adecuada.

### **2.2.5 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

La principal dificultad para el tratamiento es la diversidad de definiciones y factores que presentan los diferentes autores, sin embargo la mayoría considera como primero de importancia el trabajo individual de la persona porque permite que la misma persona aborde su propio esquema de ver las cosas, modificando actitudes y aptitudes. Adaptándose a sus expectativas iniciales con la realidad actual,

marcándose objetivos más realistas que les permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo y que estos objetivos estén equilibrados con los de la organización, sin renunciar a lo más valioso de la profesión “los valores humanos”. Hoy en día existe resistencia del personal de salud para admitir ellos mismos sus problemas emocionales y adoptar el rol del paciente (peores pacientes). Además por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes.

Respecto a la prevención organizacional existen 3 conceptos importantes para la eficacia de la misma: formación, organización y tiempo. Sin embargo tomando como referencia a Cherniss (1980), Gángara (2002), León (1998), Maslach (1997), Peiró y Salvador (1993), podemos enumerar algunos de los cambios que deberían producirse para reducir el SDP dentro la organización, algunos de los cuales han sido comprobados empíricamente mientras que otros no, entre ellos son:

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor al personal de enfermería.
- Planificar un horario flexible por parte del personal de enfermería; debiéndose dar más oportunidades en la elección de sus turnos.
- Fomentar la participación en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Plantear los objetivos de manera clara con el equipo de trabajo.

Este tipo de variables han sido puestas a prueba en diferentes estudios, su prevención es compleja, pero cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica adecuada de intervención.

Como se puede observar las estrategias de intervención para el SDP, no son solamente referidas a los individuos, sino también a las organizaciones, lo cual constituye un binomio de suma importancia para entrar en acción e interactuar con las personas y organizaciones involucradas con el Síndrome de Desgaste Profesional.

A todo esto se suma la importancia del apoyo social, ya que es relevante en las investigaciones del estrés psicológico. "Debido a las características de los que brindan apoyo social a otros, tales como la sensibilidad, la motivación y las habilidades para brindar apoyo", (Lazarus, 2003).

En un estudio de Halbesleben (2006), que evalúa la interacción entre el apoyo social y las dimensiones del SDP, se demuestra que el agotamiento emocional está fuertemente relacionado al apoyo social, por sus fuentes relacionadas al trabajo y que, por consiguiente indirectamente afectan a la despersonalización y a la baja eficacia profesional. El apoyo social es relevante para las investigaciones acerca del estrés psicológico, debido a las características de los que brindan apoyo social a otros, tales como la sensibilidad, la motivación y las habilidades para brindar apoyo.

En resumen este tipo de síndrome es consecuencia de ciertos factores estructurales de vulnerabilidad, cualquier intervención tendría que ir dirigida también a estos factores estructurales, sino las recaídas serán frecuentes, y además la calidad del clima laboral y el apoyo social dentro de la organización, mantienen la moral en especialidades con altas demandas de trabajo, es decir, un cuidado intensivo por el bienestar y mantenimiento de los empleados es de vital importancia para el clima organizacional.

## 2.2.6 LA MOTIVACIÓN

**2.2.6.1 Concepto de Motivación:** Zuloaga (2007), menciona que la motivación es un proceso interno y propio de cada persona, que consiste en la ejecución de conductas hacia un propósito que el individuo considera necesario y deseable. Es un proceso producido por el resultado de una evaluación que el individuo realiza de una situación determinada todo con buscar un fin determinado.

López Adriana (2000), en su artículo menciona que la motivación es en síntesis, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Prácticamente muchos autores muestran que la actitud de una persona es muy importante, pero necesita de una energía para llevarla adelante. Según, Ricardo F. Solana (1993), la motivación "es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide en una situación dada, con que vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía".

Según, Stoner, Freeman, Edward y Gilbert (1996), la motivación comprende una serie de factores que ocasionan, canalizan y sustentan la conducta humana en un sentido particular y comprometido. Para Koontz y Weihich (1999), "la motivación es satisfacer impulsos y deseos", la motivación se fundamenta en las necesidades de los seres humanos; el humano es un ser lleno de aspiraciones y en su comportamiento y desarrollo las necesidades constituyen una motivación.

Frederick Herzberg (1959), modificó la teoría de Maslow introduciendo los conceptos de factores de mantenimiento y factores de motivación. Para Herzberg hay elementos como: las políticas de gestión, la administración, la supervisión, las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales, el salario y otros que son factores que no motivan, pero su ausencia generan descontento o desmotivan. Pero factores tales como el logro, el reconocimiento, el trabajo interesante, el crecimiento laboral y otros, considera que motivan cuando están presentes y en caso contrario generan

insatisfacción. Estos no son los únicos modelos relacionados con la motivación, por lo que se podrían citar los de Víctor H. Vroom, Lyman Porter y Edgard Lawler, etc., mismos que han aportado de diferente manera al entendimiento de la motivación.

Observando las definiciones planteadas por los diferentes autores, coinciden en que la motivación es un proceso o combinación de procesos que influyen en la conducta de las personas, es la causa del comportamiento de las personas, además es el ímpetu que hace que un individuo se centralice en alcanzar un objetivo, una meta, etc. ya sea por necesidad, o por satisfacción. En el entorno laboral la motivación juega un papel muy importante para el desarrollo de la organización, ya que este factor puede hacer la diferencia para que los trabajadores tengan un mayor desempeño en la organización mediante las acciones. Ahora, si partimos del concepto de que, la motivación se identifica únicamente mediante la acción, entonces los componentes anteriores a una acción son el pensamiento, el sentimiento y la actitud. Si como resultado de la acción tenemos, a nuestro criterio, un diferencial positivo, se tiende a repetir esas acciones y esa repetitividad genera hábitos y esos hábitos nos dan como resultado nuestra forma de vida.

Por lo tanto, la motivación es un proceso multifacético que tiene implicaciones individuales, administrativas y organizacionales. Según Cerrón (2004), indica también que no solo es lo que el empleado muestra, sino todo un conjunto de aspectos ambientales que rodea al puesto de trabajo, lo cual hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera dentro de la organización.

Juan Pérez L. (1985), relaciona la motivación como los factores que llevan a una persona a la acción y se puede clasificar dependiendo de su origen y destino en tres tipos: Motivación Extrínseca, Motivación Intrínseca y Motivación Trascendente. A nuestro criterio, esta clasificación nos permite de una manera práctica y sencilla entender el cómo se motiva a las personas. Seguidamente desarrollaremos las mismas:

- **La Motivación Intrínseca:** La motivación interna es definida como el grado en el cual una persona quiere hacer bien su trabajo, para conseguir satisfacción. En cualquier momento, en la persona puede generarse un pensamiento (éste puede ser provocado por el razonamiento, la memoria o el subconsciente). Los pensamientos a su vez se relacionan con los sentimientos y las emociones, que terminan en una actitud. Para generarse una actitud, tanto positiva como negativa, intervienen factores como la autoimagen, las creencias, los valores y los principios éticos y morales del individuo. Si el sentido de la actitud es positivo, automáticamente se genera una excusa para realizar la acción. A esta excusa se le conoce con el nombre de motivación. Claro está que, en la acción intervienen el conocimiento, las capacidades y las habilidades del individuo, de los cuales dependerá la calidad del resultado, de acuerdo a las expectativas suyas o de los demás, Ejemplo:

José, como jefe departamental analiza y piensa que, la visión de la organización no refleja la verdadera orientación que él quiere para el futuro de la empresa (Pensamiento). En ese instante le vienen a su interior los gratos momentos que tuvo en las reuniones pasadas, cuando él se expresó sobre la visión de la empresa, participación que estaba cargada de emotividad ya que guardaba también relación con su visión personal (Sentimientos). Así se genera una actitud, la cual motiva para realizar una reunión donde pueda expresar a los demás jefes departamentales su criterio sobre la visión. Coordina con los demás miembros, se reúnen y logra exponer sus criterios y estos son considerados para mejorar la visión institucional (Acción). Como el resultado fue positivo, José considera hacer reuniones permanentes para la revisión no sólo de la visión sino de toda la planificación estratégica institucional. Al repetirse este evento por varias veces se genera un hábito que a la larga pasa a formar parte de la cultura organizacional.

En casos particulares, no necesariamente un pensamiento genera un sentimiento, éste por sí puede generar pensamientos o actitudes que conllevan la motivación para

la acción. De igual manera, un sentimiento, por ejemplo el amor, puede generar la actitud, la motivación y la acción sin que intervenga el pensamiento.

Desde los estudios de Harry F. Harlow (1949), Abraham Maslow (1950) y Edward Deci (1969), demuestran que los administradores, jefes, departamentos de recursos humanos y gerencias, necesitan urgentemente enfocarse en la motivación intrínseca más que en la motivación extrínseca, lamentablemente a pesar que la ciencia del comportamiento humano nos ha mostrado una y otra vez los resultados, acciones erróneas y recursos económicos son mal implementados en la finalidad de motivar, energizar y obtener mejores resultados.

Sin lugar a dudas la MOTIVACIÓN INTRÍNSECA es el secreto de la motivación en el trabajo para energizar realmente la fuerza laboral, como diría el mismo Frederick Herzberg: es mejor "instalar un generador propio" en las personas, concientizarlas que ellas puedan reconocer la forma de su actitud frente a las adversidades que las rodea.

- **Motivación Extrínseca:** Para que se genere la motivación es necesario que factores externos, actúen sobre los elementos receptores (pensamiento, sentimiento y acción). Para que los factores externos sean motivadores es necesario que se genere un diferencial en la percepción de la persona. El mejor ejemplo es el salario de un empleado, como se conoce, en sí el salario no es un factor motivador, pero en el instante que hay un aumento de éste, se genera un diferencial externo que actúa sobre el pensamiento y/o sentimiento que por cierto tiempo motiva para obtener mejores resultados, si ese es el objetivo, hasta que desaparece la percepción del diferencial generado y pasa a ser un factor de mantenimiento.

Otro ejemplo es el cambio de política organizacional, si esta nueva política está generando pensamientos y/o sentimientos positivos, ellos a su vez facilitan una actitud positiva y la persona se motiva para formar parte del cambio. En el caso de

que se dé una actitud negativa, la persona se desmotiva, se opone al cambio y esto se refleja en los resultados de su trabajo, definitivamente mediante la acción nosotros podemos motivar a las personas, tiene relación con el efecto del ejemplo que una o varias personas dan a otro.

Actualmente se tiene una mejor comprensión del ejemplo con los últimos artículos referentes a las neuronas espejo, descubiertas por Giacomo Rizzolatti, de la Universidad de Parma (Italia-1996). Estas neuronas se activan cuando el sujeto observa a otro realizar un movimiento y también cuando el sujeto es quien lo hace. Este fenómeno no solo tiene relación con las acciones de las personas, sino también con las intenciones y las emociones que el sujeto tiene para realizar la acción. En este contexto, se puede suponer que tiene explicación el aprendizaje implícito, fenómeno importantísimo en el liderazgo y en el comportamiento de las personas en grupo.

- **Motivación Trascendente:** Este tipo de motivación y otros aspectos del comportamiento tienen su base en las creencias, valores y principios que tenga el individuo y los individuos del grupo social u organizacional al que pertenezca. El realizar una acción para beneficio de los demás, dejando a un lado en muchos casos el beneficio material personal, implica que es importante para él, valores tales como solidaridad, amistad, servicio, amor, benignidad, paciencia, humildad, etc., que en este caso son los factores que generan e integran una actitud y por hecho una motivación para la acción en beneficio de los demás.

Tabla N° 1

TIPOS DE MOTIVACIÓN según Juan PÉREZ L.

<b>INTRÍNSECA</b>	<b>EXTRÍNSECA</b>	<b>TRASCENDENTE</b>
Surge dentro del sujeto, obedece a motivos internos	Se estimula desde el exterior, ofreciendo recompensa	Se estimula en base a creencias, valores y principios del individuo.

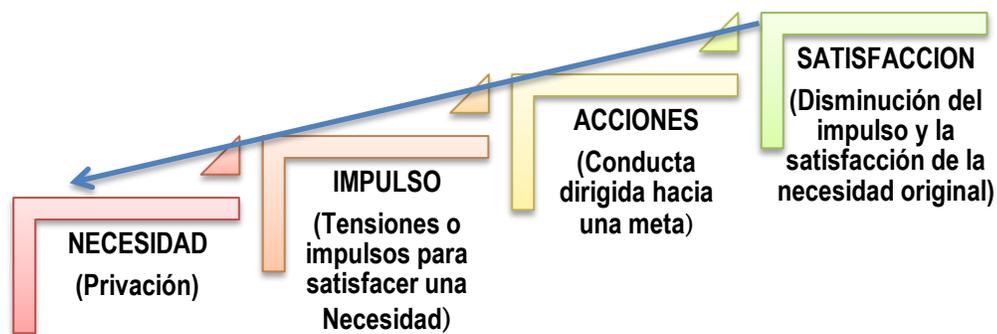
FUENTE: Elaboración propia basado en la teoría.

**2.2.6.2 Necesidades y Satisfacción:** La necesidad se define simplemente como la carencia de algo. Esta carencia puede ser de tipo material, espiritual u otro, pero cualquiera sea su origen, las personas buscan su satisfacción, se concentra en lo que requieren para llevar vidas gratificantes, en particular con relación a su trabajo.

El siguiente esquema ilustra la teoría motivacional de las necesidades:

GRÁFICO Nº 2

TEORÍA MOTIVACIONAL DE LAS NECESIDADES



FUENTE: Elaboración Propia basado en la teoría

### 2.2.6.2.1 Teoría de las necesidades

**La jerarquía de las Necesidades de Maslow:** Esta es la teoría de motivación por la cual las personas están motivadas para satisfacer distintos tipos de necesidades clasificadas con cierto orden jerárquico. Tan pronto como se alcancen y satisfagan las necesidades de un nivel inferior, predominan las de niveles superiores. En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad.

### GRÁFICO Nº 3

#### JERARQUÍA – NECESIDADES DE MASLOW



FUENTE: Adaptado de: Herzberg, F. (1980) Una vez más, ¿Cómo motivar a los trabajadores? Bilbao: Deusto

Conceptualizando las necesidades según Maslow, de menor a mayor nivel en la jerarquía son:

a) **FISIOLÓGICAS:** necesidades relacionadas con su supervivencia, dentro de éstas encontramos, la homeóstasis (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad.

b) **SEGURIDAD:** Necesidades relacionadas con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo, miedo a lo desconocido, a la anarquía. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de orden y la de tener protección.

c) **SOCIALES O DE PERTENENCIA:** Necesidades relacionadas con la compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él.

d) **ESTIMA O RECONOCIMIENTO:** También conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

e) **AUTORREALIZACIÓN:** También conocidas como de superación o auto-actualización, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

**2.2.6.2.2 El papel de las necesidades en la motivación:** Las necesidades juegan un papel muy importante en las motivaciones, ya que las necesidades funcionan como un motor generador de la misma, porque como ya lo ha dicho Maslow, las necesidades nunca terminan, porque cuando se satisface una, nace la otra y en las motivaciones, cuando se logran los objetivos se establecen otros y la necesidades de lograr estas nuevas metas vienen acompañando a las personas que llevaran a cabo dicha tareas y para ellos nacen otras necesidades que lo motiva a seguir hacia delante.

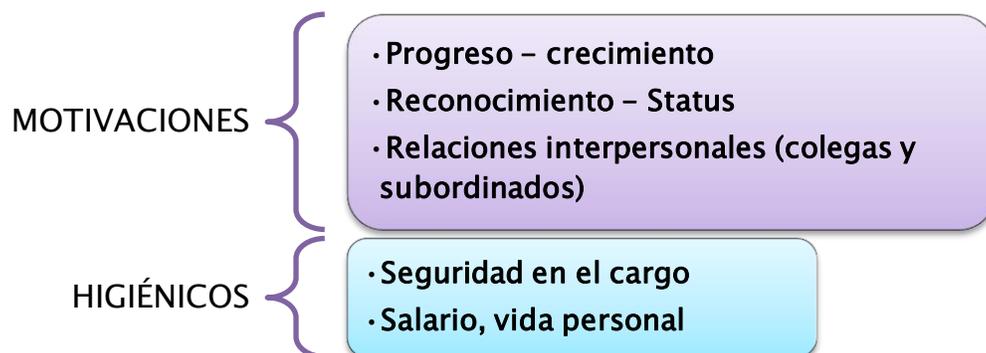
**2.2.6.2.3 Satisfacción:** Está referida al gusto que se experimenta una vez cumplido el deseo de la necesidad de alcanzar algo. Es el cumplimiento de los requerimientos establecidos para obtener un resultado con un cierto grado de satisfacción para un individuo. De acuerdo con el modelo desarrollado por Arnold (1960) y Lazarus (1968), existe una relación estrecha entre satisfacción y estrés. Específicamente se plantea que cuando surge una necesidad, aparece el estrés que nos impulsa a satisfacer esa necesidad, luego emprendemos la acción para alcanzar esa necesidad. La desmotivación comienza de la insatisfacción, que provoca una ruptura del comportamiento (nos sentimos disgustados, cambiamos nuestra forma de plantearnos el trabajo). Esta ruptura del comportamiento, frena la acción y aparece la apatía que mata el estímulo.

### 2.2.6.3 Teorías motivacionales

**a. Teoría de los dos factores de la Motivación:** Esta es la teoría desarrollada por Frederick Herzberg a finales de los años cincuenta, en la cual se dice que tanto la satisfacción como la insatisfacción laboral derivan de dos series diferentes de factores. El término motivación, para Herzberg (1980), incluye sentimientos de realización, de crecimiento y de reconocimiento profesional, manifestados por medio del ejercicio de las tareas y actividades que ofrecen suficiente desafío para el trabajador. Entre los factores que menciona en dicha teoría tenemos a los factores higiénicos o de insatisfacción, y por el otro a los motivantes o satisfactores.

GRÁFICO Nº 3

TEORÍAS MOTIVACIONALES de HERZBERG



FUENTE: Elaboración propia basado en la bibliografía.

