

Universidad de Palermo

Trabajo Final de integración:

Síndrome de burnout en el personal de enfermería de la institución elegida.

Autor: Pérez, Victoria.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	5
<i>OBJETIVO GENERAL.....</i>	<i>5</i>
<i>OBJETIVOS ESPECIFICOS.....</i>	<i>5</i>
2. ESTRÉS.....	6
2.1 DEFINICIÓN.....	6
3. ESTRÉS LABORAL.....	8
4. SINDROME DE BURNOUT.....	11
5. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO.....	17
5.1.- LA INSTITUCIÓN.....	17
5.2.-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN; OBJETO DEL ESTUDIO.....	19
5.2.1.- <i>Funciones del personal de enfermería.....</i>	<i>20</i>
6. METODOLOGÍA.....	21
6.1-MODALIDAD.....	21
6.2-DISEÑO.....	21
6.3-MUESTRA.....	21
6.4-INSTRUMENTO.....	22
6.5-PROCEDIMIENTO.....	26
6.6.-ANÁLISIS DE DATOS.....	26
6.7.-RESULTADOS.....	27
7. CONCLUSIÓN.....	35
8 .BIBLIOGRAFÍA.....	39
9. ANEXOS.....	41
ANEXOS I.....	41
<i>GRÁFICOS.....</i>	<i>41</i>
ANEXO II.....	44
<i>RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....</i>	<i>44</i>
INVENTARIO BURNOUT.....	45

1. INTRODUCCION

Este trabajo tiene sus fundamentos en que el envejecimiento progresivo de la población que ha generado una mayor necesidad de profesionales que se dediquen más al cuidado de ancianos. Las exigencias en este campo determinan que dicho personal este expuesto a presentar situaciones de desgaste físico y emocional relacionadas con las características particulares de esta actividad (Ryelant & Ayala, 2007).

Es por esto la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo que viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida que ofrecen a sus empleados (Gil Monte & Peiró, 1997).

El síndrome de Burnout ha sido conceptualizado como una respuesta al estrés laboral crónico. Es un estrés laboral asistencial de tipo organizacional que afecta fundamentalmente a los profesionales que tienen relación con usuarios, donde los servicios de salud juegan un papel importante (Maslach & Jackson, 1997).

Según Freudenberger (1974) el mayor riesgo de “burnout” se encuentra en los profesionales que trabajan con pacientes en asistencia sanitaria. Las experiencias propias del trabajo comprometen el aspecto emocional del que presta los cuidados, especialmente los médicos y enfermeros. Los mas expuestos son los profesionales cuya labor se realiza en salas de guardia y en quirófanos, o atendiendo a pacientes con enfermedades terminales, especialmente si se trata de niños. Las situaciones con riesgo de vida o de fuerte dolor físico y psíquico, sin solución o con soluciones parciales y a largo plazo son las más desgastantes. Si se añade al sufrimiento y la incertidumbre la falta de recursos de atención adecuados y de un soporte administrativo que posibilite la toma de decisiones, el desgaste profesional aparece como consecuencia digna de consideración (citado por Gil Monte & Peiró, 1997).

Podría decirse que la enfermería es una ocupación estresante. El enfermero está sometido a múltiples factores estresantes, tanto de carácter organizacional, como propios de la tarea que ha de realizar. Estas características hacen que el síndrome de Burnout tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión (Chacón & Grau Abalo, 1997).

La salud de los enfermeros es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran los cuidados específicos de enfermería (Chacón & Grau Abalo, 1997).

Dentro de las áreas de las que se ocupa la enfermería, se halla la de atención a los gerontes los ancianos.

Cabe resaltar que la gerontología, según Saran (2006) es una ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan y cuya importancia ha crecido en los últimos años debido a que ha aumentado las expectativas de vida de la sociedad actual. En esta ciencia confluyen conocimientos de la psicología, la medicina, la educación, la sociología, y tiene como objetivo convertir la experiencia de envejecer en un acontecimiento menos negativo, y hasta, incluso positivo.

Según Albaladejo et al.(2004) en su artículo publicado en *Scielo Public Health* (revista digital de salud pública) el estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como «el malestar de nuestra civilización», afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva.

