

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

## **Desgaste ocupacional en sanitaristas que asisten a ancianos en hospitales generales.**

Passera, Josefina.

Cita:

Passera, Josefina (2011). *Desgaste ocupacional en sanitaristas que asisten a ancianos en hospitales generales. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/511>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# DESGASTE OCUPACIONAL EN SANITARISTAS QUE ASISTEN A ANCIANOS EN HOSPITALES GENERALES

Passera, Josefina

Facultad de Psicología, Escuela de graduados y Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

## RESUMEN

Se estudió el síndrome del burnout, en equipos de salud que asisten a adultos mayores en hospitales públicos de Córdoba Capital. Se utilizó el inventario MBI de Maslach, en una muestra intencional de 570 sujetos. Se utilizaron también registros de grupos focales. Se verificó la significación de variables demográficas, laborales y profesionales que destacaban en las teorías del síndrome y fueron relacionadas con los factores "agotamiento emocional", "despersonalización" y "realización personal". Los resultados generales no evidencian el perfil definido de desgaste ocupacional que evalúa el MBI, pero se encontraron relaciones de cada factor con diferentes variables. Se estima que el factor "realización personal" mantiene un efecto protector sobre la percepción del desgaste ocupacional. Tener empleo, resulta más importante que las condiciones insatisfactorias del trabajo. En los grupos focales se registró que quienes asisten a ancianos, establecen vínculos de mayor intensidad con ellos y lo atribuyen a que su internación suele ser más prolongada. Acusan sentimientos de maltrato, abuso, desconsideración, por parte de sus jefes pero también de los familiares de los ancianos. Finalmente se aportan modelos de prevención y recomendaciones que tienden a atenuar el estrés laboral, evitando sus consecuencias para el trabajador y el paciente.

## Palabras clave

Adultos mayores Síndrome burnout Prevención específica

## ABSTRACT

**BURNOUT SYNDROME IN HEALTHCARE TEAM FOCUSED ON SENIOR ADULTS IN PUBLIC HOSPITAL**  
Burnout syndrome has been studied in healthcare teams focused on senior adults, in public hospitals in Córdoba Capital. The Maslach's MBI inventory has been used in an intentional sample of 570 people. Focal group quotations have been used as well. The significance of demographical, occupational and professional variables highlighted in the theoretical descriptions of the syndrome were verified, thus being related with "emotional exhaustion" "depersonalization" and "personal accomplishment" factors measured by the current inventory. Results obtained do not reveal the profile of occupational exhaustion assessed in the MBI. Nevertheless, it was possible to assume that the "personal accomplishment" factor had a protecting effect on the perception of occupational exhaustion. To have a job would

be more important than unsatisfactory conditions in which the worker performs. Data obtained from the focal groups states that those who assist older people establish ties of greater intensity mainly because their hospitalization tends to be longer in time. They claim about feelings of mistreatment, abuse and lack of consideration from their bosses but also from the senior adult's families. Finally, specific prevention schemes are provided, as well as recommendations that tend to decrease occupational stress, avoiding its consequences on working staff and patients as well.

## Key words

Senior adults Syndrome burnout

## -La salud de los agentes de salud

Es ampliamente aceptada la preocupación y desarrollos consecuentes dirigidos a preservar el bienestar del adulto mayor. No ocurre lo mismo, no en la misma medida, con el bienestar de aquellos que los asisten, a pesar de la fuerte relación existente entre la salud del asistido y la de sus asistentes.

Quien es agente sanitario proactivo en los ámbitos donde se acompaña o asiste a ancianos, debería poder acceder a la información específica y recursos necesarios para preservar y desarrollar su salud. De lo contrario, las recomendaciones relativas a su capacitación para mejorar la calidad de atención, podrían resultar en una nueva exigencia de su tarea y distorsionar involuntariamente su objetivo esencial. Asimismo, si no se atiende la salud del otro polo de la relación asistido-asistente, podría incrementarse la asimetría del vínculo en favor de la posición pasivo-activo. Esta imagen, corresponde a algunas situaciones de asistencia al anciano, pero refuerza prejuicios determinantes de una equívoca y hasta perversa concepción de la ancianidad. Esta situación se agudiza cuando el anciano debe ser asistido en hospitales generales. La mayoría de las tramitaciones para su atención, depende de decisiones atinentes a otras instituciones. Así, se tensiona a los profesionales sanitarios y se hace más dificultosa, lenta y riesgosa su tarea con los ancianos.

Otro factor interviniente lo ocasiona el estar expuestos al agobio y creciente fenómeno de la muerte hospitalaria; situación actualmente reforzada por diversos factores socioculturales y económicos.