En cuanto a la clasificación que hace Herzberg indicando a los factores higiénicos como no satisfactorios, no se está completamente de acuerdo; debido a que consideramos que tanto el salario, como la seguridad, logran la satisfacción de las necesidades fisiológicas, (medios necesarios para obtener una digna condición de vida), que como bien las señalaba Maslow serían necesidades indispensables para poder adquirir un nivel jerárquico superior.

**b. Teoría ERC (Existencia relación y Crecimiento):** Esta es la teoría expuesta por Clayton Alderfer quien estaba de acuerdo con Maslow en cuanto a que “la motivación de los trabajadores podía calificarse en una jerarquía de necesidades”, (Lopez,2000).

Es importante destacar que la teoría ERC difiere de la de Maslow en dos puntos:

- En un primer punto Alderfer señala que las necesidades tienen tres categorías: existenciales (las mencionadas por Maslow), de relación (relaciones interpersonales) y de crecimiento (creatividad personal).
- En segundo lugar menciona que cuando las necesidades superiores se ven frustradas, las necesidades inferiores volverán, a pesar de que ya estaban satisfechas.

Con respecto a esto no coincidía con Maslow, puesto que éste opinaba que al satisfacer la necesidad perdía su potencial para motivar una conducta. Además consideraba que las personas ascendían constantemente por la jerarquía de las necesidades, en cambio para Alderfer las personas subían y bajaban por la pirámide de las necesidades, de tiempo en tiempo y de circunstancia en circunstancia.

**c. Teoría de las tres necesidades:** John W. Atkinson propone en su teoría que las personas motivadas tienen tres impulsos:

- La necesidad del Logro
- La necesidad del Poder
- La necesidad de Afiliación

El equilibrio de estos impulsos varía de una persona a otra.

Según las investigaciones de **David C. Mc Clelland** la necesidad de logro tiene cierta relación con el grado de motivación que poseen las personas para ejecutar sus tareas laborales. La necesidad de afiliación es aquella en la cual las personas buscan una estrecha asociación con los demás. La necesidad de poder se refiere al grado de control que la persona quiere tener sobre su situación. Esta de alguna manera guarda

relación con la forma en que las personas manejan tanto el éxito como el fracaso. Pueden encontrarse a veces personas que temen al fracaso y junto con la erosión del poder particular, puede resultar un motivador de suma importancia, en cambio, para otras personas, el temor al éxito puede ser un factor motivante, (Lopez, 2000).

Además de las necesidades o motivos, **Fernández Seara (1987)**, enfoca y propone que los motivadores psicosociales se conforman de factores subjetivos y objetivos, donde plantea la necesidad de estudiar la conducta humana en diferentes dimensiones, para fines de esta investigación, es necesario basarse en un instrumento que mida esas motivaciones psicosociales que al ser humano le interesa, para ello, Fernandez Seara propone un modelo y un instrumento que resume seis motivos básicos, que engloban las necesidades de la persona y son:

- **Aceptación e integración social (As)**.- Mide la necesidad de relaciones afectivas (de diferente índole), motivos de afiliación, pertenencia al grupo y aprobación social es decir, a la persona le gusta estar con amigos y personas en general, acepta a la gente con facilidad, se esfuerza por hacer amigos y mantener asociaciones con otras personas.

- **Reconocimiento social (Rs)**.- La persona busca aprobación social y estima por parte de los demás, tanto por sus esfuerzos como por su valía personal, tiende a buscar prestigio personal y profesional.

- **Autoestima/auto-concepto (Ac)**.- Está relacionada con la valoración personal y confianza en sí mismo.

- **Autodesarrollo (Ad)**.- Se trata de medir la necesidad y tendencia humana a desarrollar las capacidades personales, realizar proyectos y proponerse nuevas metas en la vida. Incluye motivos de logro, realización, expresión creativa y de desarrollo de la propia iniciativa.

- **Poder (Po)**.- Se trata de la preocupación (a veces excesiva) que la persona tiene por conseguir prestigio y éxitos profesionales y al mismo tiempo, de buscar los medios y condiciones para influir y dirigir a otras personas. Está dispuesta a realizar

esfuerzos y lograr cosas muy elevadas a través de diversos medios (trabajo, dinero, patrimonio, política, cargos,...) con un claro fin de obtener poder. Aspira a alcanzar un estatus (social, profesional, económico...) elevado que le permita dominar y dirigir de alguna manera a los demás.

- **Seguridad (Se).**- Se trata de buscar estabilidad psíquica en base a las circunstancias que le rodean: familiares, laborales y sociales.

Según la teoría de **Mc Gregor** defiende la jerarquía de las necesidades y sus aportaciones más de tipo empresarial. "Las empresas tienen que proporcionar empleo estable y seguridad laboral", (Cerrón, 2004).

La teoría de **Taylor**, quien fue uno de los más destacados promotores de la dirección científica del trabajo, fijando las reglas que permitían aumentar el rendimiento de las máquinas y herramientas. Se trata del primer autor que propone una organización del trabajo y que habla sobre la motivación. Taylor propone una serie de acciones para incrementar la productividad:

- Crear recompensas económicas.
- Contratación de trabajadores hábiles y diestros.
- Realización de un análisis científico; estudiar las tareas detalladamente, su tiempo de ejecución, etc.

Teoría de la valencia expectativa de **Vroom**, propone que la motivación es producto de la valencia o el valor que el individuo pone en los posibles resultados de sus acciones y la expectativa de que sus metas se cumplan. Según Cerron (2004), la importancia de esta teoría es la insistencia que hace en la individualidad y la variabilidad de las fuerzas motivadoras, a diferencia de las generalizaciones implícitas en las teorías de Maslow y Herzberg.

La teoría del hombre complejo de Sheinse fundamenta en los siguientes puntos:

- Por naturaleza, el ser humano tiende a satisfacer gran variedad de necesidades, algunas básicas y otras de grado superior.
- Las necesidades, una vez satisfechas, pueden reaparecer (las necesidades básicas), otras (las necesidades superiores) cambian constantemente y se reemplazan por necesidades nuevas.
- Las necesidades varían, por tanto no sólo de una persona a otra, sino también en una misma persona según las diferencias de tiempo y circunstancias.
- Los administradores efectivos están conscientes de esta complejidad y son más flexibles en el trato con su personal. Finalmente el citado autor, dice que ellos evitan suposiciones generalizadas acerca de lo que motiva a los demás, según proyecciones de sus propias opiniones y expectativas.

Se infiere que las teorías presentadas en este capítulo de manera breve, coinciden en ver al empleado como el ser que busca el reconocimiento dentro de la organización y la satisfacción de sus necesidades, al satisfacer estos dos objetivos, su motivación se convertirá en el impulsador para asumir responsabilidades y encaminar su conducta laboral en cumplir metas y que permitan a la organización lograr su razón de ser, con altos niveles de eficacia.

#### **2.2.6.4 Importancia del gerente en la Motivación**

Las actividades y el comportamiento de la alta gerencia tiene un efecto determinante sobre los niveles de motivación del personal de enfermería (PE) en todos los niveles de la organización, por lo que cualquier intento para mejorar el desempeño del PE debe empezar con un estudio de la naturaleza de la organización y de quienes crean y ejercen el principal control sobre ella. Los factores de esta relación tienen una influencia directa sobre la motivación del PE, incluyen la eficiencia y eficacia de la organización y de su operación.

Hay diversas actividades que un gerente puede realizar para fomentar la motivación de los trabajadores:

- Hacer interesante el trabajo: El gerente debe hacer un análisis minucioso de cuanto cargo tenga bajo su control, especialmente los del PE, evitando que estas lleguen a tareas rutinarias, desembocando a la apatía y el aburrimiento.
- Relacionar las recompensas con el rendimiento: Éstas podrían incluir la asignación a tareas preferidas o algún tipo de reconocimiento formal.
- Proporcionar recompensas que sean valoradas: Podría decirse que lo más importante para el administrador es que sepa contemplar las recompensas con las que dispone y saber además qué cosas valora el personal.
- Tratar al PE como personas: Es de suma importancia que el PE sean tratados del mismo modo, ya que en el mundo de hoy tan impersonal, hay una creciente tendencia a tratar a los empleados como si fueran cifras en las computadoras.
- Alentar la participación y la colaboración: Los beneficios motivacionales derivados de la sincera participación del empleado son sin duda muy altos. Pero pese a todos los beneficios potenciales, creemos que sigue habiendo supervisores que hacen poco para alentar la participación de los trabajadores.
- Ofrecer retroalimentación (feed-back) precisa y oportuna: A nadie le gusta permanecer a oscuras con respecto a su propio desempeño. La falta de retroalimentación suele producir en el empleado una frustración que a menudo tiene un efecto negativo en su rendimiento, en esta situación, la persona sabrá lo que debe hacer para mejorar.

#### **2.2.6.5 La Motivación y el Síndrome del Deterioro Profesional**

En consecuencia, de acuerdo a las diversas motivaciones que la persona presenta dentro de las organizaciones, la presente investigación se basó en una teoría compleja donde se analizan tres de las teorías principales que se han relacionado con las motivaciones en las organizaciones. Tratando de abarcar aquellos factores de carácter psicosocial que las personas comúnmente buscan o se plantean para la realización de las tareas.

Según Hobfoll (1993), la motivación laboral interna será predecida a partir de las características de la tarea, el agotamiento emocional a partir de las condiciones de trabajo, y la falta de apoyo social y la intención de abandono a partir de las expectativas de carrera no cumplidas. Para Fredy (1993), el modelo de COR del SDP clarifica la relación que existe entre agotamiento emocional, motivación y desempeño.

Las variables de tipo motivacional o factores como el ambiente laboral probablemente inciden directamente sobre el Síndrome del Deterioro Profesional. En un estudio se evaluó la motivación interna y se pretendió ver qué efectos tenía el SDP, basado en el modelo de Hackman y Oldman donde se aplicó el instrumento que mide la motivación interna, que sustenta que cuando una persona muestre una alta motivación interna es porque ha presentado tres tipos de experiencias denominadas: "Estados Psicológicos Críticos (EPC), es decir la significatividad del trabajo, la responsabilidad sobre los resultados de su trabajo y el conocimiento de los resultados de su trabajo", (Guillen y Bozal, 2000).

Según Boada et al., (2004), para que el trabajador experimente los EPC anteriores, el puesto desempeñado debe presentar unas dimensiones centrales las cuales son; la variedad de destrezas, la identidad de las tareas, la importancia de las tareas, la autonomía y la retroalimentación del puesto. Estas cinco características se combinan dentro de un solo índice global que reflejara el potencial de un puesto para fomentar la motivación interna, a este índice se le llama Potencial Motivacional del Puesto PMP. Boada, además de percibir la MOTIVACIÓN INTERNA, también predice la satisfacción de la necesidad de la autorrealización, la satisfacción general en el trabajo y la calidad del rendimiento.

### **2.3 MARCO JURÍDICO**

En relación al tema que nos ocupa, se puede mencionar que desde 1920 la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha luchado por el bienestar del

trabajador, es una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), prevista por el tratado de Versalles en 1919. "Tiene como objetivos principales mejorar las condiciones de trabajo, promover empleos productivos para el necesario desarrollo social así como mejorar el nivel de vida de las personas en todo el mundo" (Ausfelder, 2001). Por lo general, el trabajo en Bolivia no se adapta en la medida de lo posible a las necesidades del trabajador "Boliviano". En este sentido se ha considerado que el daño producido a la salud como consecuencia del trabajo es de tal significación económica, social y política, que ha conducido al país a elaborar normas legales de carácter obligatorio en su aplicación a los fines de prestar la atención que conduzca a la protección de la salud y la seguridad del trabajador en todos los sectores laborales sin excepción alguna como se verá más adelante.

**- Constitución Política del Estado (CPE).** Promulgada el 2 de Febrero de 1967, en el artículo 15 consagra los derechos fundamentales conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio y el inciso I) expresa: "el derecho a la vida y a la integridad física, psicológica....". Y en el artículo 18 incisos I) expresa: "el derecho a la salud". En el Art. 46, consigna en su inciso I.2: "Toda persona tiene derecho a una fuente laboral estable, en condiciones equitativas y satisfactorias".

**- Ley General del Trabajo (Promulgada el 8 de Diciembre de 1943)**

Art. 67º.- El patrón está obligado a adoptar todas las precauciones necesarias para proteger la vida, salud y moralidad de sus trabajadores. A este fin se tomarán medidas para evitar los accidentes y enfermedades profesionales. Se complementan estas disposiciones con el Decreto Supremo de 19 de enero 1951, el que establece que "todos los empleadores están en la obligación de adoptar medidas a fin de evitar los accidentes y enfermedades profesionales y responsables de cumplir con las diferentes leyes y reglamentos relativos al control de la higiene y seguridad y de mantener un lugar seguro y saludable para el trabajo".

**- Código de Seguridad Social (Ley 14 de Diciembre de 1956)**

Es el conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia. El seguro social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familias en: enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte.

**-Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar (Aprobada por Decreto ley Nº 16998 de 2 de Agosto de 1972)**

Es el conjunto de normas sustantivas de carácter obligatorio y coercitivo que determinan las obligaciones del estado, de los empleadores y trabajadores en la protección de la salud del trabajador.

Art. 1º Tiene por objeto: 1. Garantizar las condiciones adecuadas de salud, higiene, seguridad y bienestar en el trabajo; 2. Lograr un ambiente de trabajo desprovisto de riesgos para la salud psicofísica de los trabajadores; 3. Proteger a las personas y al medio ambiente en general, contra los riesgos que directa e indirectamente afectan la salud, la seguridad y el equilibrio ecológico.

Art. 2º Determina que: "los objetivos establecidos se alcanzaran a través de la acción conjunta del Estado, los empleadores y trabajadores.

No solo en Bolivia, sino en todos los países del mundo el trípode de ejecución de las relaciones entre salud y trabajo son "El estado, empleadores y trabajadores", considerando que es un proceso creador transformador y protagónico de la economía de un país, además es un deber hasta moral el apoyar estas acciones para que el trabajador tenga una satisfacción social, psicológica , mental y espiritual en labores que merezcan el reconocimiento de la colectividad en su totalidad que es la que recibe sus beneficios.

## **2.4 MARCO INSTITUCIONAL**

### **2.2.1 Caja Petrolera de Salud – Nacional**

#### **a. Visión 2010 - 2014**

“Ser la Institución pionera en la calidad de atención de servicios integrales de salud en la Seguridad Social a Corto Plazo, a través de la aplicación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural basados en la extensión de cobertura, Medicina Tradicional, la gestión de calidad y acreditación de los establecimientos de salud, contribuyendo al **vivir bien** de la población protegida y los grupos vulnerables”.

#### **b. Misión 2010 - 2014**

Otorgar a la población protegida y grupos vulnerables, servicios integrales de salud eficientes y con permanente innovación, respetando los principios de la Seguridad Social a Corto Plazo: universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

**c. Historia Archivística:** El año 1987, se transfirió la documentación de lo que fue la Caja de Seguridad Social al Fondo de Pensiones Básicas y el año 1997, se procedió a la incineración de la documentación más antigua de la sección Afiliaciones.

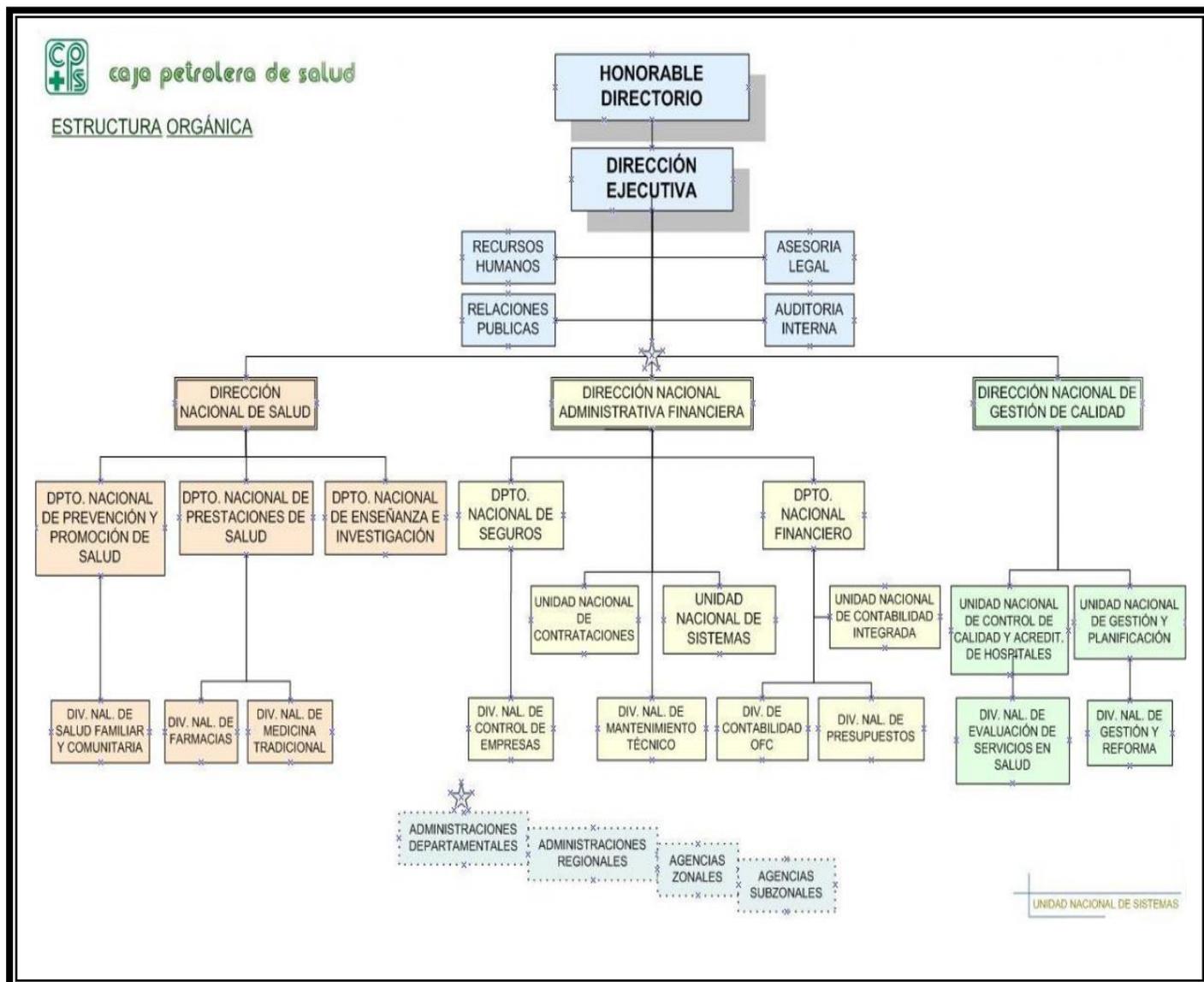
**d. Historia Institucional/Reseña Biográfica :** Resoluciones a favor de las conquistas sociales de los trabajadores hacen que se plasme en Bolivia en Decreto Ley del nuevo Código de Seguridad Social el 14 de Diciembre de 1956, como una de las conquistas más grandes a favor de la clase trabajadora. Grandes sectores laborales con actividades similares empiezan a crear sus propias Cajas de Salud, es así que en 1958 se crea la Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros, con aportes hasta del 37,5% entre patronales y trabajadores. Este seguro cubre enfermedad, invalidez, vivienda, asignaciones familiares, etc. Posteriormente, con la posibilidad de que estos seguros entren en déficit, el Estado se compromete a cubrir

el seguro de enfermedad. A partir del año 1972, la Caja incorpora en su seno a trabajadores de otra empresa como Lloyd Aéreo Boliviano o Empresa Nacional de Electrificación con lo que se cuadruplica la población protegida pasando los 10.000 asegurados. Para cumplir con los objetivos de entonces, se diseña una nueva estructura en base a agencias regionales, zonales y sub zonales, la cual permanece hasta la actualidad. Por Decreto Ley N° 10173 del 28 de Marzo de 1972 la Caja Petrolera de Seguro Social tiene los ingresos más altos en su historia ya que teóricamente y de acuerdo a éstas disposiciones legales se llega a 28% de Aportes Patronales, 7,5% Aporte Laboral y 1,5% Aporte Estatal sobre el salario cotizante, destinado a cubrir los seguros a corto y largo plazo.