En este trabajo se intentara describir lo mas claramente posible al estrés, el estrés laboral, el Síndrome de Burnout y su relación con la situación de los profesionales que se desempeñan en el área de la geriatría, , una institución privada de la Ciudad de Buenos Aires, lugar dedicado a la atención de personas mayores de edad, con o sin problemas de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Indagar la posible presencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la institución elegida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la posible presencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la institución.
- Constatar si existen diferencias significativas en la manifestación del síndrome de Burnout entre los hombres y mujeres que se desempeñan como enfermeros.
- Examinar si existen diferencias significativas en la manifestación del síndrome de Burnout, según el estado civil de los enfermeros.
- Observar si existe relación del síndrome de Burnout con la edad de los enfermeros.

2. ESTRÉS

2.1 Definición

La palabra estrés proviene del latín “stringiere” que significa provocar tensión. Este concepto ya era utilizado en el siglo XIV y con él se hacía referencia a adversidades, experiencias negativas, sufrimientos y dificultades de diversa índole. En el siglo XVII, en una explicación más asociada con lo biológico, el concepto “stress” fue definido como una fuerza generada dentro de un cuerpo, por acción de una fuerza externa que tendía a distorsionarlo. Con posterioridad estos conceptos-revolucionarios para su época-fueron adoptados por otras disciplinas y generaron distintas orientaciones teóricas

que identificaron al estrés con el estímulo, la respuesta o con la interacción de ambos (Neira, 2004).

En el ámbito específico de la salud, el término estrés fue introducido en 1950 conceptualizando a la reacción no específica del organismo ante cualquier exigencia, independientemente de la naturaleza agradable o desagradable del estímulo, lo cual determina una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales y que, previa evaluación o atribución consciente o inconsciente de los factores estresantes, permite adecuarse a las demandas externas (Mingote, 1998).

Con posterioridad Canals Lamberri (2000) definió al estrés como un comportamiento que contribuye a la supervivencia. Este comportamiento es para él, adaptativo, y se produce frente a un estímulo percibido como amenazante y excesivo frente a los recursos que tiene el profesional para enfrentarlo y a la vez mantener su integridad y su bienestar personal. (Citado por Tonon, 2003)

De esta manera se expresan mecanismos generales de adaptación de base biológica que se encuentran presentes en todos los seres humanos e implican una activación neuroendocrina y emocional que es acompañada por ansiedad, miedos, angustia y hasta sentimientos depresivos. Aunque el estrés sea un fenómeno adaptativo natural, éste resulta negativo cuando la experiencia de percepción del estímulo amenazante es excesiva, incontrolada o incontrolable.

Para establecer una constatación valorativa tanto positiva como negativa del estrés, algunos autores como Selye (1956) y Cooper (1988) utilizan términos diferentes (Sznirer 2000) (Citado por Tonon, 2003):

- **Eutrés:** Se refiere a situaciones o experiencias en las que el estrés tiene un resultado beneficioso con consecuencias positivas, porque produce la estimulación y activación adecuadas que permiten a las personas lograr mejoras con costos personales razonables.
- **Distrés:** Se refiere a situaciones y experiencias personales desagradables, molestas y con probables consecuencias negativas para la salud y para el bienestar psicológico.

El estrés es una respuesta que surge a partir de una situación de amenaza por situaciones derivadas de la propia persona, de su familia, de personas que resultaren relativamente importantes, o de la comunidad de pertenencia (Tonon, 2003).

Estos agentes perturbadores externos que provocan el estrés se denominan *estresores*, y los estímulos que conforman los estresores son valorados de diferentes formas. De manera tal que algunos de ellos pueden ser considerados como un desafío y no como una amenaza, lo cual constituye un incentivo para el desarrollo y el crecimiento personal; pero en otros casos, una exposición prolongada y reiterada de estos estresores puede ser suficiente para que se active un sistema psico-neuroendocrinológico, que puede concluir en un estrés crónico.

Lo cierto es que cualquier persona, suceso o situación puede ser un estresor, pero teniendo en cuenta que el trabajo o sea la relación laboral tiene en la actualidad una notable importancia por el tiempo que les ocupa y por su influencia en la vida de las personas, el estrés laboral merece un análisis especial.

3. ESTRÉS LABORAL

Slipak (1996) define al estrés laboral se puede como “el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de las personas para llevarlas a cabo” (Neira, 2004).

Este estrés laboral supone una carga para el trabajador, que compromete su salud y su bienestar, pero también compromete a la organización que lo contrata, por la calidad del servicio y la productividad derivadas del estrés que retroalimentariamente actúa sobre su eficiencia. De esta manera se ocasiona, por la falta de correspondencia entre las capacidades del trabajador y las requeridas por la tarea -ya sea porque la realidad contextual dificulta su realización, o porque el trabajo no satisface las necesidades y expectativas de quien lo realiza- un desacople que afecta al desarrollo personal, familiar y laboral (Neira, 2004).