Por otra parte, recordamos que quienes se vinculan y

trabajan con ancianos pueden participar, aún involuntariamente, de los prejuicios socioculturales que afectan a la ancianidad. Esos prejuicios mantienen al asistente desinformado en relación a las reales necesidades y potencialidades del anciano, pero también le impide conocer los peligros a los que está expuesto en su ejercicio laboral.

Diversos paradigmas, modelos teóricos, prejuicios, mandatos sobre la vejez, conforman una urdimbre creencial que tiene consecuencias indeseables en el accionar profesional y en el vínculo asistente - asistido. Jorge Saurí (1999) advierte, desde una perspectiva antropológica, que esas urdimbres de creencias sostienen, al darnos una pertenencia ideológica, pero también pueden atraparnos, si no las sometemos a revisiones periódicas.

Coincidimos L. Salvarezza (1999), en la necesidad de hacer consciente las ideología subyacentes del asistente para evitar que una actitud terapéutica se transforme en iatrogénica. Asimismo, que por falta de esclarecimiento o aceptación acerca de los riesgos propios de las profesiones asistenciales, el que cuida, no registre los alertas de la fatiga, el estrés y el desgaste ocupacional. Estas dos situaciones se hallan relacionadas y una, favorece las condiciones de ocurrencia de la otra.

Quien desempeña un rol laboral en relación con los ancianos, ha elegido, con mayor o menor esclarecimiento, hacerlo. Ese proyecto ocupacional es también vocacional, aun cuando el individuo no pueda reconocerlo como tal. Podemos suponer que la ancianidad fue su objeto vocante; pero no es posible dilucidar las motivaciones profundas y los posibles intentos reparatorios que cada individuo trató de expresar en esa elección ocupacional.

Repensar y esclarecer el propio rol ocupacional, deviene entonces en una actividad incesante e imprescindible para un ejercicio saludable y eficaz del mismo. Redunda en beneficios en términos de salud y felicidad para el profesional y en un mejor alcance de su accionar sobre el aspecto de la realidad del que se ocupa. Se requiere conocer y reconocerse. Estos lineamientos orientan los objetivos generales de la propuesta que presentamos: aportar información para el conocimiento del trabajo elegido, esperando que ese conocimiento ayude a la persona a reconocerse.

*Se trata de conocer y comprender para prevenir.* Quien es agente sanitario proactivo en el ámbito de las instituciones sanitarias, debería poder acceder a la información y recursos necesarios para preservar y desarrollar su salud.

El campo de trabajo de los miembros de equipos asistenciales en instituciones sanitarias públicas, especialmente las que asisten a ancianos, parece encuadrarse como un ambiente laboral estresante. De hecho, participa de la mayoría de los factores causales del estrés y de la insatisfacción laboral estudiados en los profesionales de la sanidad (Flores Lozano, 1994).

Las múltiples consecuencias del trabajo en ambiente estresantes pueden verse cristalizadas en un síndrome de difícil demarcación y abordaje como es el *SINDRO-*

*ME DE ESTRÉS LABORAL o BURN OUT.* Su sintomatología difusa y abarcativa, es resultado de manifestaciones psicósomáticas de importancia, con severas consecuencias en la esfera socioafectiva y claro deterioro de la función laboral. Este inicialmente silencioso desgaste laboral, conlleva una inevitable alteración de la relación del agente de salud con el individuo o el grupo asistido. También se ven alteradas las relaciones con compañeros de trabajo y representantes de los otros estamentos institucionales.

No es posible entonces desatender a la incidencia de este malestar ocupacional, en todo programa de mejoramiento de la atención del anciano asistido institucionalmente. Pero para afrontar cualquier proyecto orientado a la prevención de este tipo específico de desgaste ocupacional, será necesario contar con datos procedentes de estudios descriptivos locales.

El presente estudio intenta producir información acerca del síndrome de burnout en miembros de equipos asistenciales de instituciones sanitarias de nuestro medio, que asisten a adultos mayores.

#### **-Acerca del síndrome del burnout**

La definición más aceptada actualmente y que sirve de partida a los numerosos estudios posteriores es la que realizaron inicialmente Maslach y Jackson (1981) y que considera el S.B. como una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico, caracterizada por el agotamiento emocional, la despersonalización y la inadecuación laboral. Estos componentes se definen de la siguiente manera:

- **Agotamiento emocional:** Sensación de cansancio físico o psicológico con síntomas disfóricos, sentimientos de no poder dar más de sí mismos, no poder ofrecer nada a otras personas y no poseer recursos emocionales de afrontamiento de las situaciones.

- **Despersonalización o conducta anormal del rol:** Actitud impersonal hacia los clientes o pacientes u otros miembros del equipo; con actitudes negativas, insensibles y distantes, uso de etiquetas despectivas hacia los usuarios, tratándolos como a números o a objetos mas que como a personas, descenso del compromiso laboral y adjudicación de los fracasos a otros miembros del equipo.