Por la Ley Financiera 924 de 1987, toda la estructura de la Seguridad Social cambia a partir con un nuevo ordenamiento jurídico y la Caja Petrolera de Seguridad Social se convierte en Caja Petrolera de Salud como entidad gestora para la administración de los seguros de : Enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo; en cambio el Fondo de Pensiones Básicas (FOPEBA) se encarga de administrar los seguros a largo plazo como: Invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales a largo plazo. Los seguros, terminaron siendo privatizados a través de los Fondos de Capitalización Individual AFP, con las nominaciones de Futuro de Bolivia y Previsión BBV y otro dependiente del Estado que continúa otorgando la jubilación con el Sistema de reparto como Fondo de Pensiones dependiente de Ministerio de Hacienda.

Actualmente la Caja Petrolera de Salud tiene su red de servicios, instalados en las ciudades más importantes del país, con una infraestructura importante en el eje central: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz como Administraciones Regionales, con Hospitales de Tercer Nivel de atención con centros de referencia y un Instituto de 4to. Nivel, el Instituto Oncológico Nacional (ION-CPS); agencias Regionales en: Camiri, Sucre y Tarija; agencias zonales en: Oruro, Trinidad Yacuiba; y agencias sub zonales en: Guayaramerin, Riberalta, Cobija, Villamontes y Potosí.

**Gráfico N° 5 Estructura Orgánica a Nivel Nacional**



FUENTE: Adaptada de: Reglamento del sistema de Organización Administrativa CPS

### 2.3.2 Caja Petrolera de Salud – Regional Cochabamba

Como ya se mencionó la CPS fue creada el **10 de Noviembre de 1958**, mediante el **D.S. 5083** bajo la denominación de **CAJA DE SEGURO SOCIAL DE TRABAJADORES PETROLEROS**, como Institución de derecho público, con personería jurídica y autonomía de gestión para administrar el Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a corto y largo plazo; por permanentes presiones

de los trabajadores de la refinería Gualberto Villarroel de Cochabamba y otros distritos.

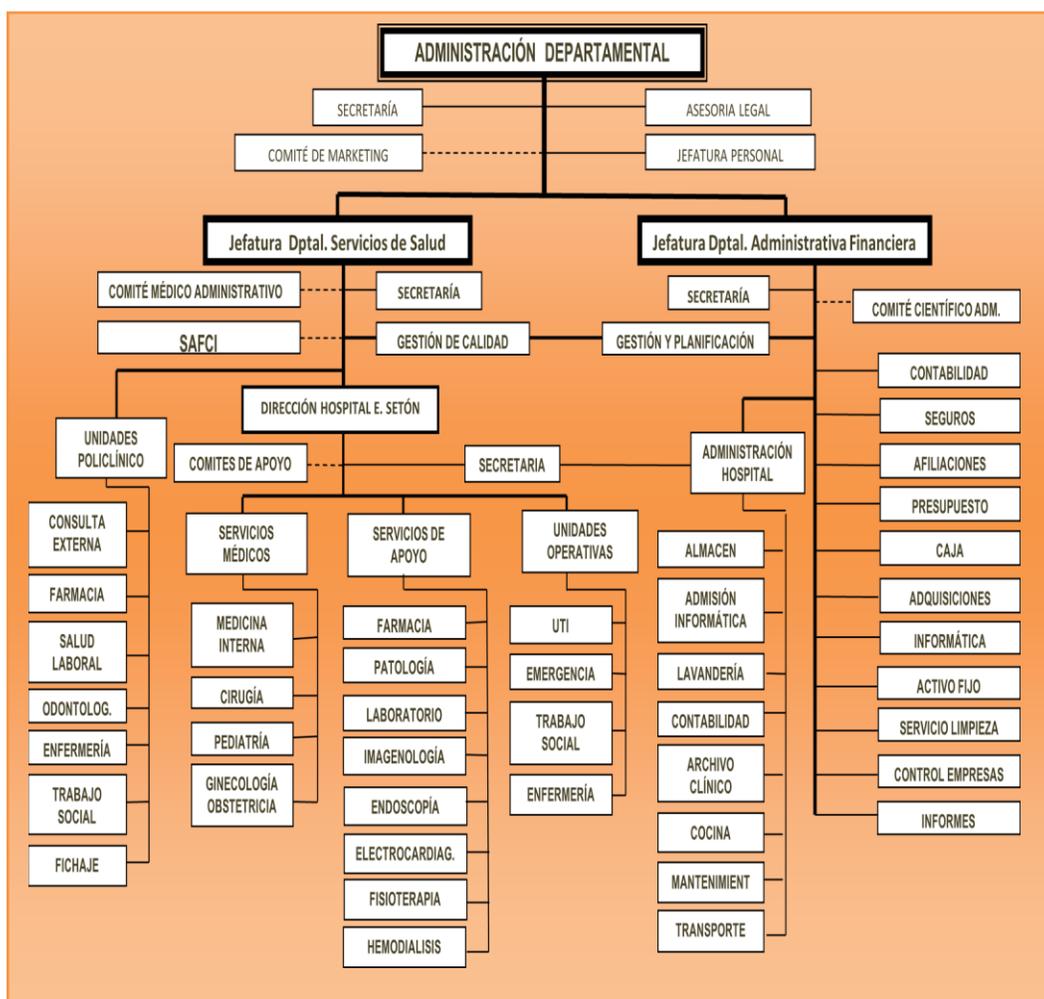
El Policlínico del Departamento de Cochabamba inició sus actividades el 15 de septiembre de 1973, en esa fecha la institución aún no contaba con un hospital, se compraba servicios en varias clínicas de Cochabamba. El año 1978 se efectúa la compra del Hospital E. Setón ubicado en el Kilómetro 5 avenida Blanco Galindo y el 1 de Enero del año 1979 inicia su actividad como Hospital de la Caja Petrolera Cochabamba. Por Decreto Supremo 21637 de 25 de junio del 1987 en su artículo 3.- cambia de razón social a **Caja Petrolera de Salud**, con prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo.

Sus valores institucionales son: Excelencia en el servicio, trabajo en equipo, respeto a las personas, calidad, responsabilidad social, eficiencia, compromiso y actitud positiva.

a. **Reglamentos Institucionales:** Los reglamentos institucionales son: R.E. Sistema de Programación de Operaciones, R.E. Sistema de Organización Administrativa, R.E. Sistema de Presupuestos, R.E. Sistema de Administración de Bienes y Servicios, R.E. Sistema de Tesorería y Crédito Público, R.E. Sistema de Contabilidad Integrada (Reglamento de Caja Chica, Reglamento de Uso de Vehículos Reglamento de Pasajes y Viáticos ).

b. **Organización:** El modelo de atención departamental Cochabamba es de:  
**PRIMER NIVEL:** Salud Familiar Comunitaria Intercultural (**SAFCI**)  
**TERCER NIVEL:** Hospital E. Setón, se atiende todas las especialidades apoyo diagnóstico, Intervenciones Quirúrgicas, Hemodiálisis, unidad de Terapia Intensiva, Urgencias Hospitalarias las 24 horas del día.

**Gráfico N° 6 Organigrama de administración - Cochabamba**



FUENTE: Adaptada de: R. Sistema de organización administrativa CPS

**Tabla N° 3 Recursos Humanos Gestión 2012 CPS**

DESCRIPCIÓN	TOTAL
<b>PROFESIONALES MÉDICOS</b>	76
<b>ODONTÓLOGOS</b>	6
<b>BIOQUÍMICOS</b>	4
<b>FARMACÉUTICAS</b>	5
<b>LIC. ENFERMERÍA</b>	33
<b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	37
<b>PERSONAL TÉCNICO</b>	11
<b>PERSONAL DE APOYO</b>	42
<b>PERSONAL ADMINISTRATIVO</b>	23
<b>PERSONAL DE SERVICIO</b>	30
<b>TOTAL PERSONAL CBBA</b>	<b>282</b>

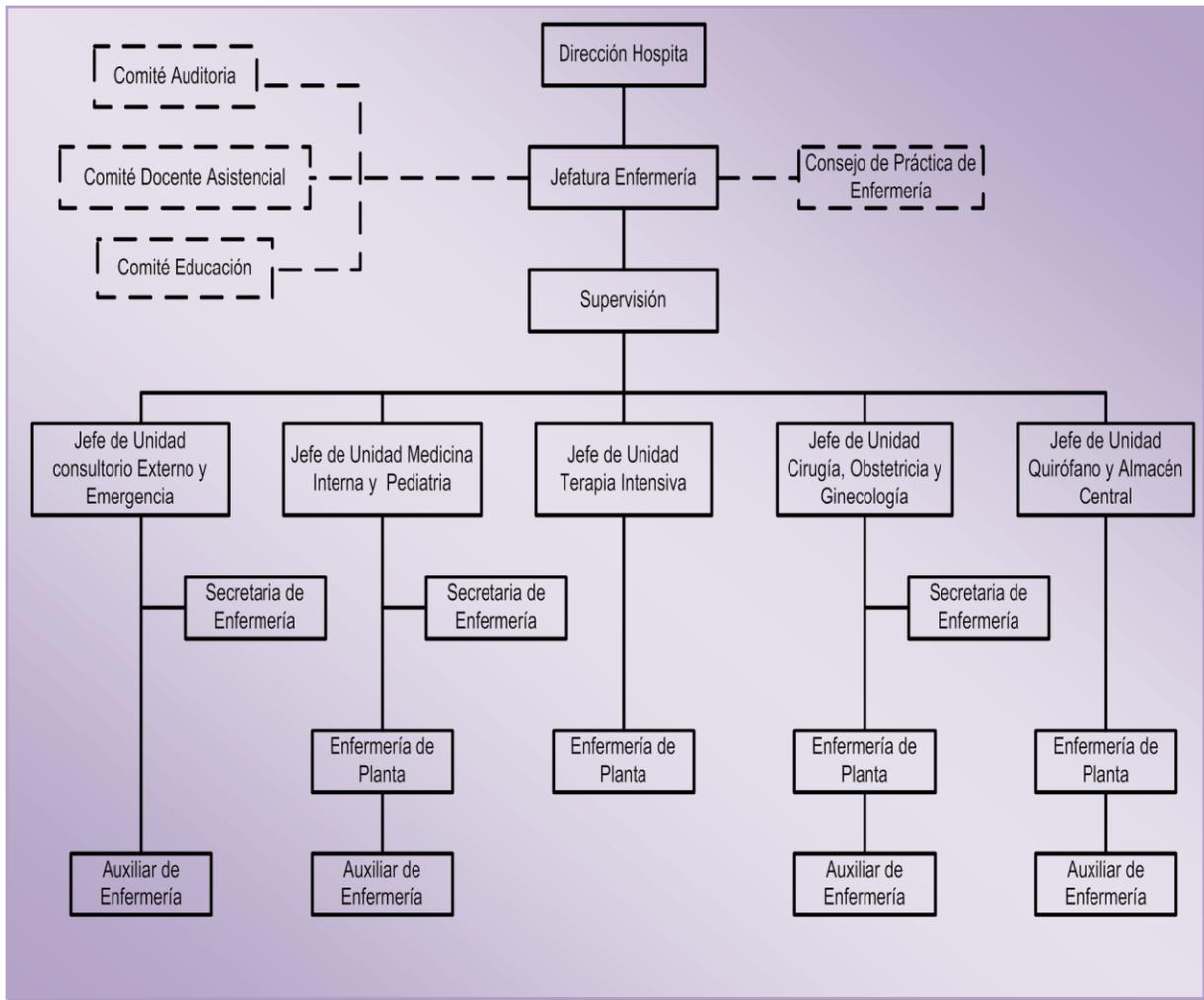
FUENTE: Elaboración Propia basado en la información de RR.HH.

### 2.3.3 Personal de Enfermería Hospital Setón

El personal de enfermería del Hospital E. Setón compone de 33 profesionales (Licenciadas) y 37 auxiliares de enfermería.

Gráfico N° 7

Organigrama - Administración de enfermería



FUENTE: Elaboración propia, basado en la información de jefatura de enfermería.

## 2.4 MARCO HISTÓRICO

La ejecución del presente estudio se realizó en base a un cronograma en el cual se halla escrito en la siguiente tabla:

**TABLA Nº 3**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES de GANTT**

PARTES	MESES GESTIÓN- 2012					
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
MARCO GENERAL	■					
MARCO TEÓRICO		■				
MARCO PRACTICO			■			
RESULTADOS Y CONCLUSIÓN					■	
DOCUMENTO FINAL					■	

FUENTE: Elaboración Propia

# CAPÍTULO 3

## MARCO PRÁCTICO

### 3.1 MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología que se utilizó en el siguiente estudio comprende: Marco general, Marco Teórico, Marco Práctico, lo que se observa en el Anexo N° 1.

**3.1.1 Diseño:** El diseño empleado en el presente estudio es de carácter experimental “pre-test” y “post-test” en un grupo experimental y un grupo control.

**3.1.2 Población:** El trabajo de tesis fue realizado en el Hospital E. Setón ubicado en el Kilómetro 5 avenida Blanco Galindo, hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Cochabamba, durante el año 2012. La población de estudio fue integrada por 70 enfermeras de base, tanto operativo como de supervisión, todas provenientes de la plantilla registrada en el Área de Recursos Humanos del mismo Hospital, de los cuales persiguiendo los criterios de selección, las participantes potenciales fueron 24 profesionales, seleccionadas aleatoriamente, se dividieron en dos grupos, 12 sujetos para el grupo control y 12 sujetos para el grupo experimental.

#### 3.1.2.1 Criterios de inclusión

- Ser personal de Enfermería fijo del área en estudio.
- Encontrarse trabajando dentro del área de la unidad.
- Desear participar en el estudio, independientemente del turno, perfil y servicio.

#### 3.1.2.2 Criterios de exclusión

- No voluntariedad a responder el Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Residentes o estudiantes de Enfermería.
- Enfermeras de contrato que cubran un servicio o suplencia.

- Periodo vacacional durante la medición.
- Enfermedad incapacitante.

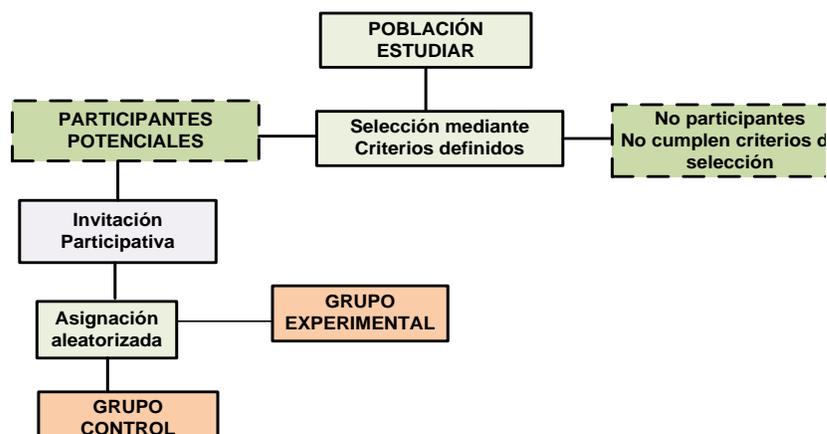
### 3.1.2.3 Criterios de eliminación

- Enfermeras que no concluyan el 90% del cuestionario.
- Enfermeras que se encuentren ausentes del Hospital en el momento de la aplicación.
- Enfermeras que dejen o abandonen su participación en el estudio.

### 3.1.2.4 Consideraciones éticas:

Este estudio fue aprobado y autorizado por las autoridades de la Caja Petrolera de Salud, (Director General Ejecutivo, Director Nacional de Salud, Administrador Departamental – Cochabamba, Jefe Departamental de Servicios de Salud y jefa de enfermeras local de la investigación). Después de admitidas en el hospital, las enfermeras como participantes potenciales fueron invitadas a participar del estudio, quienes recibieron información sobre el procedimiento del estudio y los objetivos, después de firmar el consentimiento informado se le indicó el grupo al cual participará. (Anexo 3)

**Gráfico Nº 8 Diseño aleatorizado controlado que se utilizó en el estudio**



FUENTE: Elaboración Propia

**3.1.3 Variables estudiadas.** Tenemos como variable Independiente la Motivación y como variable dependiente el Síndrome del deterioro profesional misma que ya fueron conceptualizadas anteriormente.