Con referencia a los distintos tipos de estrés laboral Peiró (1992) que define dos tipos:

- 1) **Estrés Laboral Episódico**: cuando se da por un episodio laboral, como un despido.
- 2) **Estrés Laboral Crónico** : cuando una persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones :
 - a) **Ambiente laboral inadecuado**: compuesto por estresores del ambiente físico, como altas temperaturas, falta de ventilación, maquinaria obsoleta, ruidos, vibraciones, humedad, etc.
 - b) **Sobrecarga de trabajo**: es el estrés por sobreestimulación que puede ser objetiva o subjetiva. Se presenta por exigencias psicosensoriales violentas, simultáneas, numerosas, persistentes y variables. Esta situación genera tensión nerviosa, fatiga, irritabilidad, ansiedad, disminución de la autoestima, sensación de amenaza, aumento del consumo de nicotina, y otras adicciones para tratar de responder a la sobreexigencia. Esta situación provoca la disminución de la motivación en el trabajo y en el aporte de sugerencias laborales, provocando por ende un deterioro en las relaciones personales. Además, en este contexto se produce un marcado aumento del ausentismo.
 - c) **Alteración de los ritmos biológicos**: se produce al alterar las constantes biológicas determinadas por el ritmo circadiano determinado por las secreciones hormonales, los ciclos del sueño y el ritmo metabólico. Es común que se presente en trabajadores nocturnos, controladores aéreos, transportistas etc.
 - d) **Responsabilidades y decisiones importantes**: responsabilidades numerosas y variables, trabajo intelectual excesivo, competencia, búsqueda de eficacia etc.
 - e) **Estimulación lenta y monótona**: es el estrés por subestimulación. Se produce por la falta de estímulo normal y fisiológico de los sentidos y del pensamiento. Se presenta con frecuencia en los casos de trabajos rutinarios y automatizados

que, por sus características, no dan lugar a la creatividad y al pensamiento independiente.

- f) Condiciones laborales inadecuadas:** malas condiciones de trabajo, bajos salarios, inestabilidad laboral.

Sznirer (2000), (citado por Tonon, 2003) afirma que, en el ámbito laboral, los estresores poseen diversa naturaleza:

- A. Interorganizacionales :** son los factores intrínsecos tales como el ambiente físico del trabajo, los contenidos y las características particulares del puesto, el desempeño de roles, las relaciones interpersonales, el desarrollo de carrera los nexos entre trabajo y familia, las rutinas reiterativas y monótonas, el ritmo de trabajo determinado por las máquinas, la carga de trabajo o responsabilidades excesivas, las exigencias insuficientes en relación con la capacidad del trabajador , la insatisfacción profesional, el horario de trabajo, las condiciones del mismo, el contenido de la tarea , la falta de participación en las decisiones, la inseguridad en el empleo y el aislamiento social ,son algunos de ellos. Es también significativo el hecho de la necesidad de una permanente actualización en la capacitación, producto de los incesantes cambios tecnológicos y culturales de la actualidad, que agregan otro factor de presión sobre el trabajador sumado, también, a una creciente pérdida de sentido y significado de la actividad laboral.
- B. Extraorganizacionales:** relaciones familiares, problemas económicos, problemas legales.

Las condiciones de calidad de la vida laboral, el desarrollo de un buen clima laboral, un nivel de salud mental satisfactorio, las políticas de prevención de enfermedades profesionales, entre otros factores, permiten minimizar la existencia de estrés patológico. Por otra parte, el deterioro de la calidad de la vida laboral en una organización y los niveles elevados de estrés, pueden repercutir negativamente sobre las contribuciones que sus recursos humanos han de realizar para preservar ese estado saludable (Tonon, 2003).

4. SINDROME DE BURNOUT

Burnout significa, literalmente, “quemado” y algunos autores lo utilizan como síndrome de “quemarse en el trabajo” o también como síndrome de estrés laboral.

Pero más allá de la innegable existencia del desorden, no existe en la actualidad una definición unánimemente aceptada del Síndrome de Burn-Out (SBO), pero sí existe, al menos, un relativo consenso entre las teorías desarrolladas.

Las teorías explicativas de dicho síndrome pueden ser ordenadas a partir de dos perspectivas (Gil Monte & Peiró, 1997).