- **Inadecuación personal al puesto de trabajo:** Surge al comprobar que las demandas exceden a la capacidad de atenderlas debidamente, ocasionando una evaluación negativa del sujeto con fuertes sentimientos de fracaso, rechazo de sí mismo y baja autoestima. Se acompaña de disminución del rendimiento laboral, vivencia de escasa realización personal, ineficacia, insuficiencia laboral, desmotivación y tendencia a la retirada institucional. Puede identificarse como tal o bien puede aparecer encubierta bajo actitudes de omnipotencia en las que el individuo redobla sus esfuerzos para afrontar la amenaza constante de sentirse incompetente, dando la impresión de que su interés y dedicación son inagotables.

- Como otras características que propias del síndrome, son comunes. los síntomas físicos del estrés psicofisiológico.

gico como son el cansancio, la falta de energía, el malestar general y la aparición de estrategias paliativas para disminuir la ansiedad, como las conductas adictivas

Es efecto frecuente del síndrome afectar negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía (Compassion Fatigue). También, el favorecer la Silencing Response o respuesta silenciadora, (Danieli, 1984, Baranowsky 1997) que se manifiesta como incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes que resultan abrumadoras.

Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema. Inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia, a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso. Existe una relación directa entre la sintomatología, la gravedad del cuadro y el grado de responsabilidad de las tareas que se realizan.

En resumen optamos por la postura de Maslach y Jackson (1981) quienes explicaron el burnout como una respuesta inapropiada al estrés, caracterizada por **agotamiento emocional** (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, cansancio físico y psicológico); **despersonalización** (distanciamiento emocional de las personas con las que trata en el trabajo, desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) y **baja realización personal** (falta de logro personal en el trabajo).

#### **-Burnout en profesionales de la salud**

Estar enfermo remite al miedo más arcaico y profundo del ser humano, el miedo a la muerte. El enfermo suele depositar en quienes lo asisten, particularmente representados por el médico, su confianza y esperanza de vencerla. Así, los médicos soportando depositaciones de poderes que los exceden y ocupando el lugar de quien tiene que saberlo todo, deben incorporar con rapidez los vertiginosos adelantos científicos y tecnológicos, aceptar los desafíos de una especialización que delimita su accionar en fragmentos de paciente y enfrentar a un enfermo cada vez más exigente, informado, participativo y cuestionador de sus decisiones. Todo esto, junto al desafío de la patología y la terapéutica, las presiones de la institución, del sistema sanitario, de una sociedad que cada vez demanda más certezas de la medicina y que persigue con el fantasma de los juicios por mala praxis. Consecuentemente, el manejo de las propias emociones del profesional condiciona su particular manera de ejercer el rol.

Por otra parte, el interés en la psicohigiene de los roles de equipos sanitarios, es un fenómeno relativamente reciente y de escasa operatividad. El sistema sanitario desprotege a sus profesionales, olvidando que son el recurso más importante, garantía de su funcionamiento, calidad y productividad; tiende a excluirlos de la promoción y la educación para la salud, omitiendo que para tener una institución sana, es necesaria la salud de quienes la conforman.

#### **-Algunas situaciones laborales asociadas significativamente con indicadores de estrés, burnout y malestar psicológico**

1. Sobrecarga cuali-cuantitativa de tareas.
2. Influencia negativa del trabajo en la vida familiar del profesional por restarle demasiado tiempo.
3. Aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento del paciente.
4. Relación y comunicación con los familiares del enfermo
5. Remuneración considerada como insuficiente y asociada a dificultades para su cobro.
6. Responsabilidades vinculadas a la formación profesional y el trabajo con otros miembros del equipo.
7. Dificultades en la articulación del trabajo con personal directivo y administrativo.

Entre las causas principales que predisponen a la ocurrencia del síndrome en la población de sanitaristas, podemos mencionar:

.El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte.

\*La caída del valor social de la profesión

\*La sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes a asistir, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria.

\*La merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo.

\*La inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis.

\*El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías.

\*También se reconocen como factores inherentes a experimentar sufrimiento y estrés laboral en personal sanitario:

\*La naturaleza de la tarea.

\*La variable organizacional e institucional.

\*La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social).

\*La variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).