**Tabla N° 4**

**Operativización de variables**

*HIPOTESIS: La administración técnica y estratégica de momentos de motivación, influye de manera directa sobre el SDP que aqueja al personal de enfermería del Hospital E. Setón de la Caja Petrolera de Salud, Regional Cochabamba Gestión 2012.*

VARIABLE DEPENDIENTE	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEMS	VALOR DE VARIABLE
SINDROME DEL DETERIORO PROFESIONAL	AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)	Vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.	Alta = $\geq 27$ puntos. Media = 19 - 26 puntos. Baja = $\leq 19$ puntos.	Sumados los items 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20	Presentarán el Síndrome del deterioro profesional. Con 2 dimensiones con nivel alto y una con nivel medio. (Pualto antolín, Moure 2006)
	DESPERSONALIZACIÓN (DP)	Grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento relacional.	Alta = $\geq 10$ puntos. Media = 6 - 9 puntos. Baja = $\leq 6$ puntos.	Sumados 5, 10, 11, 15 y 22	
	EFICACIA PROFESIONAL (EP)	Sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.	Alta = $\geq 40$ puntos. Media = 34 - 39 puntos. Baja = $\leq 33$ puntos.	Sumando los items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	

FUENTE: Elaboracion propia basado en la teoria.

### 3.1.4 Instrumentos

#### 3.1.4.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Para evaluar el Síndrome del Deterioro Profesional o "Burnout" se utilizó el **método** de la encuesta de forma auto aplicada de 10 a 15 minutos y el **instrumento** estandarizado Maslach Burnout Inventory – Human Service Professionals (MBIHS) (Maslach y Jackson, 1986). Su adaptación al español fue realizada por Seis dedos (1997), (Medina, 2004), ésta traducción se ha utilizado en varios estudios en diferentes países, entre ellos Bolivia, (Roth y Pinto , 2007) UCB.

**Técnica:** El cuestionario está compuesto por 22 ítems dentro de una escala de tipo Likert con siete niveles, que van desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Anexo 2 Las características y evaluación del MBI se define de la siguiente manera, en cada una de sus dimensiones, (Puialto et al. 2006).

a) Cansancio o agotamiento emocional, situación en que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo, dando muestras de agotamiento de los recursos emocionales propios, la puntuación de esta dimensión se da sumando 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20).

b) Despersonalización, implica el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, siendo vistas como profesionales deshumanizadas debido al endurecimiento afectivo, la puntuación de esta dimensión se da sumando 5 ítems (5, 10, 11, 15, y 22).

c) Baja eficacia profesional; percepción de que las posibilidades de logros en el trabajo han desaparecido, unido a sentimientos de fracaso y baja autoestima la puntuación de esta dimensión se da sumando los 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21).

**Tabla N° 5****Resumen de las características y evaluación Maslach Burnout Inventory**

	<b>Cansancio emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización Personal</b>
<b>VALORACIÓN</b>	Fatiga emocional por demandas del trabajo	Actitudes negativas hacia los pacientes	Satisfacción personal
<b>N° de Ítems sumados</b>	9	5	8
<b>CLASIFICACIÓN SEGÚN LA PUNTUACIÓN OBTENIDA</b>			
<b>Grado Bajo</b>	≤ 18	≤ 5	≤ 33
<b>Grado Medio</b>	19 – 26	6 -9	34 -39
<b>Grado Alto</b>	≥ 27	≥ 10	≥ 40
<b>Puntuación máxima</b>	54	30	48

FUENTE: Elaboración Propia basado en la teoría

Se diagnostica SDP si se obtiene una puntuación alta en las dimensiones Agotamiento emocional y Despersonalización y un puntaje bajo o medio en Eficacia profesional, (Pualto, et al., 2006).

La evaluación del puntaje total de las tres dimensiones, son bajas si se obtiene 1 – 33 puntos, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

Las 3 dimensiones cuentan con valores de fiabilidad Alfa de Cronbach aceptables. En la dimensión de Agotamiento emocional (alpha = 0,90), en cuanto a la dimensión de Despersonalización (alpha = 0.79) y para Eficacia profesional (alpha = 0.71) (Roth y Pinto, 2007) UCB.

### 3.1.4.2 Taller de Motivación

El fin de la aplicación del taller fue experimental, dando a conocer las diferentes motivaciones que las personas experimentan y estimulando la motivación de cada participante, se dedicó una sesión de cada motivación relevante, basados en las teorías de motivación de distintos autores ya estudiadas anteriormente, entre ellos; A. Maslow (1943), David Mc Clelland (1953), F. Herzberg (1956). El taller duró un total de diez horas, distribuidas en cinco sesiones, dos horas por sesión, siendo dos días a la semana. Fue dirigido a 12 enfermeras quienes decidieron participar en el estudio.

Los objetivos son planteados con base a la estimulación de cada motivación, apegándose a la clasificación de J.L. Fernández Seara (1987) los cuales son: aceptación social, reconocimiento social, autoestima, seguridad y autodesarrollo.

En el cual se planteó lo siguiente:

- El participante será capaz de valorarse como persona y de tener confianza en sí mismo ante cualquier situación.
- Fomentar la asertividad en la comunicación hacia los otros y en la resolución de conflictos.
- Reforzar el trabajo en equipo.
- Generar auto-confrontación y reflexión de la vida, para ser motivado a desarrollar las capacidades personales, realizar proyectos y plantearse nuevas metas.

**DESARROLLO DEL TALLER:** Antes de iniciar el taller de Motivación se realizó el llenado de la encuesta (MBI) para medir el nivel del SDP. En el Anexo N°4 se muestra el desarrollo del taller de forma detallada. A continuación se presenta el resumen en las siguientes tablas:

**Tabla Nº 6**  
**1ra SESIÓN: AUTOESTIMA**

ACCIÓN	OBJETIVO	TIEMPO	CONCLUSIÓN	OBSERVACIONES
<b>1. Dinámica, ME CONOZCO MEJOR</b>	Evaluar los avances de la auto-reflexión en un proceso de crecimiento personal	30 Minutos	La autoestima es la clave del éxito o del fracaso. Es la clave para comprendernos y comprender a los demás.	Al final de la sesión se realizará una retroalimentación del tema
<b>2. Presentación de un video</b>	Revalorar la autoestima	20 Minutos		Al final de la sesión se dará refrigerio.
<b>3. Dinámica, Caricias por escrito.</b>	Fortalecer la autoimagen de los participantes	35 Minutos		

FUENTE: Elaboración Propia

**Tabla Nº 7**  
**2da SESIÓN: COMUNICACIÓN**

ACCIÓN	OBJETIVO	TIEMPO	CONCLUSIÓN	OBSERVACIONES
<b>1. Presentación de un video</b>	Motivar a los participantes en la importancia de una comunicación eficaz	10 Minutos	Hablar... cualquiera lo hace, escuchar... no cualquiera lo hace, en la comunicación debemos aprender a escuchar.  Para que sea eficaz la comunicación debe ser un intercambio de sentimientos e información.	Al final de la sesión se realizará una retroalimentación del tema.
<b>2. Breve teoría ¿Que es la comunicación?</b>		15 Minutos		Al final de la sesión se dará refrigerio.
<b>3. Dinámica, Clínica del rumor.</b>	I. Ilustrar las distorsiones que suelen ocurrir, durante la transmisión de información. Desde una fuente de origen, a través de varios individuos, hasta un destino final. II. Identificar problemas de comunicación en un grupo de trabajo.	30 Minutos		
<b>4. Presentación de un video de reflexión</b>	Como tener una comunicación efectiva	20 Min.		

FUENTE: Elaboración Propia

Tabla Nº 8

3ra. SESIÓN - RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

ACCIÓN	OBJETIVO	TIEMPO	CONCLUSIÓN	OBSERVACIÓN
<b>1. Inicio , Presentación de video</b>	Motivar a los participantes a tener buena actitud frente a adversidades.	15 Minutos	En la resolución de conflictos todos ganan, además la actitud es muy importante; se debe tener una respuesta creativa, empatía, firmeza, justicia, cooperación, control emocional, voluntad, analizar el conflicto antes de actuar, diseñar alternativas, y luego negociar ampliando las perspectivas.	Al final de la sesión se realizará una retroalimentación del tema.  Al final de la sesión se dará refrigerio.
<b>2. Dinámica Manejo de conflictos</b>	Concientizar acerca de las estrategias usadas en las situaciones de conflicto. Examinar los métodos usados para resolver los conflictos. Introducir estrategias para negociar y mostrar capacidad de negociación.	60 Minutos		
<b>3. Presentación de un video de reflexión</b>	Reflexionar, a que una buena actitud frente a cualquiera conflicto es importante.	10 Minutos		

FUENTE: Elaboración Propia

Tabla Nº 9

4ta. SESIÓN - TRABAJO EN EQUIPO - RECONOCIMIENTO SOCIAL

ACCIÓN	OBJETIVO	TIEMPO	CONCLUSIÓN	OBSERVACIÓN
<b>1. Inicio , Presentación de video</b>	Motivar a los participantes a valorar el trabajo en equipo con sus talentos.	15 Minutos	Un verdadero equipo de trabajo existe cuando los miembros combinan bien sus fortalezas, preferencias, diferencias, personalidades; logrando resultados concretos, combinando creativa y efectivamente talentos individuales. El trabajo en equipo se logra al esfuerzo individual de cada uno de los miembros, con <b>Coordinación, Compromiso, Confianza, Comunicación y Complementariedad</b>	Al final de la sesión se realizará una retroalimentación del tema.  Al final de la sesión se dará refrigerio.
<b>2. Dinámica Días de la semana</b>	Concientizar la importancia del trabajo en Equipo. Ilustrar las características de la competencia (Ganar - Perder)	60 Minutos		
<b>3. Presentación de un video de reflexión</b>	Reflexionar, que el trabajo en equipo es una herramienta hacia la calidad.	15 Minutos		

FUENTE: Elaboración Propia

**Tabla N° 10**

**5ta. SESIÓN - MOTIVACIÓN AL LOGRO - AUTODESARROLLO**

<b>ACCIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
<b>1. Inicio, Breve teoría ¿Qué es la motivación?</b>	Conocer el potencial que tenemos para lograr lo que queremos.	15 Minutos	Cuando nos encontramos desorientados en la vida, es importante motivarnos y hacernos preguntas para corregir el rumbo a seguir, al hacernos preguntas y responderlas con sinceridad, permite salirnos de la dualidad y la ambivalencia pudiendo así descubrir respuestas genuinas que parten de nuestra esencia misma y seguir.	Al final de la sesión se realizará una retroalimentación del tema.
<b>2. Dinámica Ejercicio de Motivación</b>	Mostrar que la motivación es interna, puede cambiar su actitud.	30 Minutos		Al final de la sesión se dará refrigerio.
<b>3. Presentación de un video de reflexión</b>	Motivar a los participantes en sus 4 áreas de la vida, personal, familiar, laboral y social	15 Minutos		

FUENTE: Elaboración propia

**3.1.4.3 Taller de Papiroflexia**

Taller que fue aplicado al grupo control, sin intervenir la motivación de las participantes. El propósito de su aplicación fue el de mantener a las participantes en un estado de distracción, realizando una actividad artística y así generar un ambiente de entretenimiento, manteniendo en un estado pasivo a las enfermeras.

El taller duró un total de diez horas, distribuidas en cinco sesiones, dos horas por sesión. Siendo la actividad dos días a la semana.

Fue dirigido a 12 enfermeras quienes decidieron participar en el estudio. Antes y después del taller se aplicó el MBI que evalúa el SDP. En Anexos N° 4 se muestra el desarrollo del taller de forma más detallada.

### **3.1.5 Procedimiento**

Una vez que se obtuvo el listado del personal de enfermería, se procedió a distribuir y organizar los grupos, tomando en cuenta la modalidad y el tipo de diseño ya descrito; apegándose a los criterios de selección y el aspecto ético. Los participantes potenciales fueron 24 profesionales, seleccionados aleatoriamente se dividieron en dos grupos, 12 sujetos para el grupo control y 12 sujetos para el grupo experimental, cabe señalar que no se hizo distinción entre edad, antigüedad en el puesto o estado civil, sin embargo sí se recolectó esta información para fines de clasificación.

El proceso de aplicación de la encuesta "Maslach Burnout Inventory", se realizó al inicio de la primera sesión y al final de la última sesión de cada taller. La aplicación de ambos talleres fue durante tres semanas. Dos reuniones en cada semana durante 2 días hábiles no consecutivos. Cada reunión con una duración de dos horas. Llevando adelante los programas establecidos para cada taller, encaminadas a cumplir sus objetivos.

Posteriormente se hizo una retroalimentación a los participantes en términos generales sobre el taller correspondiente y se les agradeció su participación.

### **Tratamiento de la información y Análisis estadístico**

Una vez centradas todos los cuestionarios ya contestados, se procedió a la limpieza manual seguida de la limpieza electrónica revisándolas una por una, para identificar si referían los criterios de eliminación, especialmente el que confirmaba que debía de tener más del 90% de la encuesta contestada, prácticamente todas cumplieron con este criterio.

Para su evaluación se clasificaron los sujetos por grupos pre y post - test, luego se retomó el uso de la computadora para realizar la matriz de datos, haciendo uso de Excel-Office y SPSS versión 11.5; ya vaciados los datos, se procedió a la

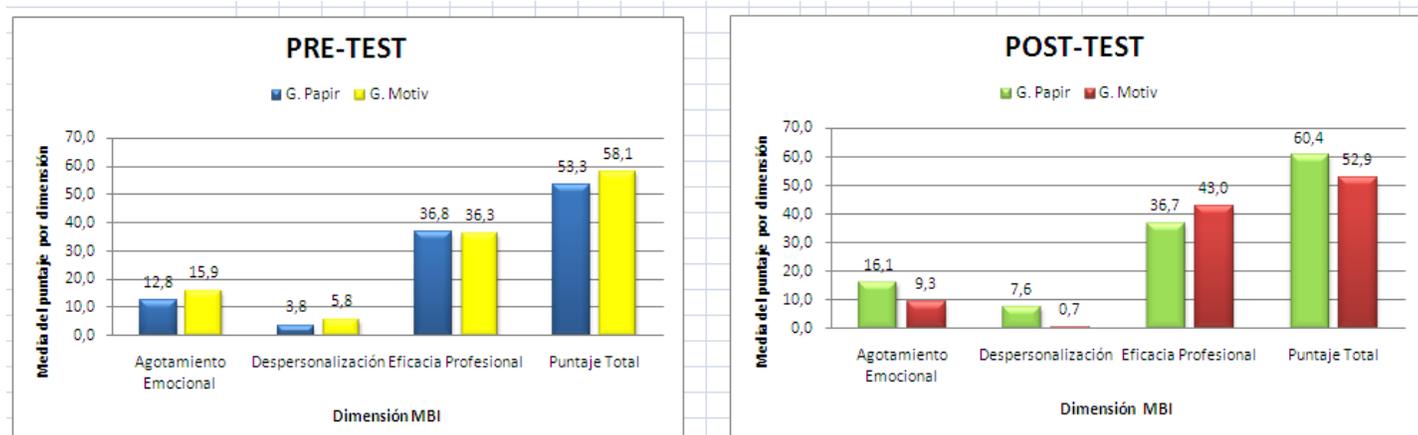
elaboración de las gráficas y tablas, mediante la aplicación de la prueba estadística t de student, se compararon las puntuaciones obtenidas en las 3 dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y eficacia profesional) del instrumento post-test correspondientes a los dos grupos, luego la comparación de los dos grupos por cada dimensión, Pre-test y Post-Test.

### 3.2 RESULTADOS

Seguidamente se presentan los resultados obtenidos en las siguientes figuras;

Figura N° 1

*Comparación de medias entre los dos grupos "Pre y Pos-Test" en las tres dimensiones y el puntaje total de Maslach Burnout Inventory.*

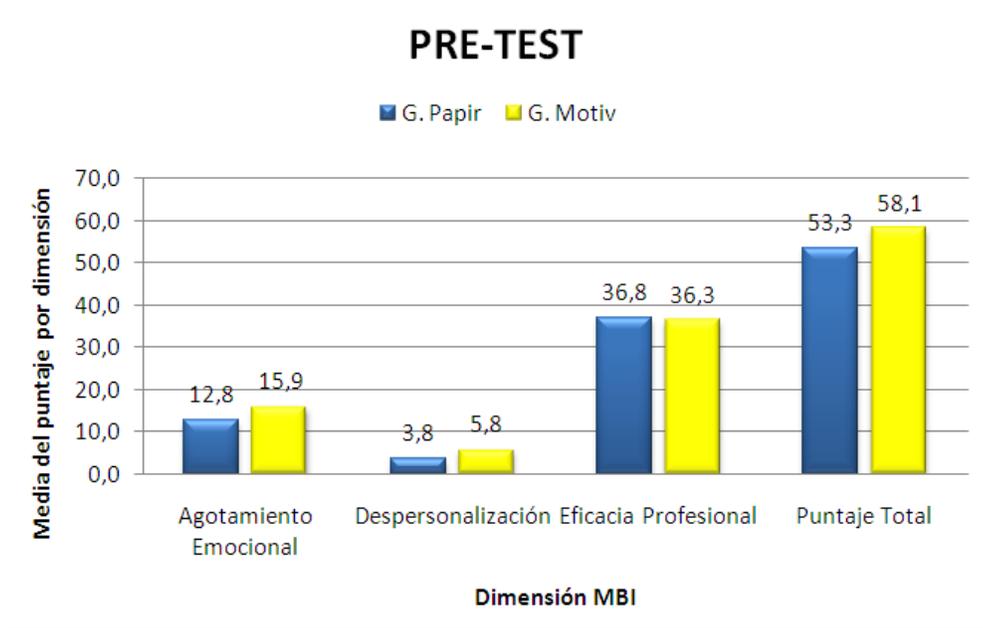


FUENTE: Elaboración propia

En la figura 1, se observa los resultados de los dos grupos (experimental y control) antes y después de la intervención "Pre y Post test". A continuación se presentará el análisis de cada estado.