Por un lado se encuentra la *Perspectiva Clínica*, que entiende al Burn-Out como un “estado” al que una persona llega como consecuencia del estrés laboral.

Por otra parte, existe la *Perspectiva Psicosocial* que considera al Síndrome de Burn Out como un proceso desarrollado por la interacción de características personales y el ambiente de trabajo, asumiendo dicho proceso una secuencia de etapas con sintomatología diferenciada.

El término burnout _ literalmente quemarse _ fue introducido por el psicólogo H.J. Freudenberger en 1974 al analizar las causas del deterioro físico y psíquico que pueden padecer los profesionales cuyo trabajo es el cuidado de las personas en organizaciones sanitarias, educativas, de voluntariado, etc. Al presentar el término lo definió como: “quemazón es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de fuerza, energía o recursos...” explicando que el resultado de este proceso es que el profesional se vuelve inoperante”. Freudenberger llegó a estas conclusiones a partir del estudio de casos clínicos, pero rápidamente se extendieron a la relación entre la Psicopatología y los atributos inherentes al tipo específico de trabajo y clima social en que se realiza. Se considera pues al “burnout” como un tipo específico de estrés laboral, el que concierne a los profesionales cuyo objeto de trabajo es el cuidado de las personas (citado por Gil Monte & Peiro, 1997).

En 1975, Freudenberger, añade que éste estado sería el resultado de “gastarse” por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables y en 1980 lo definió

como estado de fatiga y frustración como resultado de la devoción a una causa, estilo de vida o vínculos que fracasaron en producir la recompensa esperada.

Casi al mismo tiempo que Freudenberger, la psicóloga social Maslach realiza estudios sobre las respuestas emocionales de los profesionales que trabajan con personas y como resultado define al síndrome de burn-out como un *estado* y califica a quienes lo padecen como afectados de sobrecarga emocional o síndrome de burn-out, con profundo agotamiento emocional, insensibilidad hacia los receptores del servicio, falta de realización personal y una serie de problemas psicológicos, nerviosos y físicos que mermaban su rendimiento profesional (Haydee, 1999).

En 1986, las autoras realizan una nueva conceptualización del SBO, entendiéndolo como *proceso* y definen al SBO como la respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, como un síndrome de agotamiento emocional (disminución y/o pérdida de recursos emocionales), despersonalización (desarrollo de actividades negativas hacia receptores) y baja realización personal (evaluar el propio trabajo de forma negativa) en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad (Gil Monte, 2002).

Ellas establecen una relación causal entre la inadecuación al trabajo y la sintomatología psicofísica, afirmando que ambos son imprescindibles para definir el burnout.

Los tres aspectos que se pueden observar en una persona con burnout son:

- 1) **Agotamiento Emocional:** se refiere a sentirse sobrecargado emocionalmente y agotado por el excesivo contacto con otras personas. Se puede observar cuando la fuerza o capital emocional se va consumiendo y el profesional ve como se vacía su capacidad de entrega a los demás. Es una de las primeras claves del síndrome.
- 2) **Despersonalización:** se ve como una respuesta insensible y carente hacia las personas asistidas. Es la aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que trabaja. Este proceso de endurecimiento, o deshumanización, en relación con sus casos lleva a los profesionales a considerar que esas personas son algo o

bastante merecedoras de sus problemas. El desarrollo de la despersonalización aparece relacionado con la experiencia del agotamiento emocional, actuando como nexo entre los componentes.

- 3) Disminución del Rendimiento:** deterioro de la valoración de la propia competencia y capacidad de lograr objetivos al trabajar con personas según Leiter & Maslach (1988), (citado por Chacon & Grau Abalo, 1997)

La reducción de la *autorrealización personal*, implica la tendencia a evaluarse negativamente, y surge de modo especial cuando el profesional trabaja con personas, casos en que puede sentirse infeliz y descontento, consigo mismo y con su labor.

Para Maslach el que ofrece ayuda se ve, en alguna medida, superado por la situación, perdiendo sensibilidad e interés por aquel que la necesita cayendo en posiciones deshumanizadas y despreocupadas que degradan la calidad de su trabajo. A esta situación-afirma- llegan los profesionales de la salud, afectados de sobrecarga y agotamiento emocional, derivando hacia una sensación de falta de realización personal y en una serie de problemas psicológicos, nerviosos y físicos que merman su rendimiento profesional.