Entre numerosos estudios sobre el tema, elegimos citar uno de los trabajos de la Dra. Graciela Zaldúa (UBA; CONICET) y equipo, investigando diferentes aspectos del síndrome de burnout en hospitales públicos de Buenos Aires. En su trabajo La Salud de los Trabajadores de la Salud (2000), registra como situaciones laborales productoras de mayor nivel de estrés en médicos a: situaciones de riesgo de mala praxis, de desprotección social, situaciones de maltrato; y con mucha menor frecuencia el trabajo con pacientes infecto contagiosos y con los que padecen enfermedades terminales. Investigando al personal de enfermería, encuentra que se señala en primer lugar al trabajo con enfermos infecto contagiosos, pero que todas las otras categorías, obtienen una frecuencia significativa. Es posible deducir que el personal de enfermería parece sentirse mucho más expuesto que los médicos por su mayor contacto con los enfermos. También es llamativo y fue replicado en otros trabajos, el temor de los profesionales médicos al

enjuiciamiento por mala praxis y su sensación de poco o mal reconocimiento social.

### **Algunas consideraciones acerca de la prevención del síndrome.**

Las estrategias para la intervención deben contemplar los tres niveles:

1. **Individual:** desarrollo de conductas que disminuyan la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. El empleo de estrategias de afrontamiento del control previene el desarrollo del síndrome de desgaste laboral, siendo necesarios el entrenamiento en la solución de los problemas, en la asertividad y el manejo eficaz del tiempo. Otras actuaciones eficaces son discriminar los problemas laborales al acabar el trabajo, practicar técnicas de relajación, tomar pequeños descansos durante la jornada y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.
2. **Grupal:** fomento del apoyo interpersonal y fortalecimiento de los vínculos sociales entre los compañeros, tanto en el aspecto emocional como en el profesional. Muchos autores recomiendan la psicoterapia grupal, con técnicas de acción y foco en el rol profesional.
3. **Organizacional:** desarrollo de programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Asistir a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con expectativas irreales (sistema tutorial de acogida). Se recomienda instaurar sistemas de retroinformación desde la dirección de la organización y desde la unidad dónde se ubique el trabajador. Otras estrategias serían la reestructuración y rediseño del lugar de trabajo haciendo partícipes a los componentes de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad y mejorar las redes de comunicación organizacional.

**-Observaciones acerca del diagnóstico** Los programas de prevención comprenderán una etapa inicial de diagnóstico y otra ulterior de intervención. El diagnóstico permite identificar las características individuales y grupales de los actores involucrados y acercarse al reconocimiento de los factores de riesgo de estrés. Se requiere recabar datos como ausentismos, pedidos de licencias por enfermedad, accidentes laborales, motivos de sanciones, condiciones de trabajo y otros. Igualmente, la observación directa de los trabajadores y la evaluación mediante encuestas, cuestionarios, entrevistas, revelan motivaciones, sensaciones e impactos afectivos y sociales que no se expresan en otros registros. Pero todo diagnóstico, al menos en el terreno de la salud de las personas, involucra necesariamente al diagnosticador, quien conforma con el diagnosticado una dupla inserta en las condiciones contextuales. Esta visión del acto diagnóstico, no lo invalida como etapa necesaria para la propuesta de acciones posteriores. Es necesario adecuarlo para participar de un lenguaje común con la comunidad científica. Pero se distingue del

modelo tradicional, basado en categorización de afecciones y que responde más a la relación causa - efecto. Como destaca Jorge Saurí (1999) el modelo que considera la intervención del observador, es procedente de otra etapa de la evolución científica, acercándolo a una postura más antropológica, aunque no de menor rigor científico.

Si bien en esta investigación, se ha utilizado un instrumento que viene siendo empleado desde en distintos medios para atender a un mismo problema, no podemos dejar de valorar que dicho instrumento ha sido administrado por personas entrenadas que establecieron diferentes vínculos con los sujetos testeados y en ámbitos diferentes. No se trata de una investigación de laboratorio, sino de una experiencia humana donde cada parte trata de comunicarse con la otra, acordando un objetivo. Es más preciso, a nuestro juicio, designar a esta etapa como un **diagnóstico situacional**.

**La intervención** debería llevarse a cabo utilizando las técnicas más apropiadas según la situación diagnóstica registrada previamente, puntualizando destinatarios, actividades, duración y objetivos del programa.

La prevención, intervenciones y tratamiento del síndrome de burnout se proponen desde diferentes niveles: individual, social, a nivel de estructuras sanitarias, a nivel educativo.

### **-DESARROLLO DE LA PRESENTE INVESTIGACION**

Dando continuidad a estudios realizados en nuestro país, el trabajo de campo que se presenta aquí, tiene el propósito de abrir nuevos espacios de reflexión, encuentro e intercambio entre los profesionales y trabajadores de la salud para avanzar en la comprensión y divulgación del tema del desgaste ocupacional.