**Figura Nº 2**

**Comparación de medias de los dos grupos antes de la intervención “Pre-Test”  
(En las tres dimensiones y el puntaje total de Maslach Burnout Inventory)**



FUENTE: Elaboración propia

En la figura 2 se observa las medias de los grupos (Motivación y Papiroflexia) mostrando las tres dimensiones del SDP: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DE) y Eficacia Profesional (EP), antes de efectuar los talleres respectivos en un tiempo PRE-TEST.

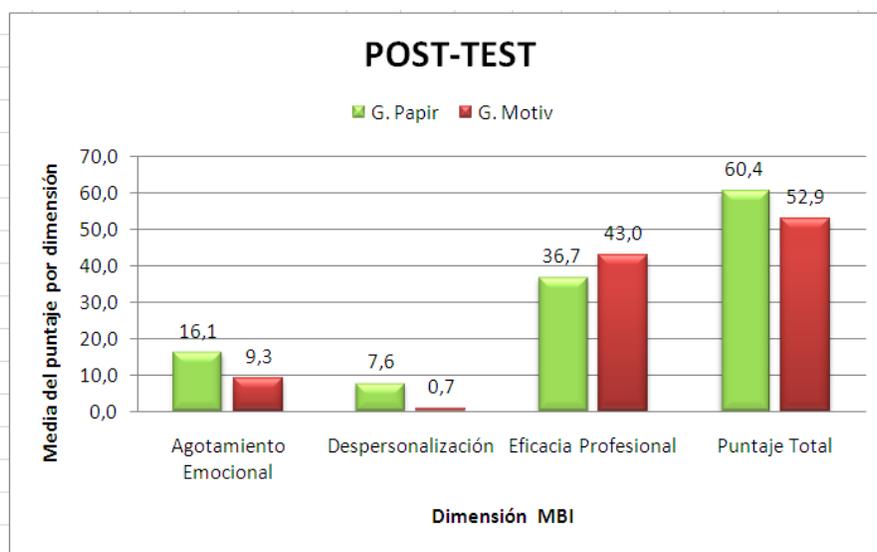
Los resultados reflejan lo siguiente:

- En la primera dimensión (AE) el grupo de motivación (GM) Presenta una media de 15,9 ( $x=15,9$ ) frente al grupo de papiroflexia (GP) con una media de 12,8 ( $x=12,8$ ) ligeramente baja.
- En la segunda dimensión (DE) el grupo de motivación (GM) Presenta una media de 5,8 ( $x=5,8$ ) frente al grupo de papiroflexia (GP) con una media de 3,8 ( $x=3,8$ ).

- c. En la tercera dimensión (EP) las medias del GM presenta un valor 36,3 ( $x=36,3$ ) frente a la media del GP de  $x=36,8$ .
- d. Puntaje total del MBI , el grupo de motivación (GM) Presenta una media de 58,1 ( $x=58,1$ ) frente al grupo de papiroflexia (GP) con una media de 53,3 ( $x=53,3$ ) ligeramente baja

**Figura Nº 3**

**Comparación de medias de los dos grupos luego de la intervención "Pos-Test"**  
**(En las tres dimensiones y el puntaje total de Maslach Burnout Inventory)**



FUENTE: Elaboración propia

En la figura 3 se observa las medias de los grupos (Motivación y Papiroflexia) mostrando las tres dimensiones SDP, Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DE) y Eficacia Profesional (EP), después de efectuar los talleres respectivos, un tiempo POST-TEST.

Los resultados reflejan lo siguiente:

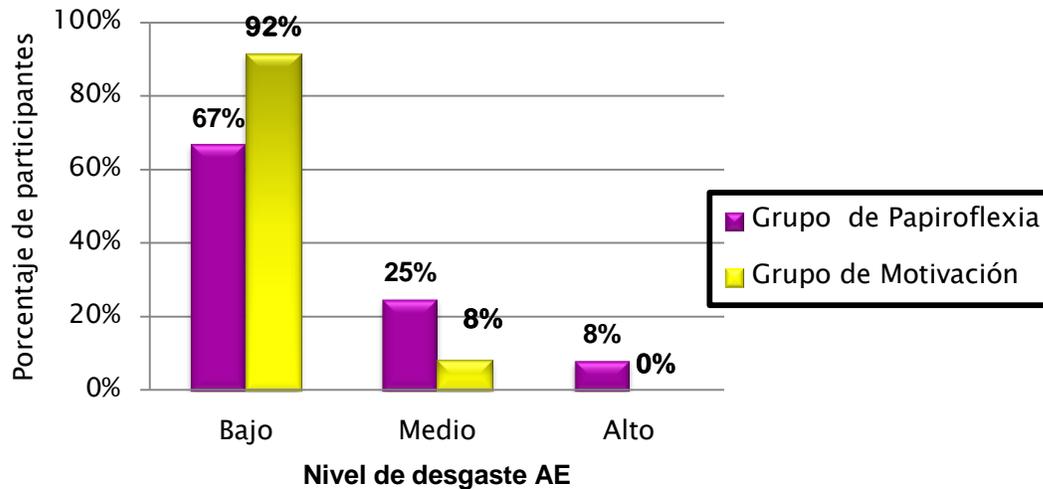
- a. El grupo de motivación (GM) en comparación al grupo papiroflexia (GP) en la primera dimensión (AE) presenta una media de 9,3 ( $x=9,3$ ) frente a una media de 16,1 ( $x=16,1$ ).

- b. En la segunda dimensión (DE) las medias tienen un comportamiento similar, el grupo de motivación (GM) Presenta una media baja de 0,7 ( $x=0,7$ ) frente al grupo de papiroflexia (GP) con una media de 7,6 ( $x=7,6$ ).
- c. En la tercera dimensión (EP) las medias del GM presenta un valor  $x=43,0$  frente a la media del GP de  $x=36,7$ .
- d. Como resumen de las tres dimensiones observamos las medias del puntaje total (Pt) del MBI en los dos grupos; el puntaje total en el grupo de motivación presenta una media de  $x=52,9$  más baja frente al valor del grupo de papiroflexia de  $x=60,4$ .

Siendo los resultados de la Figura 3 de mayor importancia a continuación se efectúa un análisis más cercano de cada dimensión.

**Figura Nº 4**

**Porcentaje de enfermeras de cada grupo en cada nivel de desgaste de la dimensión “Agotamiento Emocional – Post Test” del Maslach Burnout Inventory MBI**



FUENTE: Elaboración Propia

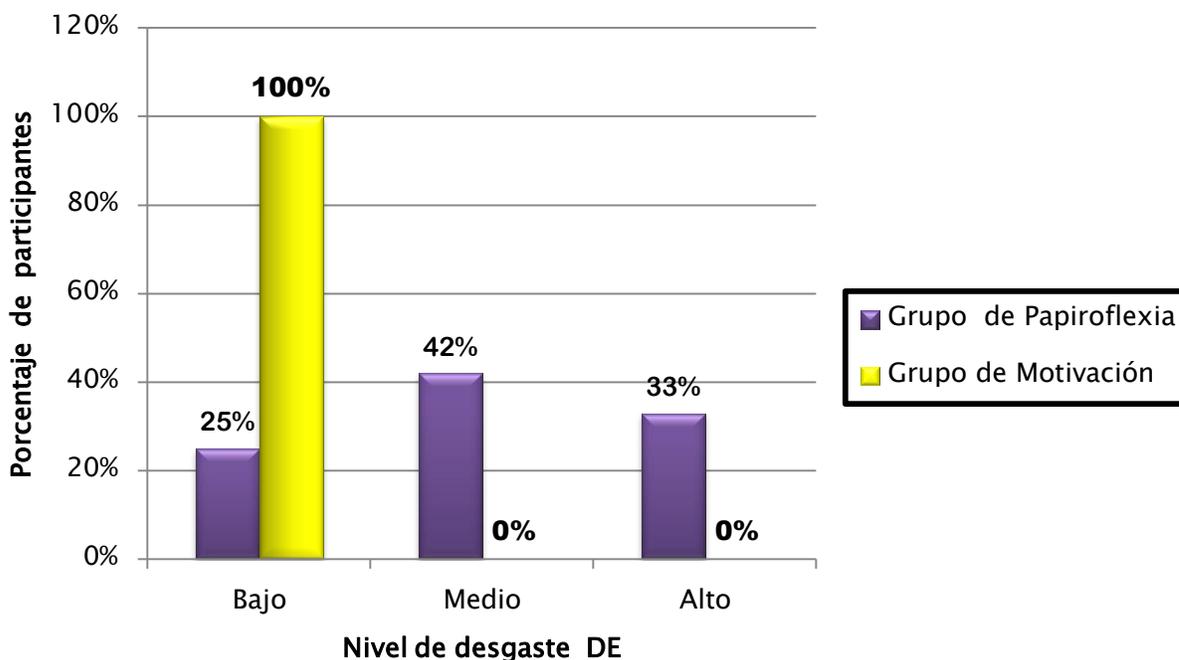
La Figura 4 presenta la comparación de los porcentajes en el nivel de desgaste, que se obtuvo en la dimensión de Agotamiento Emocional (AE) que ambos grupos tienen en sus componentes.

De manera general se observa que el grupo de motivación presenta menor participación en los niveles medio y alto (8%) en comparación con el grupo de papiroflexia (35%). De manera específica se observa que:

- 1.- En el nivel bajo el 92% del grupo de motivación presenta un nivel bajo de desgaste en la dimensión AE y el 67% del grupo de papiroflexia se encuentran en este mismo nivel.
- 2.- En el nivel medio el 25% de personas del grupo de papiroflexia y el 8% de personas del grupo de motivación, donde el (GP) se encuentra más desgastado.
- 3.- En el nivel alto existe el 8% de personas de (GP) desgastadas, frente al 0% de personas del (GM) sin un desgaste en este nivel.

**Figura Nº 5**

**Porcentaje de enfermeras de cada grupo en cada nivel de desgaste de la dimensión “Despersonalización – Post Test” del Maslach Burnout Inventory MBI**



FUENTE: Elaboración Propia

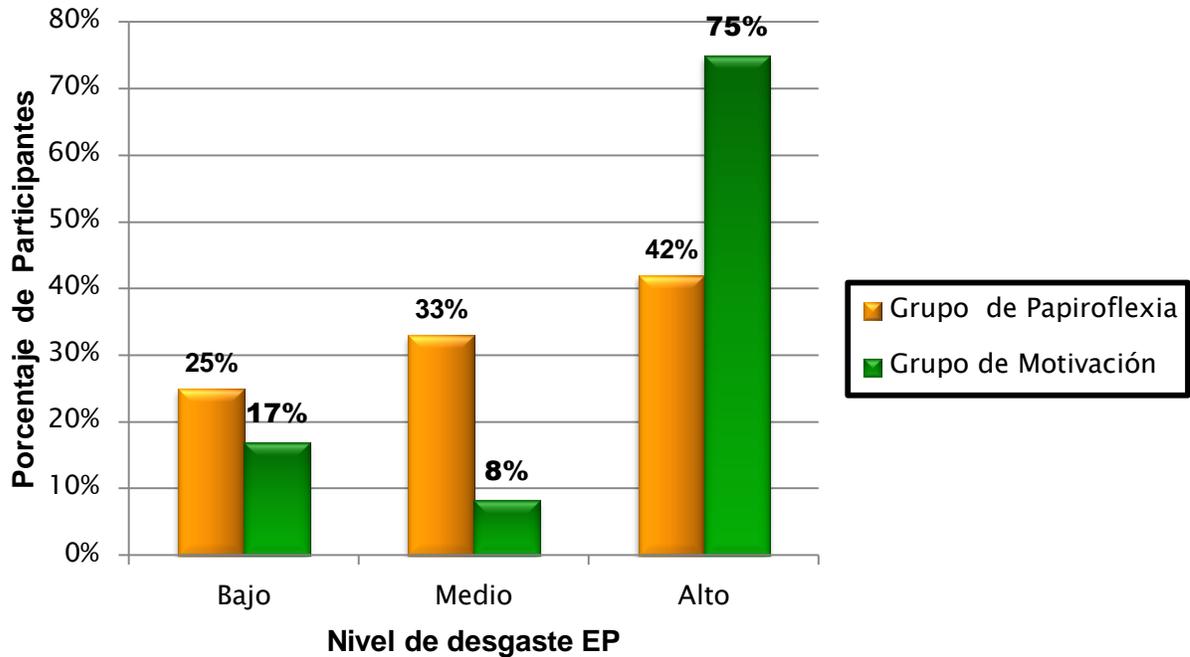
En la figura 5 se presenta resultados del porcentaje de participantes en los grupos de motivación y papiroflexia en cada nivel de desgaste en la dimensión de despersonalización. A simple vista se observa que el grupo de motivación tiene un 0% en los niveles medio y alto frente al 75% del grupo de papiroflexia.

De manera específica los resultados presentan:

- 1.- En el nivel bajo el GM presenta el 100% de personas que se encuentran menos afectadas y solamente el 25% de personas del grupo de papiroflexia presentan este nivel.
- 2.- En el nivel medio, el 42% de personas es del grupo de papiroflexia.
- 3.- En el nivel alto, el 33% de personas es del grupo de papiroflexia, frente al 0% de personas del grupo de motivación.

**Figura N° 6**

**Comparación del porcentaje de enfermeras de cada grupo en niveles de desgaste de la dimensión "Eficacia Profesional" – Post Test" del Maslach Burnout Inventory MBI**



FUENTE: Elaboración Propia

En la figura 6 los resultados presentan la comparación del porcentaje de los participantes GM y GP en cada nivel de desgaste, en la dimensión Eficacia Profesional.

A diferencia de los dos anteriores gráficos esta dimensión es invertida, es decir entre más percibe la persona una baja Eficacia Profesional, hay más posibilidades de que el SDP se manifieste. A continuación observamos que:

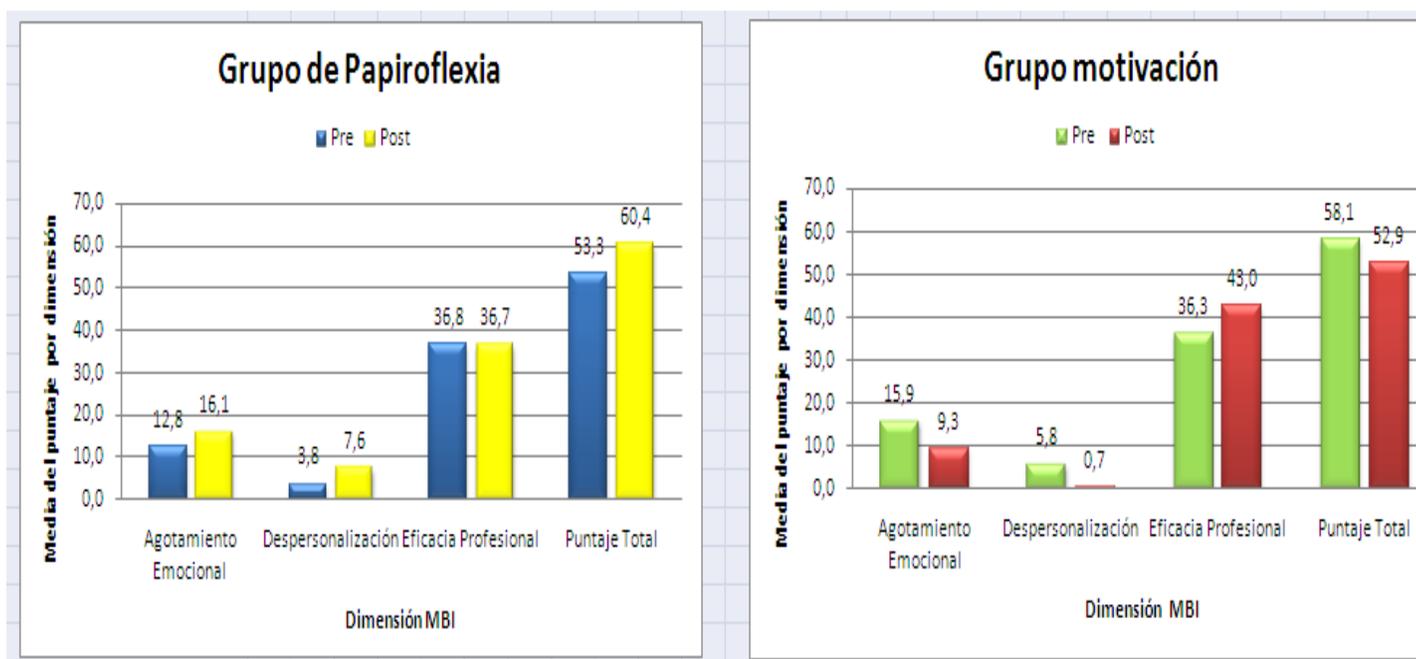
- 1.- En el nivel bajo el grupo de motivación presenta un 17% de personas y un 25% de personas en el grupo de papiroflexia, existiendo una percepción mayor a la EP en este último grupo.
- 2.- En el nivel medio se observa un 8% de personas del grupo de motivación y un 33% de personas del grupo de papiroflexia, existiendo una percepción mayor a la EP en este último grupo.

3.- El mayor porcentaje 75% de personas corresponde al nivel alto en el grupo de motivación y un 42% de personas al grupo de papiroflexia, esto muestra que el GM tiene una percepción alta a la EP.

A continuación se muestra la figura más representativa respecto a resultados entre ambos grupos en las distintas dimensiones.

**Figura N° 7**

*Comparación de medias en los dos grupos por cada dimensión, antes de los talleres “PRE-TEST” y después de los talleres “POS-TEST”*



FUENTE: Elaboración Propia

En la figura 7 observamos resultados de antes y después de los talleres (Pre y Post Test) en ambos grupos, de donde podemos resaltar que:

1.- Las enfermeras en el grupo de papiroflexia después de la intervención no presentan mucha variación en mejora, más bien presentan un incremento en las dos primeras dimensiones, en AE de 12,8 a 16,1 y en DP de 3,8 a 7,6.