Aunque recién en 1981 Maslach y Jackson utilizan públicamente por primera vez el término de Burn-Out, la creciente dimensión del problema motivó que innumerables investigadores de todas partes del mundo se abocaran al estudio del mismo llevándonos a pensar que nos encontramos en presencia de una epidemia. Los EEUU y la Comunidad Europea ya consideran a Síndrome de Burn Out una epidemia, llegando esta última a incluir al síndrome de referencia dentro de un grupo de clasificación que tiene como título: “Problemas respecto a dificultades para afrontar la vida” (Gatto, 1999).

A partir de esta definición se pueden diferenciar los siguientes síntomas fisiológicos, psicológicos y conductuales del Síndrome de Burn Out:

Psicológicos:

- Irritabilidad y enojo excesivo.
- Ansiedad.
- Rasgos depresivos.
- Labilidad emocional
- Tristeza, desesperanza.
- Actitudes rígidas e inflexibles.
- Sentimiento de frustración laboral.
- Sentimiento de despersonalización.

Fisiológicos:

- Agotamiento físico.
- Fatiga.
- Resfríos / gripes a repetición.
- Alteraciones del apetito.
- Contracturas musculares dolorosas.
- Cefaleas.
- Taquicardia.
- Hipertensión.
- Disfunciones sexuales.
- Insomnio.
- Trastornos gastrointestinales.
- Úlceras.

Conductuales:

- Expresiones de hostilidad.
- Conductas impulsivas
- Incapacidad de concentrarse en el trabajo.
- Contacto mínimo con los pacientes.
- Aumento de las relaciones conflictivas.

- Llegadas tardes.
- Salidas anticipadas.
- Distanciamiento recurrente del área de trabajo.
- Aumento del ausentismo.
- Comunicación no verbal.
- Actitud cínica.
- Aumento del consumo de café, alcohol, cigarrillos y psicofármacos.

Estos síntomas, siguiendo con la clasificación planteada en el trabajo de Gatto (1999), podrían a su vez dividirse en cuatro estadios de evolución, a saber:

- 1) **Leve:** quejas recurrentes- Cefaleas-Dolores de espalda-Síntomas físicos vagos- Cambios de carácter.
- 2) **Moderado:** insomnio-Dificultad para concentrarse-Dificultad en las relaciones interpersonales-Variaciones en el peso-Disminución de la libido-Pesimismo.
- 3) **Grave:** aumento del ausentismo-Disminución notable de la productividad- Sensación de disgusto, rechazo o aversión-Baja autoestima-Abuso de alcohol o psicofármacos-Cinismo como forma de negación de los problemas que se incrementan.
- 4) **Extremo:** aislamiento-Sentimiento de pena tristeza- Riesgo suicida importante- Crisis existencial (no encuentra sentido al trabajo ni a la profesión)-Sensación de fracaso- En algunos casos se llega al suicidio.

Es menester tener en cuenta que las consecuencias del Síndrome de Burnout son de una gravedad tal que convierten a la evaluación de las situaciones que de él se derivan, por su impacto en el colectivo sanitario, en una tarea impostergable. Los índices de morbilidad en-principalmente- médicos y enfermeras son mencionados por Zaldúa y Lodieu (1995) en su trabajo “La Salud de los Trabajadores de la Salud” y mencionan, por ejemplo, que la tasa de suicidios de los médicos es tres veces más alta que en la población en general, también en la misma proporción es el número de casos de cirrosis, y en una relación de dos a uno en el caso de accidentes de tránsito. También Marginson (1995) informa que la depresión, el alcoholismo y la dependencia de drogas están especialmente asociados a los psiquiatras y

anestesiastas, profesiones que muestran la más alta tasa de suicidios. (Citado por Zaldua, G & Lodieu, 2000)

Asimismo, se pueden considerar a una cantidad de variables que aparecen asociadas al Síndrome de Burn Out, algunas de carácter sociológico, como la edad del sujeto en relación de la cantidad de experiencia en su profesión (Cerniss 1982; Maslach, 1982; Russell, 1987) y el sexo y variables familiares (Burke & Greenglass, 1989). En referencia a estas últimas, parece ser que la estabilidad afectiva y el hecho de ser padre o madre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas (Cob, 1976). Además, hay indicios de que la personalidad del individuo influye en la probabilidad de llegar a una situación de Burn Out. En este sentido, una personalidad muy orientada a la auto-realización del éxito y ultra competitiva es más propensa a padecer el Síndrome de Burn Out, como así también otro tipo de trastorno de ansiedad, entre otras cuestiones por la enorme autoexigencia, la urgencia para obtener resultados, (Garden 1989; Mazur & Lynch 1989). (Citados por Quevedo Aguado, M.P., et al, 1999)

Mas allá de las diferentes conceptualizaciones, existe un consenso, por lo que ha quedado establecido como una respuesta a la estresante situación laboral que se produce, principalmente, en el marco del mercado laboral de prestaciones de servicio a personas; que incluye sentimientos displacenteros y actitudes negativas hacia éstas y hacia el propio trabajo.