Se tomó contacto durante el año 2008 con profesionales que estaban trabajando en el tema desde la Dirección de Salud Mental de la Provincia. Se logró trabajar con una muestra amplia de profesionales sanitarios de siete hospitales públicos de la Ciudad de Córdoba. Se cubrieron datos de diversos equipos asistenciales, aunque con especial atención en los profesionales que estuvieran asistiendo a adultos mayores. Se atendió a que los equipos sanitarios de hospitales generales, se vinculan con el principal estereotipo promotor de actitudes negativas hacia la vejez que es su asimilación con la enfermedad. Dichas actitudes negativas, se verían expresadas en los servicios de salud, como indicamos en el marco teórico.

Seguidamente se diseñó y realizó el procesamiento y análisis de los datos relevados mediante el cuestionario MBI de Maslach.

De la población total, se tomaron aquellos sujetos que debían asistir a adultos mayores de 60 años en los hospitales generales. El resto de los cuestionarios se reservó para otras investigaciones. Se incluyó a dos hospitales pediátricos a fin de contrastar los resultados.

La administración del instrumento estuvo a cargo de la Mgter. María Isabel Villagran, profesional de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Pro-

vincia de Córdoba. La misma profesional registró durante 2009, manifestaciones de los equipos sanitarios que asisten a mayores de sesenta años, en cuatro de los seis hospitales investigados, mediante el recurso de los grupos focales, ya que tenía gran interés en el tema y acceso a las instituciones y a los profesionales de la salud. En esta etapa, quien suscribe este trabajo pudo registrar la experiencia como observadora no participante. A continuación se analizaron cualitativamente esos registros y se utilizaron para complementar los hallazgos obtenidos con el cuestionario.

A los fines de organizar y trabajar los datos, se han discriminado algunos de los supuestos teóricos basados en los desarrollos conceptuales de diversos autores que han estudiado el síndrome que nos ocupa.

Se entenderá por "equipo asistencial" al conjunto de especialistas que interactúan grupalmente en torno a una tarea, para gestionar diversas circunstancias de la vida de los sujetos asistidos. ( Bauleo, A. 1992)

### **-EL PROBLEMA**

Identificar la presencia del síndrome de burnout y su vinculación con algunas variables, en miembros de equipos asistenciales de instituciones sanitarias de la Ciudad de Córdoba que se encuentran asistiendo a adultos mayores.

#### **Objetivo General:**

v Determinar posibles relaciones entre los factores que componen el síndrome y algunas variables del personal estudiado en instituciones asistenciales de Córdoba Capital.

#### **Objetivos específicos:**

Ø Determinar la significación de las siguientes variables en los diversos factores evaluados por el cuestionario M.B.I.: sexo, edad, estado civil, nivel de educación.

Ø Determinar la significación de las siguientes variables en los diversos factores evaluados por el cuestionario M.B.I.: profesión, antigüedad en la profesión, cargo que desempeña, antigüedad en el cargo, situación de revista, turno en el que trabaja, si realiza otro trabajo.

Ø Determinar la significación de la variable Hospital investigado, en los factores evaluados por el cuestionario M.B.I.

### **METODOLOGIA**

Se trata de un estudio exploratorio que pretende observar la situación - problema, extrayendo la mayor cantidad de información posible que ofrezcan los datos.

Los objetivos se adecuan al diseño exploratorio y el tema es factible de ser tratado con una metodología cualitativa, ya que incide la relación que el investigador mantiene con el objeto de conocimiento. Por tratarse de este tipo de estudio, no se han formulado hipótesis pero si algunos presupuestos de trabajo como son las variables elegidas y que conforman los objetivos del presente trabajo.

### **MUESTRA**

Los datos trabajados corresponden a un total de 570 su-

jetos de los cuales 420 asistían a ancianos. Fueron seleccionados de un total de 3697 casos que componen la población y que pertenecen a seis instituciones asistenciales públicas de la Ciudad de Córdoba. Se trata de una muestra accidental no probabilística. Aunque el total de casos puede permitir hacer algunas consideraciones más abarcativas, no será posible generalizarlas.

Se han investigado a agentes sanitarios de dos hospitales públicos que asisten sólo a niños y de cuatro hospitales generales. Entre estos últimos, se ha investigado selectivamente a los trabajadores que se encontraban asistiendo o que acababan de asistir a enfermos mayores de sesenta años.

La descripción completa de la muestra se incluye en el presente trabajo. Se especifica institución, sexo, edad, estado civil, nivel educacional, situación de revista, tenencia de otro trabajo, profesión, turno de trabajo, cargo actual,

La descripción completa de la muestra se incluye en el trabajo original. Se especifica institución, sexo, edad, estado civil, nivel educacional, situación de revista, tenencia de otro trabajo, profesión, turno de trabajo, cargo actual, antigüedad en el cargo y en la profesión.