2.- Caso contrario ocurre en el grupo de motivación en donde después de la intervención, se presenta una significativa disminución en las dos primeras dimensiones, en AE de 15,9 a 9,3 y en DP de 5,8 a 0,7.

3.- En la tercera dimensión EP el grupo de papiroflexia no presenta cambios significativos después de la intervención (de 36,8 a 36,7), en cambio el grupo de motivación presenta un incremento después de la intervención (de 36,3 a 48,0).

4.- En los puntajes totales se observa que el grupo de papiroflexia después de la intervención incrementa su valor de (53,3 a 60,4) en cambio en el grupo de motivación después de la intervención disminuye su valor de (58,1 a 52,9).

Estos resultados presentan un interesante comportamiento que a continuación se analizan con más detalle.

**Tabla N° 11**

***Número y porcentaje de enfermeras, de acuerdo a cantidad de dimensiones desgastadas por grupo.  
Hospital Setón CPS, Cochabamba Gestión 2012***

	G. Papiroflexia		G. Motivación	
	n	%	n	%
<i>Ninguna dimensión desgastada</i>	2	17%	9	75%
<i>Una dimensión desgastada</i>	2	17%	2	17%
<i>Dos dimensiones Desgastadas</i>	6	49%	1	8%
<i>Tres dimensiones desgastadas</i>	2	17%	0	0%
<i>Total</i>	12	100%	12	100%

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 11 se observa el número de enfermeras (n) y su porcentaje, respecto a la cantidad de dimensiones desgastadas. En estos resultados se observa que en el grupo de papiroflexia existe:

- 2 enfermeras que presentan las tres dimensiones desgastadas.
- 6 enfermeras que presentan dos dimensiones desgastadas.
- 2 enfermeras que presentan una dimensión desgastada.
- y solo 2 enfermeras sin ningún desgaste.

Mientras que en el grupo de motivación se observa:

- Ninguna enfermera presenta las tres dimensiones desgastadas.
- 3 enfermeras presentan 1 y 2 dimensiones desgastadas.
- 9 enfermeras no tienen ninguna dimensión desgastada.

**Tabla N°12**

**Comparación de las medias de los dos grupos para las tres dimensiones y el puntaje total del MBI, Hospital Setón CPS. Cochabamba Gestión 2012**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>t</b>	<b>GRADOS DE LIBERTAD (gl)</b>	<b>SIGNIFICANCIA (dos colas)</b>
<i>Agotamiento Emocional</i>	2,178	22	.040
<i>Despersonalización</i>	4.097	22	.000
<i>Eficacia Profesional</i>	2,293	22	.032
<i>Puntaje Total</i>	2.306	22	.031

FUENTE: Elaboración propia

Se realizó un análisis estadístico utilizando la prueba t de student para muestras independientes las cuales muestran:

- a. Se realizó un análisis entre los dos grupos bajo la dimensión de Agotamiento Emocional (AE), donde se observa que hay diferencias significativas en esta dimensión, la confiabilidad fue  $p < 0,05$  y  $t = 2,178$  (22gl).
- b. Se realizó otro análisis estadístico, en donde se consideró la dimensión Despersonalización (DP) del MBI para comparar a los dos grupos, donde se observa que existen diferencias significativas en esta dimensión, la confiabilidad fue  $p < 0,05$  y  $t = 4,097$  (22gl).
- c. Se analizó a la dimensión Eficacia Profesional (EP) con la misma prueba t comparando ambos grupos, también se observan diferencias significativas, donde el nivel de confiabilidad fue  $p < 0,05$  y  $t = 2,293$  (22gl).
- d. Se analizaron los puntajes totales del MBI comparando a ambos grupos, observándose diferencias significativas, el nivel de confiabilidad fue  $p < 0,05$  y  $t = 2,306$  (22gl).

### **3.3 DISCUSIÓN**

El Síndrome del Deterioro Profesional (Burnout) es un proceso que ha afectado y sigue afectando a los profesionales de diversos escenarios laborales, en la presente investigación se plantea al "profesional de salud" (Enfermería) como una población vulnerable por la gran demanda que a nivel laboral enfrenta, (Ribera,1993).

Según el estudio de Valderrama L. V. (2010), con el objetivo de conocer "cuál es el grupo de trabajadores de la salud más susceptible a padecer el Síndrome de quemarse por el Trabajo (SQT)", concluye demostrando que el grupo más susceptible a presentar SQT son las enfermeras, seguidas de las trabajadoras sociales.

Un hecho para resaltar es precisamente la resistencia que tiene el "profesional de salud" (Enfermería) del Hospital E. Setón ante la situación de ser objeto de estudio, pocos presentaron la inquietud por saber si esto sería relevante, otros profesionales

se sorprendieron de haberles solicitado su apoyo, otros definitivamente reafirmaron el no ser molestadas e interrumpidas en su hora de trabajo, otros aceptaron llenar el cuestionario al inicio de los talleres, sin embargo no se presentaron, situaciones como estas fueron la causa de que el número de participantes se redujera a un poco más del 50%, esto fue una oportunidad de reflexionar acerca de la amenaza que asecha al personal, una enajenación, cansancio, estrés, que desencadenaría en el Síndrome. Resulta también relevante comentar que, al inicio de los talleres especialmente en el grupo de motivación (GM) se notó un clima laboral violentado por sentimientos de competencia, envidia, agresiones y conflictos interpersonales.

El propósito de este estudio fue encontrar una posible relación entre el Síndrome de Deterioro Profesional y la Motivación, demostrando que la estimulación en la motivación del personal disminuye el puntaje del nivel SDP a través de un taller de motivación, que por medio de un taller de distracción como lo es el de papiroflexia.

Siguiendo el esquema planteado en los resultados, para su análisis, exponemos a continuación la discusión según los mismos apartados.

De manera general es posible indicar que se ha confirmado la hipótesis, de que la administración técnica y estratégica de momentos de motivación reflejada en el taller motivacional influye de manera directa sobre el SDP que aqueja al personal de enfermería, a diferencia de los talleres de distracción que solo mantuvieron el índice sin presentar variaciones significativas (Ver Figura 1). Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de motivación y el grupo de papiroflexia dentro de las 3 dimensiones (AE, DP, EP) y el puntaje total del MBI, (Ver Tabla N° 11)

En la figura 2, se observa que los resultados en un inicio "Pre-Test" entre ambos grupos son similares en AE, de 12,8 y 15,9, en DE 3,8 y 5,8 y en EP de 36,8 y 36,3. Como puntaje total de 53,3 y 58,1. Todo esto muestra que ambos grupos en un inicio tienen similar nivel en todas las dimensiones así como en el total.

Efectuando un análisis más detallado de los resultados presentados en la figura 3 se observa lo siguiente:

En la dimensión agotamiento emocional (AE) ambos grupos (GM y GP) presentan medias (GM  $x=9,3$  y GP  $x=16,1$ ) lo que indica que ambos grupos están dentro del nivel bajo en lo referente a Agotamiento Emocional, de acuerdo al indicador clasificatorio del MBI (indicador bajo  $=<19$ ). Es importante hacer notar que el grupo de motivación (GM) al presentar una  $x=9,3$  menor al GP  $x=16,1$  muestra que existe una mejora en esta dimensión tomando en cuenta que ambos grupos pertenecen a un mismo hospital y las mediciones se efectuaron en un mismo tiempo.

En la dimensión despersonalización (DE) las medias de ambos grupos con relación a los indicadores establecidos muestran que la media del grupo de motivación (GM  $x=0,7$ ) presenta un nivel de desgaste bajo (Indicador bajo  $<5$ ), mientras que la media del grupo de papiroflexia (GP  $x=7,6$ ) ingresa a un nivel de despersonalización media ya que el valor está en el rango de 6 a 9 (Indicador medio  $=6$  a  $9$ ).

En la dimensión de eficacia profesional (EP) se observa que la media del (GM  $x=43$ ) ha ingresado a un nivel alto de EP (indicador alto  $>40$ ), mientras que el grupo de papiroflexia (GP  $x=36,7$ ) se circunscribe a un nivel medio de EP (Indicador medio  $=34$  a  $39$ ).

Como resultado del puntaje total de las tres dimensiones se observa que el grupo de motivación presenta un menor puntaje (GM  $x=52$ ) respecto al puntaje del grupo de papiroflexia (GP  $x=60,4$ ). Esta variación es debida a que los talleres de motivación lograron disminuir el puntaje del nivel del SDP según los criterios de evaluación del MBI.

Se puede resaltar también que las dimensiones DP y EP en el grupo de papiroflexia se encuentran afectadas por presentarse en un nivel medio. Respecto a la dimensión de DP, hay un indicio de que el personal de enfermería comienza a percibir cierto distanciamiento hacia sus pacientes y sus compañeros de trabajo.

Leiter (1991) muestra que los estresores principales corresponden, a los conflictos con los compañeros de trabajo llevando a la poca dedicación en sus tareas y se puede generar despersonalización a tal grado de poder desarrollarse un AE y por ende una baja realización personal o EP (Halbesleben, 2006). Esta teoría apoya algunos de los objetivos del taller de motivación, los cuales han sido fomentar la asertividad en la comunicación hacia los otros y trabajar juntos en la resolución de conflictos. De los cuales, en el taller de papiroflexia no se estimularon estos objetivos y por este motivo, esta dimensión haya quedado afectada.

Según Maslach et al. (2001), mencionan que los afectados en la DP se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. Esta teoría apoya otro de los objetivos del taller de motivación que es la autoestima, misma que no se dio en el taller de papiroflexia quedando esta dimensión afectada.

Efectuando un análisis de los resultados presentados en la Figura 4, referidos a la dimensión de **Agotamiento Emocional** se observa que los valores presentes en los grupos de Motivación y Papiroflexia luego de los talleres realizados, el grupo de motivación presenta 0% de personas sin un desgaste en el nivel alto, en el nivel medio 8% y el mayor porcentaje 92% se encuentra en el nivel bajo de desgaste, el grupo de papiroflexia presenta 8 % de personas con un desgaste en el nivel alto, en el nivel medio 25% y el 67% se encuentra en el nivel bajo de desgaste respectivamente.

Llama la atención el porcentaje elevado en los niveles medio y alto de esta dimensión en las personas del grupo de papiroflexia luego del taller respectivo, de acuerdo a la literatura son aquellas personas que sienten que ya no pueden dar más de sí mismos, el taller de motivación tuvo el propósito de intervenir en los aspectos personales y afectivos de las enfermeras.

En general otros estudios han obtenido resultados que indican que existe una relación entre sobrecarga de trabajo y agotamiento emocional, tendencia que resulta más intensa que la relación entre sobrecarga y las otras dimensiones del MBI.

Janssen et al. (2000) obtuvieron con un modelo causal que la sobrecarga es un predictor significativo de agotamiento emocional, pero no de realización personal o eficacia profesional.

Según Gil-Monte (2002), la sobrecarga laboral aparece como un predictor significativo de agotamiento emocional, pero no de realización personal en el trabajo, en el caso de ambos sexos.

En la segunda dimensión de **"Despersonalización"**, en la figura 5 se observa que solo el grupo de papiroflexia presenta niveles medio (42 % de personas) y alto (33% de personas), mientras que en el grupo de motivación todas las personas (100%) tienen un nivel bajo.

Estos resultados muestran que en esta dimensión, la motivación si efectúa mejoras en las personas de este grupo. En el estudio de Boada et al. (2004), los autores indican que la presencia de una retroalimentación social, es de suma importancia para evitar que se desarrollen los síntomas de la DP. Entonces debido a que en el GP no se estimuló el reconocimiento, ni las relaciones interpersonales para generar un ambiente de apoyo social, es posible que por esta razón este grupo presente más distanciamiento o despersonalización hacia los pacientes y sus compañeros.

En esta línea, O'Brien (1998), menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés; se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio, lo cual se realizó en el taller de motivación.

En la figura 6, dimensión "**Eficacia Profesional**" observamos que en comparación al grupo de papiroflexia, el grupo de motivación presenta un incremento en el nivel alto hasta un 75% de personas y un 42% de personas del grupo de papiroflexia; en los niveles bajo y medio, los valores de papiroflexia son mayores al grupo de Motivación. Es decir que en el GM las enfermeras perciben alta su eficacia profesional, sin embargo en el GP se percibe una disminución en su EP en el trabajo o bien que ya está afectada.

Según la bibliografía esta dimensión es cuando los profesionales tienden a evaluarse negativamente con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden. De manera particular, (Zurriaga, Bravo, Ripoll y Caballer (1998), hallan una relación positiva de una baja Realización Personal con una baja autoestima (Zurriaga et al., 1998). Esta teoría apoya algunos de los objetivos del taller de motivación, como la autoestima, aspecto que se abarcó en el taller de motivación viéndose la diferencia respecto al taller de papiroflexia.

Otros autores también mencionan que las relaciones interpersonales informales negativas, incrementarían los sentimientos de baja realización personal o baja eficacia profesional en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1999). En el plano de las relaciones interpersonales, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar todos los niveles del síndrome y no solo el de esta dimensión EP.

En la figura 7 se presenta una **evaluación por grupo, comparando los valores alcanzados en el "Pre y Post Test"**. Estos valores muestran que en el

grupo de papiroflexia no existe mejora, sino más bien, los valores incrementan, mientras que en el grupo de motivación existe una disminución notable confirmando las mejoras descritas en los anteriores resultados.

En la actualidad existe una gran variedad de estudios sobre la importancia del Síndrome del Deterioro Profesional. No sólo en los profesionales del sector salud, sino en diversas organizaciones e incluso en el deporte. A pesar de ello, sigue existiendo gran disparidad de resultados en cuanto a las prevalencias del síndrome en cada uno de sus tres componentes en particular (Albaladejo et al., 2004).

Por último, efectuando la revisión del número y porcentaje de enfermeras de acuerdo a la cantidad de dimensiones desgastadas por grupo (tabla 11), se tiene que del total de participantes, en el grupo de papiroflexia 2 personas (17%) presentaron el Síndrome de Deterioro profesional, según los criterios del MBI, es decir que tienen las 3 dimensiones desgastadas; 6 de ellas (50%) tienen desgaste en dos dimensiones, 2 personas (17%) tienen desgaste en una sola dimensión y 2 personas (17%) no presentan desgaste alguno. En el grupo de motivación ninguna persona (0%) presenta el SDP según los criterios de MBI, solo 1 persona (8%) presenta desgaste en 2 dimensiones, 2 personas (17%) tienen desgaste en una dimensión y 9 personas (75%) no presentan desgaste alguno.

Si bien no se encontró un gran porcentaje de enfermeras con SDP, la tendencia a padecerlo está ahí, hace pensar que los profesionales de enfermería están en la etapa de negación. Guerrero (1997) manifiesta que la negación sería un modo de afrontar una situación real que se le presenta al individuo, impidiéndole enfrentar de un modo concreto a un problema susceptible de solución mediante una acción directa (Gil-Monte, 2005)

### **3.4 Limitantes**

El estudio está limitado en el sentido de investigar solo las variables SDP y la motivación y cuál es su relación, no tanto así las características socio demográficas,

misma que se han estudiado en diversos trabajos, los cuales comprueban que sí hay diferencias entre los sujetos que presentan el síndrome. Sin embargo, de acuerdo con Galindo (2002), no sería válido considerar que sean los únicos o los más importantes en el desencadenamiento y mantenimiento del síndrome de manera particular y sólo las características socio-demográficas son una condición que presenta la persona.

En el presente estudio, los factores sociodemográficos son muy variados; la mayoría son casadas, el promedio de edad de la muestra es de 46 años, dentro de un rango de 29 a 59 años y el promedio de antigüedad en el puesto es de 18 años. Esto quiere decir, que en realidad tenemos a una muestra adulta de edad, que lleva trabajando más de 10 años en este hospital. Tan sólo 5 personas son las que no sobrepasan los 10 años.

### **3.5 CONCLUSIONES**

Del trabajo realizado se llega a las siguientes conclusiones:

- Se logró identificar el SDP en el personal de enfermería a través del instrumento del MBI.
- Existe diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control, al realizar una intervención en la estimulación de la motivación del personal de enfermería.
- Las dimensiones del AE y de la DP del Síndrome del Deterioro Profesional percibido en el personal de enfermería presentan una correlación negativa, sin embargo la dimensión de EP correlaciona positivamente, con la estimulación de la motivación a través del taller motivacional.
- Se logra establecer que la Motivación posibilita que el nivel del Síndrome del Deterioro Profesional, disminuye de manera significativa.
- El taller de motivación con sus diferentes contenidos (autoestima, Integración social, comunicación, resolución de conflictos, trabajo en equipo y

Autodesarrollo), se constituye en una estrategia técnica que disminuye objetivamente el nivel del Síndrome del Deterioro Profesional a diferencia del taller de papiroflexia.

### **3.6 RECOMENDACIONES**

Por los resultados obtenidos y el análisis realizado, se recomienda crear un grupo de apoyo social dentro del ambiente laboral denominado "Departamento de medicina preventiva" encargado de desarrollar:

- Asesoramiento psicológico para profesionales con síntomas del SDP.
- Programas y actividades psicológicos y educativos, donde se propongan temas motivacionales que fortalezcan el trabajo operativo y el ambiente laboral, como ser: manejo del estrés, autoestima, resolución de conflictos, plan de vida, autoconocimiento, comunicación, trabajo en equipo etc. y que todos los empleados (no solo el personal de enfermería), puedan manejarlos en la vida cotidiana, tanto personalmente como en su ambiente laboral y social.
- Sesiones de análisis continuo, que permitan evidenciar de manera permanente el cambio de actitud del personal.

Se recomienda también que los directivos de las organizaciones conozcan las necesidades de sus empleados, para que éstos se sientan seguros y logren desarrollar un compromiso con la organización y su rendimiento no se vea afectado. Además, los directivos podrían crear un espacio de tiempo con el fin de retroalimentar al personal, incitar la comunicación para evitar la sobrecarga laboral y los conflictos, capacitar al personal en nuevas tecnologías y formas de realizar tareas para evitar las rutinas. Así mismo se recomienda implantar tareas estratégicas motivacionales para fortalecer el trabajo operativo y el ambiente laboral del personal de salud.