Gil Monte y Peiró (1997) consideran que el SBO puede ser entendido como cierta experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, laboral y en lo que respecta al propio sujeto. Su resultante se originaría a raíz de un proceso de interacción mediante el cual el individuo busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de gran importancia, mientras que las variables de la personalidad cumplen una función, facilitadora o inhibidora en dicho proceso.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

5.1.- LA INSTITUCIÓN

La institución elegida atiende a personas mayores de alto nivel socioeconómico que deben transitar un período de convalecencia o recuperación. Para ello cuenta con un equipo interdisciplinario capacitado en las áreas médica, psicológica, terapéutica y hotelera que confiere importancia al aporte de cada sector para dar un abordaje integral a cada residente.

El hotel asistido es una concepción relativamente nueva para la recuperación de pacientes con distintas patologías, ya que permite superar situaciones difíciles de solucionar en instituciones tradicionales como sanatorios, hospitales, clínicas de rehabilitación, geriátricos u hoteles. Este lugar está concebido para ofrecer infraestructura a personas mayores ya que posee asistencia en diversas áreas como clínica enfermería, nutricional, kinesiología, las 24 horas del día. Además posee un área de multiestimulación que consta de distintos talleres y actividades como: entrenamiento de memoria, plástica, teatro, gimnasia, yoga, coro, inglés, grupos de reflexión, Tai Chi Chuan, terapia ocupacional, musicoterapia, cine, recreación, juegos de mesa, entre otras.

Esta institución posee distintos servicios como la de *vivienda asistida* con residencia y asistencia permanente para cualquier persona mayor que debe optar entre vivir sola, en casa de hijos o familiares o en la institución que es un ambiente socialmente integrado a un núcleo de huéspedes con quienes puede compartir diversas actividades programadas, gozando de cuidados por parte del equipo interdisciplinario.

Otro de los servicios ofrecidos es el de *rehabilitación*. Para ello cuenta con una infraestructura adecuada para completar tratamientos médicos y/o quirúrgicos donde se hace un seguimiento médico clínico, asistencia kinesiológica y nutricional y enfermería durante las 24 horas. En esta área se pretende encontrar soluciones a diferentes situaciones de índole médico, psicológico o social como:

- La imposibilidad de recibir asistencia familiar (por lejanía u otras causas),

- Necesidad de completar un tratamiento médico o quirúrgico, que no justifique prolongar la internación sanatorial – hospitalaria,
- Necesidad de efectuar recuperaciones de enfermedades psíquicas que ya no requieren internaciones, ni permiten aún el retorno al hogar,
- Necesidad de "descomprimir" situaciones de tensión familiar,
- Necesidad, para un paciente del interior, de permanecer en Buenos Aires para completar un tratamiento o realizar consultas médicas,
- Abordar la cura de alguna enfermedad crónica que requiera de cuidados especiales, como recibir nebulizaciones, inyectables, dietas especiales, etc., lo que evitaría que el paciente realice sucesivos viajes entre su casa y el centro asistencial.

Y el tercero de los servicios con los que cuentan es el de *Club* que es un espacio donde las personas mayores se pueden encontrar con pares y desarrollar actividades que mantengan ágiles el cuerpo y la mente como el grupo de reflexión, coro, taller de yoga, taller de recreación, taller de plástica, taller de gimnasia, taller de inglés, taller de manos a la obra, entre otros.

Estos servicios pueden realizarse debido al personal médico especialmente capacitado para cumplir dichas tareas, pero sin duda los médicos no podrían cumplir su tarea adecuadamente sin la colaboración permanente del cuerpo de enfermería que tienen contacto directo, personal y diario con los pacientes. Estos enfermeros son los que con su trabajo tratan de hallar las soluciones a todas estas situaciones problemáticas, por mas simple que ellas sean o parezcan.

5.2.-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN; OBJETO DEL ESTUDIO

El cuerpo de enfermería se encuentra compuesto en total por 38 enfermeros: 32 mujeres y 6 hombres de entre 19 a 40 años, algunos en situación de contratados y otros fijos o permanentes.