### **INSTRUMENTOS**

Recordemos que la medición del desgaste profesional debe realizarse con carácter grupal e institucional, tratando de evaluar si un determinado trabajo o empresa conduce a sus trabajadores al desgaste por las tareas que realizan y cómo lo hacen.

Si bien existen múltiples instrumentos destinados a evaluar el síndrome, se ha optado por el **Maslach Burnout Inventory (MBI)**. Es un cuestionario específicamente construido para evaluar el estrés laboral asistencial. Es decir, destinado a la población que nos interesaba observar. Parece resultar el de mayor certeza psicométrica aunque se experimenta como demasiado extenso e incluye riesgo de falta de sinceridad por parte del encuestado, ya que se expone a evaluar su accionar profesional.

Está constituido por tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo, el agotamiento emocional y la despersonalización (Maslach y Jackson, 1986). **Se acuerda en considerar como presencia del síndrome, la puntuación alta en los factores Agotamiento o Cansancio Emocional y Despersonalización, junto a puntuación baja en Realización Personal.**

La adaptación utilizada fue la de N. Seisdedos, en su versión española, para Ediciones TEA (Madrid, 1997) La aplicación fué individual o en pequeños grupos. Aunque el cuestionario puede ser autoadministrado, se contó con la presencia del investigador para asegurar al sujeto la finalidad de los datos y su confidencialidad. Este instrumento cuenta con baremos en puntuaciones centiles y típicas, para cada sexo y para la población total. Posteriormente, se han utilizado **Grupos Focales**, de objetivos explícitos y previamente definidos. Los integrantes fueron miembros del equipo asistencial que

asistían a ancianos; que aceptaron participar aún conociendo que habían sido seleccionados por haber presentado reiterados ausentismos por enfermedad.

El objetivo fue conocer e identificar algunas de las causas de ausentismo por carpetas médicas y sus percepciones, en profesionales que asisten a ancianos de un hospital general, a través de la técnica de discusión en grupo focal.

### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

Las variables estudiadas respondieron a los contenidos teóricos del síndrome. Se relacionaron con los resultados encontrados en la escala para evaluar el Burn-out. Se compararon los promedios en cada una de las categorías para cada una de las variables y en cada uno de los factores en que se fracciona el síndrome. Se utilizó una prueba de significación estadística de diferencias entre medias. Como las categorías de cada una de las variables socio demográficas son más de dos utilizamos el análisis de varianza y la prueba de significación F. Se estableció un nivel de significación de  $\alpha \leq 0.05$

### **ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES**

Teniendo en cuenta los resultados generales obtenidos, ninguna de las instituciones evaluadas presenta en forma definida el perfil de estrés ocupacional que puede evaluar el instrumento utilizado.

Los agentes del Hospital Pediátrico son los que presentan una mejor estructura en cuanto al síndrome. Las restantes evaluaciones, demuestran un comportamiento similar entre sí, no advirtiéndose puntuaciones diferenciales que denoten la existencia del síndrome.

El factor Realización Personal mantiene un efecto protector sobre la percepción de desgaste que impone el síndrome. En cambio, no parece existir una asociación entre los valores obtenidos en la dimensión Despersonalización y Cansancio Emocional y la de Realización Personal.

Los altos valores obtenidos en Realización Personal, estarían expresando que existen sentimientos positivos hacia el trabajo, aún cuando la situación no satisfaga acabadamente las expectativas personales y motivacionales de los operadores. Parecería que la valoración de tener un trabajo, es más importante que las condiciones en las que lo desarrolla.

### **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

#### **-Algunas inferencias de los datos obtenidos**

Inicialmente señalamos que pueden haber incidido variables no controladas (propias de situaciones laborales) en el hecho de no haber registrado en las Instituciones investigadas, indicadores francos del burnout. También advertimos que pudieron incidir algunas condiciones propias del instrumento. No obstante, el procedimiento siguió de la manera en que se planteó en el estudio. Se le dio prevalencia al análisis institucional, sobre la evaluación individual de los agentes.

Lo investigado con el MBI en cuanto a la asistencia de

adultos mayores, no resultó estadísticamente significativo. Sólo podemos agregar información acerca de algunas variables en relación con el burnout en los equipos de salud, sin distinguir a quienes asisten a ancianos.

Debemos advertir que, a pesar de la claridad en la consigna y asegurar el resguardo de los datos, los agentes investigados mostraron dificultad en admitir la fatiga laboral en el cuestionario. No ocurrió lo mismo en los grupos focales realizados con asistentes de adultos mayores en los hospitales. Los trabajadores sanitarios evidenciaron falta de confianza o temor al contestar sinceramente al instrumento utilizado. Pero manifestaron gran sinceridad y libertad de opinión en el trabajo grupal. Este espacio, permitió a algunos de los sujetos poder comunicar sus dificultades y sensaciones agobiantes, fuera del cuestionario escrito.