Si en las organizaciones se tomara más en cuenta y más en serio la estabilidad psicológica y emocional de cada empleado, podrían ahorrarse conflictos laborales estresantes entre los compañeros, jefes, supervisores, subordinados y por supuesto, clientes o personas que esperan a ser atendidas por la organización. Revalorando que de la calidad de vida del profesional de salud, dependerá la calidad del cuidado o servicio que se brinde a los pacientes.

# CUERPO REFERENCIAL

---

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS  
ANEXOS  
DOCUMENTOS**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez E. Fernandez L.(1991) El Síndrome Burnout o el Desgaste Profesional (II). Estudio Empírico de los Profesionales Gallegos del Área de la salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria, 11;267-73.
- Arroba, T.,& James, K. (1990). Como manejar la presión en el trabajo: Guía para la supervivencia. México: McGraw Hill.
- Ausfelder, T. (2001) Mobbing el acoso moral en el trabajo: prevención, síntomas y soluciones. Barcelona: Océano.
- Bosqued, Marisa (2008) Quemados, el síndrome del Burnout: qué es y cómo superarlo. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Bradley, H.B. (July 1969). «Community-based treatment for young adult offenders» (en inglés). Crime and Delinquency (3):
- Burke, R.J., (1998) Psychological burnout among men and women in teaching. An examination of the Cherniss model. Nueva York: Human Relations. Nº 42, págs. 261 – 274.
- Buunk, B., Schaufeli, W. e Ybema, J. (1994) Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. Journal of Applied Social Psychology, 19, 1701-1718.
- Caballero MA Bermejo F, Nieto R, Caballero F. (2001) Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud, Aten Primaria,1;27:313-7
- Cerrón P. María Elena (2004). Motivación y control organizacional, Disponible en URL <http://www.gestiopolis.com/canales2/rrhh/1/motcomporg.htm>
- Cherniss, C.(1980) Staff burnout.Job stress in the human services.Londres: Sage Publications.
- Cortez F., Andrea. Motivación laboral en la Empresa de Servicio. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos15/motivacionlaboral/motivacionlaboral.htm>
- De la Gángara, J. (2002) Burnout en medicina: ¿Qué hacer cuando las cosas se complican? Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen .

- Faura T. Roigé M, Serra R, Ortega C, Monegal M, Roigé A, et al. (1995) Prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. *Enfermería Clínica* 5:105-10
- Fernández Seara, J.L. (1987) Escala de motivaciones psicosociales (MPS). Madrid: TEA.
- Freudenberger, H. (1998). «Stress and Burnout and their implication in the Work Environment». En *Stellman* (en inglés). *Encyclopedia of occupational health and safety*, vol. I.. Geneva: International Labour.
- Freudenberger, Herbert; Richelson, Géraldine (1980) (en inglés). *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*. Norvell, MA: Anchor Press.
- Frías Azcárate, R., (1994) Universidad de Alcalá de Henares. Ciencias de la Dirección. *El stress en las U.C.I.* Madrid, Universidad de Alcalá de Henares, Ciencias de la Dirección.
- Fundación Paideia. (1993). *El malestar en los profesionales de los Servicios Humanos y Sociales*. La Coruña, Fundación Podia.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, Vol. 15, No. 2, pp. 261-268.
- Gil-Monte, P. R. y Schaufeli, W. B. (1991) Burnout en enfermería. Un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Vol. 7, No. 19, pp. 121-130.
- Gil-Monte, P., (2005), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, Ed. Pirámide.
- Gomero C R, Palomino B J, Ruiz G F, Llap Y C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper, Corporation: Estudio Piloto. *Rev. MedHered Lima* 16 (4): 233-238
- Guillen C., Bozal R. (2000) *Psicología del trabajo para relaciones laborales: Clima, motivación, selección, cultura*, España: Mc Graw –Hill

- Halbesleben, JRB. (2006) Sources of Social Support and Burnout: A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model. *J ApplPsychol*Vol. 91 (5): 1134 - 1145
- Harrinson, W. D (1983) .A social competencemodel of burnout. En A. Faber (ed.), *Stress and burnout in the human services profesions* (pp. 29-39). Nueva York: Pergamon Press.
- Herzberg, F. (1980) *Una vez más: ¿Cómo motivar a los trabajadores?* Bilbao: Deusto
- Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993) Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Koontz, Harold; Weihrich, Heinz.(1999) *Administración, una perspectiva global 11ª*. Edición. Editorial Mc Graw Hill. México, Pág. 501
- Lazarus, R:S (2003) *“Estrés y procesos cognoscitivos*, Martínez Roca Ed; Barcelona.
- León, J. M. (1998) *Prevención de los riesgos laborales por causa de la carga mental y el estrés psicosocial*. En V. Aznar (ed.), *Salud laboral. Un debate permanente* (pp. 265-291).Madrid: SATSE.
- López, Adriana (2000) . *La motivación*, Disponible en URL: [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- Maslach, C, Jackson SE. (1997) *Inventario Burnout de Maslach (MBI) : Síndrome del Quemado por estrés laboral asistencial*, Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Mendoza L., Loyo ( 2007). *El Síndrome del Deterioro Profesional y su relación con la Motivación. Estudio empírico en el departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. Diciembre.*
- Mingote Adán, J. C., Pérez García, S., & Antón, A. (2002). *Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid, Diaz de Santos.
- Mintzberg, H. (1988). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona.: Ariel.
- Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993) *Control del estrés laboral*. Madrid, Eudema .

- Pera G, Serra-Prat M. (2002) Prevalencia del Síndrome del Quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un Hospital comarcal, GacSanit. 16:480-6
- Pines, A. y Aronson, E.(1993) Career burnout: Causes and cures. Nueva York: Free Press.
- Puialto, M. J.; Antolin, R. y Moure, L. (2006). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en los(as) enfermeros(as) del Chuvi (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería global*, No. 8.
- Ribera Domene, D., & Universidad de Alicante. Secretariado de Publicaciones. (1993). Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante, Universidad de Alicante.
- Rizzolatti, G.(2005) Las neuronas espejo te ponen en lugar de otro. El país, 19-10-. Madrid. Rev. Vol 15; (4).
- Roth E. y Pinto B. (2007) Síndrome de Burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de La Paz. Rev. Ajayu, Vol VIII, No 2
- Solana, Ricardo F.. (1993) Administración de Organizaciones. Ediciones Interoceánicas S.A. Buenos Aires, .Pág. 208
- Stoner, James; Freeman, R. Edward y Gilbert Jr, Daniel R. (1996) .Administration 6a. Edición. Editorial Pearson. México, Pág. 484
- Valderrama Lozada V. (2010) Síndrome de quemarse por el trabajo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México [tesis maestría]. México:Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía,
- Zepeda Herrera Frenando, (1999). Psicología Organizacional. México: Addison Wesley Longman.
- Zuloaga, Kurt Goldman (2007) liderazgo, motivación. Disponible en URL :<http://www.especial-liderazgo-motivación.com.htm>
- Zurriaga R., Bravo M.J., Ripoll, P. y Caballer, (1998) A. Las características del trabajo como antecedentes del Burnout en profesionales de la salud. En R. de Diego y J.D. Valdivieso (Coords), Psicología del trabajo (pp. 203-212). Madrid: Piramide.

# **Anexos**

## ANEXO N°1

### METODOLOGÍA

AMBITOS	P A R T E S		
	MARCO GENERAL	MARCO TEORICO	MARCO PRACTICO
TIPOS DE INV.	Explorativa	Bibliográfica, Explicativa	Longitudinal
METODOS	Semiológico	Semiológico, Deductivo	Semiológico Experimental
TECNICAS	Observación Encuestas	Observación documental.	Observación de campo. Muestreo Test – encuesta Estadísticas

FUENTE: Elaboración propia

## ANEXO N° 2

### CUESTIONARIO MASLACH BORNOUT INVENTORY

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_ Antigüedad en su puesto: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones:

Marque una X en los recuadros de cada una de las siguientes afirmaciones en relación a su trabajo según la frecuencia que éstas le sucedan. Piense bien y sea completamente sincero(a). No existen respuestas correctas o incorrectas. Este cuestionario es completamente anónimo.

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

Nº	Pregunta	0	1	2	3	4	5	6
1.	Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo.							
2.	Me siento cansado(a) al final de la jornada de mi trabajo							
3.	Me siento fatigado(a) cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
4.	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.							
5.	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7.	Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes.							
8.	Me siento agobiado(a) por mi trabajo.							
9.	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas.							
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12.	Me siento muy activo(a)							
13.	Me siento frustrado(a) con mi trabajo.							
14.	Creo que estoy trabajando demasiado.							
15.	Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes							
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17.	Puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18.	Me siento estimulado(a) después de trabajar con mis pacientes.							
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20.	Me siento acabado(a).							
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22.	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

## ANEXO N° 3

### HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Estimado personal de salud( Licenciada Enfermería, Auxiliar Enfermería):

En coordinación con las autoridades de la Caja Petrolera de Salud, entre ellos, (Director General Ejecutivo, Director Nacional de Salud, Administrador Departamental – Cochabamba , Jefe Departamental de Servicios de Salud y jefa de enfermeras local de la investigación, se está realizando un estudio con el objetivo de demostrarse la estimulación de la motivación, mediante la aplicación de un Taller motivacional, puede reducir el grado o nivel de Síndrome del deterioro profesional manifestado en las enfermeras del Hospital Setón Caja Petrolera de Salud, Cochabamba, gestión 2012.

Dicho estudio pretende encontrar la relación entre el Síndrome del deterioro Profesional y la Motivación, esto con el fin de mejorar el clima organizacional.

Si está de acuerdo en participar en el estudio el mismo consta de varias etapas entre ellas; primero responderá a un cuestionario auto evaluable para medir el nivel del Síndrome del Deterioro Profesional. La duración de este cuestionario se estima en 15 minutos, todo esto será en privado y guardando la confidencialidad que se exigen en este tipo de estudio.

Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. La hoja donde aparece su firma de consentimiento informado se mantendrá separada de sus respuestas. Nunca se unirán su nombre o firma personal con sus respuestas ni con los resultados de sus pruebas.

Segundo: posterior a realizar el cuestionario, participará a un taller de inducción, el mismo que durará de 5 sesiones, cada sesión de 2 horas y se realizará 2 sesiones por semana.

En la última etapa ya con la inducción realizada se procederá a realizar nuevamente el cuestionario para medir el nivel del Síndrome del deterioro Profesional en presencia del Jefe de enfermería.

Los resultados se les entregarán en un plazo de 3 a 5 días. Toda información será tratada con estricta confidencialidad. Es importante aclarar que no se va a hacer juicios de moral sobre las opiniones o experiencias que usted desee relatar.

#### ***¿Existe algún riesgo si participo?***

Si usted decide participar del estudio no sufre ningún riesgo.

#### ***¿Existe algún beneficio por participar?***

Usted al recibir un taller inductivo, recibirá un certificado de la mencionada inducción con el visto bueno de las autoridades que participan en el estudio.

Pero también la información que nos den ayudará a entender mejor la hipótesis del estudio, de tal manera de poder realizar un plan de mejora continua en el personal de enfermería.

#### ***¿Existen dudas sobre el estudio?***

Si tiene alguna duda o necesita alguna aclaración puede hacerme las preguntas que necesite, lo importante es que usted tenga el conocimiento sobre que trata el estudio, los procedimientos, beneficios y riesgo. De esta manera su decisión de participar sería de manera informada.

Otro aspecto importante que debe saber es que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si en cualquier momento desea dejar de contestar definitivamente el cuestionario o decide no participar, puede hacerlo, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted.

Sin embargo le recuerdo que sus respuestas son muy importantes para nosotros. Si algo de lo que le he explicado no queda claro me puede hacer preguntas en cualquier momento.

PARTICIPAR ES VOLUNTARIO y respecto a su participación, recuerde que tiene la libertad de cambiar de opinión en cualquier momento.

Si usted tiene alguna otra pregunta, siéntase libre de preguntar. Si usted tuviera otra pregunta relacionada al estudio o algún daño relacionado a esta investigación, usted deberá comunicarse con la Dra. Nelly Quispe, Cel. 70553210

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este consentimiento, confirmo que he sido informado sobre el objetivo y propósito del estudio intitulado “SÍNDROME DEL DETERIORO PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON LA MOTIVACIÓN” Me han informado sobre quienes están realizando este estudio, y sobre las características e importancia del mismo.

Al firmar este consentimiento, doy mi autorización para que se me aplique la encuesta, Y la capacitación, para el estudio, siempre y cuando se respete mi dignidad humana. Me han explicado los beneficios, riesgos y procedimientos de esta investigación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas. Si tuviera preguntas adicionales acerca de mis derechos como participante en la investigación, puedo llamar a la Dra. Nelly Quispe A. Cel 70553210 y/o a la Dra. Jaqueline Cortez miembro del Comité de Ética e Investigación, además recibiré una copia de este consentimiento informado. Por tanto, acepto participar de forma voluntaria y expreso que mi participación es totalmente voluntaria, sin ningún tipo de remuneración económica y que después de haber iniciado el trabajo de investigación, puedo rehusarme a responder cualquier pregunta, prueba o dar por terminada mi intervención en cualquier momento. Me han informado sobre el sistema de compensaciones asociadas al estudio y doy mi autorización a participar en el mismo.

---

Firma del participante

---

Fecha y Hora

(Si el participante no puede firmar, debe estampar su huella digital con tinta)

Certifico que he observado la mayor parte de este procedimiento y ha sido realizado correctamente por el Entrevistador/Investigador a cargo:

---

Firma del Entrevistador/Investigador

---

Número de carnet del Entrevistador/Investigador

---

Lugar

---

Fecha y Hora

## ANEXO N° 4

### PARTE I ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL TALLER DE MOTIVACIÓN

#### PRIMERA SESIÓN - AUTOESTIMA

*“Solo se podrá respetar a los demás cuando se respeta uno a si mismo; solo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos, solo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos”*  
Abraham Maslow.

#### DINÁMICA DE PRESENTACIÓN

**OBJETIVO:** Hacer notar que es importante llamar a las personas por su nombre y a la vez, es gratificante que llamen a uno por su nombre.

**TIEMPO:** Duración: 30 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Ninguno

##### DESARROLLO

I. Se elige a un voluntario

II. El facilitador le pide que se presente el voluntario, dejándole hablar y decir su nombre, de donde es, qué le gusta hacer en su tiempo libre y con qué animal se identifica y por qué?

III. Todos los compañeros de su derecha irán repitiendo todo lo que dijeron sus compañeros de la izquierda, hasta llegar a decir su nombre.

#### 1. DINÁMICA - ME CONOZCO MEJOR

**OBJETIVO:** Evaluar los avances de la autoreflexión en un proceso de crecimiento personal.

**TIEMPO:** Duración: 30 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** Ilimitado

**LUGAR:** Un salón amplio y bien iluminado, acondicionado para que los participantes en forma confidencial puedan escribir.

**MATERIAL:** Una copia del formato "Me conozco mejor" y lápiz para cada participante.

##### DESARROLLO

##### VER FORMATO

I. El Facilitador entregará a cada participante una copia del formato "Me conozco mejor".

II. Esta dinámica ayudará a los participantes a reflexionar acerca de sí mismos, por ello es conveniente que el Facilitador despierte en ellos el deseo de auto - analizarse profundamente.

III. El Facilitador recoge las hojas, para tabularlas y guardarlas en sobres con el nombre de cada participante. El Facilitador repetirá esta dinámica las veces que considere necesario para ver si los participantes del grupo aumentan el número de respuestas, pues esto significa que han realizado una mejor observación de ellos mismos.

IV. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

*Conozco una sola definición de felicidad:  
ser un buen amigo de sí mismo”*

**P. Solignac**

HOJA DE TRABAJO ME CONOZCO MEJOR		
Nombre:		
¿Cómo soy yo físicamente?	¿Qué cualidades tengo?	¿Qué defectos tengo?

## 2. PRESENTACIÓN DE UN VIDEO

**OBJETIVO:** Revalorar la Autoestima, ( TÚ eres una persona bella y que exactamente de esa forma es como debes VALORARTE, la única forma en la que te puedes mirar es como en realidad TÚ eres: ÚNICO, MARAVILLOSO y ESPECIAL).

**TIEMPO:** Duración: 20 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

## 3. DINÁMICA - CARICIAS POR ESCRITO

**OBJETIVO:**

- Propicia el manejo creativo de la comunicación verbal escrita.
- Permite el intercambio emocional gratificante.
- Ayuda el fortalecimiento de la autoimagen de los participantes.

**TIEMPO:** Duración: 35 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 18 participantes.

**LUGAR:** Un salón amplio bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan estar cómodos.

**MATERIAL:** Hojas tamaño carta y lápices.

**DESARROLLO**

I. Se solicita a los participantes que tomen dos o tres hojas carta y las doblen en ocho pedazos, cortándolas posteriormente lo mejor que puedan.

II. En cada uno de los pedazos tienen que escribir por el inverso, uno a uno, los nombres de sus compañeros.

III. Por el reverso, escriben en dos líneas o renglones, un pensamiento, buen deseo, verso, o una combinación de estos, dirigido al compañero designado en cada pedazo de papel.

IV. Al terminar son entregados a los destinatarios en propia mano.

V. Se forman subgrupos de 4 ó 5 personas para discutir la experiencia.

VI. Cada subgrupo nombra a un reportero para ofrecer en reunión plenaria sus experiencias.

**4. CONCLUSIÓN:** La autoestima es la clave del éxito o del fracaso. También es la clave para comprendernos y comprender a los demás. La arrogancia, la jactancia y la sobrevaloración de nuestras capacidades reflejan más bien una autoestima equivocada y no, como imaginan algunos, un exceso de autoestima.