La formación de estos enfermeros es muy variada, ya que los enfermeros más jóvenes se encuentran cursando la carrera de enfermería, mientras que los adultos son enfermeros universitarios.

En cuanto al tiempo que se encuentran trabajando también varía notablemente ya que se llevó a cabo un cambio masivo del personal de enfermería como consecuencia del cambio del jefe de enfermería.

Estos enfermeros cumplen turnos por horas: a la mañana 8 horas de trabajo al igual que por la tarde, mientras que por las noches los turnos son de 10 horas, y se trabaja noche de por medio. Estos enfermeros tienen un día libre por semana y son reemplazados por 9 enfermeros franqueros.

Los gerontes están ubicados por pisos de acuerdo a sus capacidades tanto a nivel físico como a nivel mental. En cada piso varia la cantidad de enfermeros de acuerdo con los cuidados que los internos requieren. En el primer piso se encuentran pacientes 17 pacientes autoválidos de los cuales se encargan 3 enfermeros por la mañana, 2 por la tarde y uno por la noche; en el segundo piso se hallan 19 pacientes autoválidos con dependencia mínima los cuales son atendidos por 3 enfermeros por la mañana, 2 enfermeros por la tarde y 2 enfermeros por la noche; y en el tercer piso se encuentran 22 residentes severamente dependientes los cuales son tratados por 5 enfermeros por la mañana , 4 enfermeros por la tarde y 3 enfermeros por la noche.

Los residentes autoválidos son personas mayores con funciones psíquicas y físicas deterioradas normalmente por el paso del tiempo, sin patologías específicas. Los residentes autoválidos con dependencia mínima son internos que tienen algunas dificultades físicas pero que no requieren una atención constante como la de los residentes del tercer piso que son internos con dificultades tanto físicas (como la enfermedad de Parkinson) como mentales (como la enfermedad de Alzheimer).

5.2.1.-Funciones del personal de enfermería

Algunas de las funciones básicas realizadas por el personal de enfermería encargado de gerontes son proveer de higiene, alimentación y medicación a los residentes, curarles las heridas, acompañarlos al baño y a los diferentes talleres, hacer el control diario de los signos vitales ya que tratándose de gerontes estas tareas son muy importantes. Otras

de las actividades realizadas están consideradas dentro de las llamadas cuidados especiales. Estas son los cuidados de limpieza e hidratación de los residentes y la supervisión y colaboración de los acompañantes terapéuticos. Los enfermeros comienzan a realizar estas tareas a partir del ingreso del residente hasta su alta médico, o partida voluntaria.

Estas actividades desarrolladas por el personal de enfermería requieren un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que se les atiende, ya que se trabaja con los aspectos más intensos del paciente como son: sus sufrimientos, miedos, frustraciones, entre otros, todo esto integrado puede producir en los profesionales que trabajan en esta profesión actitudes de despersonalización, falta de realización personal en el trabajo, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Estas respuestas son más frecuentes en profesionales de las organizaciones de servicio (médico, maestros, funcionarios, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales instituciones como los pacientes, alumnos, indigentes, entre otros (Maslach & Jackson, 1981).

Todo esto sumado a las características de la labor desarrollada y el tiempo que ella requiere, hacen que el personal de enfermería se encuentre en una situación altamente estresante, hecho que hace que sea importante realizar una investigación a los fines de observar si en estos profesionales se manifiesta o no el síndrome de Burnout.

Norman Cousins (1993) en su libro “Anatomía de una enfermedad” expresa que en repetidas ocasiones las curaciones de enfermedades orgánicas se deben, no tanto al tratamiento empleado, si no a la fé que el paciente tiene en la eficacia del tratamiento y a la comodidad brindada por los cuidados de las enfermeras, ya que estas al ser animadas y amables producen el mismo efecto que los medicamentos más sofisticados.

6. METODOLOGÍA

6.1-Modalidad: Descriptivo.

Ya que en este trabajo sólo se va a indagar si el síndrome de Burnout se manifiesta en los enfermeros y en el caso de ser afirmativo, si esto guarda alguna relación con otras variables (edad, sexo, estado civil).

6.2-Diseño: Transversal.

Esto quiere decir que se van a recolectar los datos en un solo momento y tiempo único, ya que el propósito es describir las variables: Burnout, edad, tiempo en este trabajo, sexo de los enfermeros que trabajan en la mencionada institución, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

6.3-Muestra

La población del presente estudio está compuesta por el personal que desempeña tareas de enfermería en la institución elegida.