En las entrevistas previas a la administración del instrumento o a los fines de obtener el consentimiento informado los sujetos expresan como causas de molestia y cansancio a la falta de compañerismo, solidaridad y respeto hacia la persona del profesional. El dato coincide con estudios de hospitales de Buenos Aires. (Segura, E; Leivovich, N. y col. 1997; Zaldúa, G. y col. 2004). Como en otras investigaciones realizadas en nuestro país se reiteran hallazgos como causas de estrés o fatiga laboral, las malas condiciones laborales, falta de insumos, salarios insuficientes e inseguridad para mantener el puesto de trabajo. Estas situaciones condicionan los resultados obtenidos, ya que estos profesionales estaban - y aún están-, ocupando cargos laborales precarios e inestables. Delatar y exponer estas condiciones, produce más temor -aún desde el anonimato- a la pérdida o a represalias en el trabajo, que esperanzas en que su divulgación revierta algunos factores.

La principal causa de ausentismo manifestada en el grupo focal fue el ambiente laboral adverso y el maltrato por parte del jefe inmediato. Estudios previos muestran la existencia de relación entre la satisfacción laboral y el ausentismo; también sobre la importancia de los factores psicosociales en el trabajo. Cuando las relaciones interpersonales como parte del ambiente laboral son adversas, pueden resultar un factor que propicie el ausentismo.

Creemos interesante registrar los términos de "maltrato", "abuso", "desconsideración", "falta de respeto", reiteradamente expresados por los cuidadores de adultos mayores, referidos a quienes detentan la autoridad. Las demandas resultaron autorreferenciales y no se consideró o no se pudo considerar, la situación de los ancianos a su cuidado.

Si nos atenemos a lo conceptual, podemos pensar que estuvimos ante un grupo de trabajadores afectados por el desgaste ocupacional. Hubo desatención clara de la función social que debían cumplir y de los requerimientos del paciente.

Aún cuando se hayan utilizado estrategias para incentivar a los trabajadores, *es pertinente considerar la satisfacción del trabajador como un factor determinante en la calidad de la atención, tomando en cuenta que no es*

*factible conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha en el desempeño del mismo.*

*Acordamos que un ambiente laboral inadecuado, puede convertirse en una fuente de distress e impactar en la satisfacción y desempeño laboral de un individuo, ya que una persona bajo condiciones de insatisfacción permanente, disminuye su capacidad de rendimiento y afecta su salud integral. Este fenómeno repercute inexorablemente sobre el complementario de su rol. De donde la relación asistente - asistido conforma una dupla que puede retroalimentarse en beneficios o en deterioros.*

**-Cuidar al profesional de la salud**, compromete a varios niveles institucionales. Inicialmente, mediando la información adecuada, cada trabajador de la salud debe preservar la propia. Es necesario abandonar las fantasías omnipotentes y el voluntarismo extremo. Hay responsabilidad en las autoridades sanitarias, que no deben desconocer los factores intervinientes en la aparición del síndrome estudiado. También las entidades gremiales y colegios profesionales deben intervenir activamente en la atención de este malestar laboral, al tiempo que proveen instancias capacitadoras. Las instituciones formadoras, los docentes de grado y postgrado, no pueden dejar de informar y educar acerca de los imprescindibles cuidados que protegen a los profesionales sanitarios. Finalmente, a las máximas autoridades de la Salud Pública les corresponde proponer y alentar todo programa preventivo de los desgastes ocupacionales.

### **-Algunos aportes**

En los equipos de salud, el estrés provoca la deshumanización del paciente, lo que es consecuencia de la deshumanización misma del profesional, causando la disfunción del ejercicio de su rol: La disociación profesional deja de ser instrumental, para considerar lo orgánico separado de lo afectivo y psicosocial del enfermo; la sobrecarga asistencial no da lugar para el establecimiento de un vínculo entre ambos; la relación se llena de culpas, agresividad, olvidos, distancias y errores; el profesional no logra reconocer sus propias limitaciones, mientras el sistema le recuerda la precariedad de su situación; el paciente no se siente respetado en su dolor, dignificando en su atención. (Neira, 2004)

Consideramos de importancia incluir la problemática en la currícula de pre y post-grado, posibilitando la discusión y preparación de los futuros profesionales, con un criterio más realista y comprometido.