## SEGUNDA SESIÓN COMUNICACIÓN

### 1. INICIO CON UN VIDEO

**OBJETIVO:** Motivar a los participantes en la importancia de una comunicación eficaz

**TIEMPO:** Duración: 10 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

### 2. DINÁMICA - CLÍNICA DEL RUMOR

#### OBJETIVO

I. Ilustrar las distorsiones que suelen ocurrir, durante la transmisión de información. Desde una fuente de origen, a través de varios individuos, hasta un destino final.

II. Ayudar a los participantes a desarrollar la capacidad de una escucha activa.

III. Identificar problemas de comunicación en un grupo de trabajo.

**TIEMPO:** Duración: 30 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** Ilimitado.

**LUGAR:** **Espacio Adicional** Una sala de juntas y un salón adicional.

**MATERIAL:** Fácil Adquisición

- I. Copias del Formato de Observación de la Clínica del Rumor, para los observadores del ejercicio.
- II. Rotafolio y un marcador para el grupo.

#### DESARROLLO

I. El Facilitador llama a seis voluntarios. El resto del grupo permanece, para actuar como observadores, del proceso.

II. Cinco de estos seis voluntarios deben pasar al cuarto de aislamiento. El primer voluntario permanece en el salón con el Facilitador y los observadores.

III. El Facilitador distribuye los Formatos de Observación de la Clínica del Rumor a los observadores, los cuales deben tomar apuntes de lo que sucede.

IV. Luego el Facilitador lee al voluntario el "Reporte del Accidente ", del Formato de observación, el voluntario no deberá tomar notas de lo que escucha.

V. El Facilitador pide al segundo voluntario, quien se encuentra en el salón de aislamiento junto con los demás voluntarios, que entre al salón.

VI. El primer voluntario repite al segundo, lo que oyó del Facilitador. **ES IMPORTANTE QUE CADA VOLUNTARIO TRANSMITA EL MENSAJE DE SU PROPIA MANERA, SIN AYUDA ALGUNA.**

VII. Un tercer voluntario entra al salón, y el segundo repite lo que oyó del primero.

VIII. Se repite el procedimiento hasta que todos los voluntarios menos el sexto haya oído el mensaje.

IX. Luego el sexto voluntario regresa al salón. Se le dice que asuma el papel de policía. El quinto miembro repite el mensaje al policía. Después el policía escribe el mensaje en la hoja de rotafolio, para que el grupo lo pueda leer.

X. El Facilitador coloca el mensaje original (preparado de antemano en otra hoja de rotafolio) para poder ser comparado con la versión del policía.

XI Se le pide a los observadores que lean sus notas. Luego los voluntarios discuten su experiencia. El Facilitador encabeza una discusión con el grupo entero sobre las implicaciones de la Clínica del Rumor.

XII. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

**FORMATO DE OBSERVACIÓN DE LA CLÍNICA DEL RUMOR  
REPORTE DEL ACCIDENTE**

"No puedo esperar para reportar este accidente a la policía. Debo llegar al hospital lo más pronto posible."

"El camión de entrega, que iba al sur, estaba dando la vuelta a la derecha en la intersección cuando de pronto el auto deportivo, que iba hacia el norte, trató de dar la vuelta hacia la izquierda. Cuando se percataron de que estaban dando vuelta por el mismo carril, ambos tocaron su claxon, pero siguieron dando la vuelta sin frenar. De hecho, el auto hasta parecía ir acelerando justamente antes del choque".

### **3. INTRODUCCIÓN**

I. DEFINICIÓN DE COMUNICACIÓN

II. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

III. BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

### **4. PRESENTACIÓN DE UN VIDEO**

**OBJETIVO:** Como tener una comunicación efectiva

**TIEMPO:** Duración: 10 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

**5. CONCLUSIÓN.-** Hablar... cualquiera lo hace, escuchar... no cualquiera lo hace, en la comunicación debemos aprender a escuchar a nuestra gente. No se pueden imaginar cuantos conflictos llegan a solucionarse con solo escuchar...

Para que sea eficaz la comunicación debe ser un intercambio de sentimientos e información.

- ¿Cuál es mi trabajo?
- ¿Cómo lo estoy haciendo?
- ¿A quién le interesa?
- ¿Cómo le va a mi servicio?
- ¿Cómo le va a nuestra institución?
- ¿Cómo puedo contribuir yo?

## TERCERA SESIÓN

## RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

### 1. INICIO CON UN VIDEO – La actitud de un niño.

**OBJETIVO:** Motivar a los participantes a tener buena actitud frente a adversidades.

**TIEMPO:** Duración: 10 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

### 2. DINÁMICA - MANEJO DE CONFLICTOS

#### OBJETIVO

- Concientizar acerca de las estrategias usadas en las situaciones de conflicto.
- Examinar los métodos usados para resolver los conflictos.
- Introducir estrategias para negociar y mostrar capacidad de negociación.

**TIEMPO:** Duración: 45 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 25 participantes.

**LUGAR:** Una sala suficientemente amplia con sillas, para acomodar a todos los miembros participantes.

#### MATERIAL: Fácil Adquisición

- I. Hoja de papel en blanco.
- II. Lápiz o bolígrafo.
- III. Pizarrón o rotafolio.
- IV. Cuestionario

#### DESARROLLO

I. Los participantes son invitados, por el animador, a hacer un ejercicio de fantasía, con el objetivo de examinar su estrategia en la solución de conflictos individuales, Durante aproximadamente cinco minutos, el Facilitador conducirá el grupo a través de la fantasía siguiente.

II. El Facilitador invita a los participantes a que tomen una postura confortable, cierren los ojos, procurando ensimismarse, desligándose del resto relajándose completamente.

III. A continuación el Facilitador comienza diciendo: **Todos están ahora caminando por la calle, y de pronto observan, a cierta distancia, que se aproxima una persona que les resulta familiar.** La reconocen.

IV. Es una persona con la cual están en conflicto. Todos sienten que deben decidir rápidamente cómo enfrentar a esa persona. A medida que se aproxima, una infinidad de alternativas se establece en la mente de todos. Decidan ahora mismo lo que harán y lo que pasará. **El Facilitador detiene la fantasía espera un poco. A continuación dirá: "La persona pasó. ¿Cómo se sienten? ¿Cuál es el nivel de satisfacción que siente ahora? .**

V. Continuando, el Facilitador pide a los participantes del grupo que vuelvan a la posición normal y abran los ojos.

VI. Apenas el grupo retorna de la fantasía, durante cinco minutos, todos los miembros deberán responder por escrito las siguientes preguntas: **a) ¿En qué alternativas pensó? b) ¿Cuál es la alternativa que eligió? c) ¿Qué nivel de satisfacción sintió al final?**

VII. Cada participante deberá comentar con los compañeros las respuestas y las preguntas anteriores; se designará un encargado para hacer una síntesis escrita.

VIII. Continuando, el Facilitador conducirá los debates en el plenario, donde serán expuestas las síntesis de los subgrupos. Se observa que, en general, las estrategias más empleadas se resumen en **evitar, postergar y enfrentar los conflictos.**

IX. Por último, a través de la verbalización, cada participante expone sus reacciones al ejercicio realizado, y el problema de los conflictos.

X. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

### **3. PRESENTACIÓN DE UN VIDEO**

**OBJETIVO:** Concientizar que una buena actitud frente a cualquiera conflicto es importante.

**TIEMPO:** Duración: 10 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

**4. NATURALEZA DEL CONFLICTO:** El conflicto es la esencia misma de la vida. Ya desde el nivel de la vida orgánica, el animal tiene que mantener un grado de temperatura diferente del medio, está expuesto a sufrir calor y frío, debe mantener un grado de humedad que dará origen a la sensación de sed; un equilibrio entre hambre y saciedad (Rodríguez, 1985).

Si el conflicto ocupa parte de nuestra existencia, entonces la habilidad de manejarlo es una de las más valiosas que puede y necesita poseer un ser humano (Rodríguez 1985).

El conflicto lo podemos definir como un choque entre dos o más opciones que conllevan la misma fuerza. Implica una interacción y una tensión entre estas dos situaciones.

Los conflictos pueden encontrarse en el orden físico (un árbol sembrado junto a un muro que bloquea su crecimiento hasta que las raíces lo rompen); biológico (cansancio, enfermedades y envejecimiento); psicológico intrapersonal (la persona puede sufrir conflicto entre deseos incompatibles, anhelos de desarrollo, sentimientos de culpa, tareas, habilidades, etc.) en el orden interpersonal (los conflictos de caracteres, gusto, necesidades y opiniones); y en el orden social organizacional (conflictos familiares, laborales, legales, ideológicos en la ciencia, religión, política, clases, sexos, generaciones, razas, jerarquías, países etc. (Rodríguez, 1985).

**CONCLUSIÓN.-** En la resolución de conflictos todos ganan, además la actitud es muy importante; se debe tener una respuesta creativa, empatía, firmeza y justicia (se debe ser tolerante con las personas y severo con el problema), cooperación, control emocional, voluntad, analizar el conflicto antes de actuar, diseñar alternativas, y luego negociar ampliando las perspectivas.

- Cómo respondemos normalmente a las situaciones de conflicto?
- ¿Qué obstáculos para el diálogo percibo?, ¿Qué puedo hacer para superarlos?
- ¿Cómo sentimos y reaccionamos? ¿negamos que haya un conflicto?
- ¿asumimos que no hay modo de que las cosas vayan bien?
- ¿Qué puede ayudar a que el conflicto se resuelva de otra manera?
- ¿Qué me preocupa específicamente de este conflicto?

- ¿Quién está implicado?
- ¿Cómo me afecta esto?, ¿Por qué es importante para mí?
- ¿Qué necesito comprender sobre este conflicto?
- ¿Qué suposiciones o prejuicios tengo sobre la otra persona?
- ¿Qué haría mejorar la situación para mí?

## **CUARTA SESIÓN TRABAJO EN EQUIPO**

### **1. INICIO CON UN VIDEO – SEAMOS GANZOS**

**OBJETIVO:** Motivar a los participantes a valorar el trabajo en equipo.

**TIEMPO:** Duración: 10 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

### **2. DINÁMICA - DÍAS DE LA SEMANA**

#### **OBJETIVO**

- Concientizar la importancia del trabajo en Equipo.
- Ilustrar las características de la competencia (Ganar -Perder)

**TIEMPO:** Duración: 60 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** Ilimitado Dividido en subgrupos de 9 participantes.

**LUGAR:** Un salón amplio bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan moverse libremente.

**MATERIAL:** Un juego de cartulinas para cada grupo, en donde aparezcan letras suficientes para formar todas las palabras de los días de la semana distribuidas al azar en tantos sobres como miembros tengan los subgrupos.

#### **DESARROLLO**

- I. El Facilitador solicita a los participantes se integren en subgrupos, los cuales deberán estar compuestos por el mismo número de personas.
- II. El Facilitador entrega a cada subgrupo un paquete de sobres (conteniendo las letras) para que sean distribuidos entre los miembros del subgrupo.
- III. El Facilitador explica al grupo que cada miembro del subgrupo deberá formar una o varias palabras, de forma tal que el subgrupo conforme un total de siete palabras que tengan relación entre sí. Así mismo les indica que está prohibida la comunicación verbal.
- IV. El subgrupo que forme primero las siete palabras (los días de la semana) será el ganador.
- V. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

### **3. PRESENTACIÓN DE UN VIDEO**

**OBJETIVO:** Reflexionar que el trabajo en equipo es una herramienta hacia la calidad.

**TIEMPO:** Duración: 15 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

**4. CONCLUSION.-** Un verdadero equipo de trabajo existe cuando los miembros combinan bien sus fortalezas, preferencias, diferencias, personalidades y así llegar a ser un equipo de trabajo efectivo; logrando resultados concretos, combinando creativamente y efectivamente talentos individuales, con una cohesión entre los miembros del equipo comunicándose efectivamente y sintiendo un compromiso con los demás.

En síntesis el trabajo en equipo se logra gracias al esfuerzo individual de cada uno de los miembros, con **Coordinación, Compromiso, Confianza, Comunicación y Complementariedad.**

## QUINTA SESIÓN - MOTIVACIÓN AL LOGRO

### 1. EJERCICIO DE MOTIVACIÓN

**OBJETIVO:** Mostrar que la motivación es interna, pero los incentivos externos pueden iniciar la acción en los humanos.

**TIEMPO:** Duración: 30 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 20 participantes.

**LUGAR:** Un salón suficientemente amplio que permita a los participantes estar sentados y poder levantar las sillas.

**MATERIAL:** Fácil Adquisición Billetes de banco (o quizá monedas) ocultos y sujetos con cinta adhesiva debajo de las sillas de los asistentes.

### DESARROLLO

I. Dado que la motivación es a menudo un lugar común, recalque que la motivación se refiere a algo "interno, no externo, que da el motivo para hacer una cosa". Para ilustrarlo diga al grupo "por favor levanten la mano derecha". Espere un instante, dele las gracias al grupo y pregúnteles: ¿Por qué hicieron eso? La respuesta será: "Porque usted nos lo dijo." "Porque dijo 'por' favor" etc.

II. Después de 3 o 4 respuestas, dígalas: muy bien. Ahora ¿me hacen el favor todos de ponerse de pie y levantar sus sillas?

III. Lo más probable es que nadie lo haga. Continúe: "Si les dijera que hay billetes dispersos en el salón debajo de las sillas, podría eso motivarlos para ponerse de pie y levantar sus sillas" Todavía, casi nadie se moverá; entonces dígalas: "Permítanme decirles que sí hay billetes de banco debajo de algunas sillas." (Por lo general, se levantarán dos o tres asientos y muy pronto los seguirán lo demás. Conforme encuentran los billetes, señale: "Aquí hay uno, allí en el frente hay otro," etc."

IV. Se les aplicarán unas preguntas para su reflexión:

¿Por qué necesitó más esfuerzo para motivarlos la segunda vez?

¿Los motivó el dinero? (Haga hincapié en que el dinero muchas veces no actúa como motivador.)

¿Cuál es la única forma real de motivar? (Acepte cualquier respuesta pertinente, pero insista en que la única forma de lograr que una persona haga algo, es hacer que lo desee. ¡No hay otro modo!

V. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

### 2. INTRODUCCIÓN

#### I. DEFINICIÓN DE MOTIVACIÓN

**II. TEORÍAS DE MOTIVACIÓN:** Breve descripción y explicación de la teoría de Maslow "Jerarquía de las necesidades".

**III. TIPOS DE MOTIVACIÓN:** Definición de motivación intrínseca, motivación extrínseca y motivación trascendental.

#### **IV. DESCRIPCIÓN DEL TALLER**

##### **3. PRESENTACIÓN DE UN VIDEO**

**OBJETIVO:** Motivar a los participantes en sus vidas (Tony Melendez)

**TIEMPO:** Duración: 10 Minutos

**TAMAÑO DEL GRUPO:** 16 participantes

**LUGAR:** Un salón amplio que permita a los participantes moverse libremente.

**MATERIAL:** Datashow, laptop, video.

**4. CONCLUSIÓN.-** Cuando nos encontramos desorientados en la vida, es importante motivarnos y hacernos preguntas para corregir el rumbo a seguir al hacernos preguntas y responderlas con sinceridad, permite salirnos de la dualidad y la ambivalencia pudiendo así descubrir respuestas genuinas que parten de nuestra esencia misma y seguir.

- Que quiero para mi vida?
- Qué cosas me hacen feliz?
- Estoy siendo o aparento ser?
- Con quienes quiero compartir lo que tengo y lo que soy?
- Que recibe la gente de mi?
- Disfruto de las cosas que hago?
- A quienes debo agradecer por todo lo que me han enseñado, amado y cuidado?
- Qué cosas debo soltar del pasado que me sacan energía?
- Cuáles son mis miedos?
- Que posibilidades se abrirían en mi vida si abandono el miedo?

#### **REFERENCIAS**

Todas las dinámicas son extraídas de los siguientes autores, así como la teoría impartida.

#### **DINÁMICAS**

Grupo Gerza.com (2007). Dinámicas de grupo. Disponible en [www.gerza.com](http://www.gerza.com)

#### **TEORIA**

Rodriguez, M. (1985) Serie: Capacitación Integral, Autoestima. Ed. El manual moderno. México, D.F.

Rodriguez, M. (1985) Serie: Capacitación Integral, Manejo de conflictos. Ed. El manual moderno. México, D.F.

## PARTE II

### TALLER DE PAPIROFLEXIA

#### DESARROLLO DEL TALLER

##### OBJETIVO:

- Mantener en un estado pasivo a las enfermeras.
- Generar un ambiente de entretenimiento
- Proporcionar conocimientos en la realización de origami o figuras de papel

Se realizarán figuras que pueden ser útiles en la vida cotidiana y posean un valor estético.

**DURACIÓN:** 10 Horas distribuidas en 5 sesiones de 2 Horas, serán 2 sesiones por semana.

**MATERIALES:** Hojas cuadradas de papel de distintos colores, brillantina, pegamento blanco para la decoración.

**Número DE PARTICIPANTES:** 10 a 15 enfermeras distintas del taller motivacional

**DESCRIPCIÓN DEL TALLER:** Se explicará el desarrollo del taller al inicio y al final de este se realizará el test para valorar el Síndrome del deterioro profesional.

##### **SESIÓN 1 – DINÁMICA DE PRESENTACIÓN - DOBLECES BÁSICOS**

Realización de papiroflexia según guía Origami, figuras como aves e insectos de dobleces sencillos en una misma hoja, comenzando a conocer las diversas posiciones que puede adquirir un doblez.

##### **SESIÓN 2 – LA PALOMA**

Dobleces sencillos en una misma hoja, comenzando a conocer las diversas posiciones que puede adquirir un doblez.

##### **SESIÓN 3 - REHILETE Y ESTRELLAS**

Se comienza a utilizar más de una hoja para la realización final.

##### **SESIÓN 4 – FLORES**

Dobleces más complicados y que requieren de la unión de varias hojas para la realización final de la figura.

##### **SESIÓN 5 – ROSAS Y CAJITAS**

Esta cajita es la tradicional cuadrada, está conformada por dos tipos de figuras uniendo cada una cuatro hojas del mismo tipo. Es lo más complicado, así que por tal motivo, se ha puesto en el final del taller, ya que han practicado los participantes y manejado un poco los tipos de dobleces.