La importancia de brindar espacios de reflexión, análisis y elaboración de la problemática asistencial, a los equipos de trabajo, es una necesidad planteada por los investigadores dedicados a resolver los conflictos institucionales, tanto como en el campo de la psicología social, como de las organizaciones, para disminuir los efectos del burn-out sobre los trabajadores, optimizando la tarea, reforzando la comunicación y elaborando las situaciones que impiden la realización de la tarea y el desarrollo del rol profesional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Ahola, K., Honkonen, T, Isometsa, E., Kalimo, R., Inquirí, E., Koskinen, S., Aromaa, A. y Lönnqvist, J. (2006) Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 11-17.
- 2) Alarcón, J., Vaz, F.J. y Guisado, J.A. (2001) Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28, 358-381.
- 3) Alarcón, J., Vaz, F.J. y Guisado, J.A. (2002) Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29, 8-17.
- 4) Atance, J.C. (1997) Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- 5) Bar, Nora. (2000) El viejismo. Artículo publicado en el diario "El Heraldó", Barranquilla, el 04/01/00.
- 6) Burger, A. (1999). Les enjeux du burnout. *Eusopean Journal of Palliative Care*. Vol.2, N° 1.
- 7) Casullo, M. : Proyecto de Vida y Decisión Vocacional. Ed. Paidós. Bs.As. , 1994.
- 8) -Fernandez López ,E. y Yuni, J. : Ilusión, identidad y educación en las personas mayores. Una apertura a la experiencia.
- 9) Fernandez Lópiz, Enrique. 1998. *Psicogerontología: perspectivas teóricas y cambios en la vejez*. Ediciones Adhara. Granada - España.
- 10) Flores Lozano, J. 1994 .El síndrome del "estar quemado". EDIKAMED. Barcelona,
- 11) -Gelvan de Veinsten, S. ; Wolkowicz, C. y otros : Proyectos para orientadores. Ed. Marymar. Bs. As. 1998.
- 12) Gil Calvo, Enrique. 1995 *Mitos y estereotipos de la vejez*. Del Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Andalucía - España.
- 13) Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999b) *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. *Anales de Psicología*, 15, 261-268.
- 14) Knopoff, R - Oddone, M.J. (Comp.). 1991. *Dimensiones de la Vejez en la sociedad argentina*. Centro Editor de America Latina., Buenos Aires - Argentina
- 15) López Bonelli, A. (1995): *Orientación Psicogerontológica en Grupos*. Seminario Internacional de Orientación y Cambio Sociocultural. Bs. As.
- 16) -Monk, A. (1997): *Actualización en Gerontología*. Asociación Gerontológica Argentina. Bs. As.
- 17) Maslach, C.; Jackson, S.E. 1997. *Inventario "BURNOUT" de Maslach*. Síndrome del Quemado por estrés laboral asistencial.
- 18) Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. (2006) *Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico*. *Atención Primaria*, 38, 544-549.
- 19) McGowan, Thomas. 1996. *Viejismo y discriminación*. *Revista de Gerontología*, núm. 46.
- 20) Morales, J.F. - Moya, M.C. 1996. *Tratado de Psicología Social*. Vol 1. Ed. Síntesis Psicológica. España.
- 21) Neira, M.C. *Cuando enferman los que curan*. Ed. Gamba Cop. Argentina
- 22) Palmore, Erdman. 1990. *Ageism: negative and positive*. Vol 25 *Springer Series*. Springer Publishing Company. Nueva York - USA.
- 23) Reig Ferrer, A. -Ribera Domene, D. (Edit.) 1992. *Perspectivas*

en Psicogerontología y Salud. Ed. Promolibro. Valencia - España.

24) -Rolla, E. : Senescencia. Ensayos Psicoanalíticos sobre la Tercera Edad. Ed. Galerna . Bs. As.

25) -Salvarezza, L.(1998) : La Vejez. Una mirada gerontológica actual. Ed. Paidós. 1998.

26) -Saurí, J. 1989 Persona y Personalización. Ed. Lohlé. Bs. As.

27) Saurí, J. (1999). El diagnóstico en Psiquiatría. Ed. Lohlé. Bs.As.

28) Schavelzon, J.(2000).Síndrome de burnout en equipos de salud. VII Jornadas de Oncología del Interior. Córdoba.

29) Vega, J.L. - Bueno, B. 1996 Desarrollo adulto y envejecimiento. Ed. Síntesis.. Madrid - España.

30) Viguera, Virginia. 2000. Tema "Prejuicios, mitos e ideas erróneas acerca del envejecimiento y la vejez", del Seminario Temas de Psicogerontología, de la UNLa Plata.

31) Walker, A.1an. Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. Revista Española de Investigación Psicológica (Reis), España, núm.73/99, pags.17 -42.

32) Zaldua, Graciela, 2000. Estudio. del Síndrome de Burnout en Hospitales.Públicos. UBA. CONICET. Buenos Aires.

33) Zaldúa G. y Lodieu, M. T. 2000. El síndrome de burnout. El desgaste ocupacional en trabajadores de la salud. En La Salud en Crisis. Ed. Dunken, Bs. As.