Dado que para el presente estudio se solicitó la participación voluntaria de los intervinientes, y algunos no pudieron o no quisieron hacerlo, no se trabajó con el total de la población (38 enfermeros) sino con una muestra. La muestra está compuesta por: treinta enfermeros: seis hombres y veinticuatro mujeres.

El número de mujeres es significativamente mayor al de los hombres, pero esta situación está relacionada con el hecho de que es mayor la cantidad de mujeres que trabajan en dicha institución.

El estudio se realizó mediante muestreo de tipo no probabilístico, cuyo rango de edad abarca desde los 19 a los 40 años, , con una antigüedad en el puesto de 1 mes a 4 años.

Tabla 1: Sexo

Sexo

sexo	Femenino	masculino
total	24	6

Tabla 2: Estado civil

Estado civil	Mujeres	Hombres
soltero	20	5
casado	3	1
divorciado	1	
total	24	6

Tabla 3: Antigüedad en el puesto

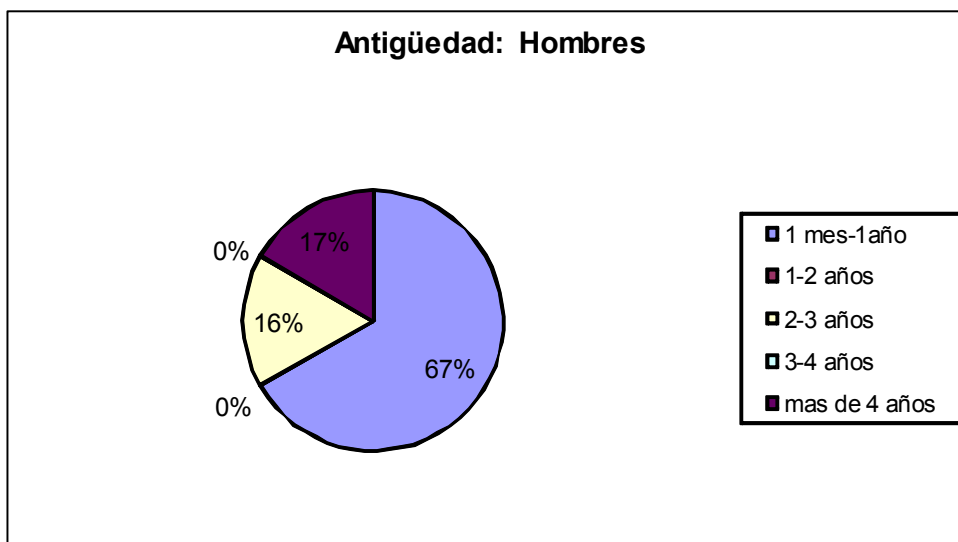
Tiempo	Mujeres	Hombres
1 mes – 1 año	20	4
1-2 años	1	
2-3 años	1	1
3-4 años	2	
Más de 4 años		1
Total	24	6

Tabla 4: Edad

Edad	Mujeres	Hombres
19-25 años	14	2
26-30 años	3	3
31-35 años	4	1

Más de 35 años

Total



6.4-Instrumento

A todos los enfermeros se les aplicó el cuestionario de burnout MBI (Maslach & Jackson, 1997) que consiste en un inventario auto administrado, conformado por 22 reactivos que son aseveraciones sobre sentimientos personales o actitudes, valoradas con una escala Tipo Lickert conformada por siete adjetivos que evalúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

Nunca

Alguna vez al año o menos

Una vez al mes o menos

Algunas veces al mes

Una vez por semana

Algunas veces por semana

Todos los días

Las alternativas de respuestas poseen una codificación pre-establecida que se extiende de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días) puntos según aumenta la frecuencia de aparición de la situación descrita.

Dado que el instrumento fue construido mediante un análisis factorial, el mismo está conformado por tres subescalas que miden las dimensiones características del burnout:

Cansancio o agotamiento emocional: formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar emocionalmente exhausto y agotado por el trabajo.

Los ítems son:

1- Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.

2- Al final de la jornada me siento agotado.

3- Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.

6- Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.

- 8- Me siento "quemado" por el trabajo.
- 13- Me siento frustrado por mi trabajo.
- 14- Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.
- 16- Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.
- 20- En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.

Despersonalización: consiste en 5 ítems que describen una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios de cuidados o servicios. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Cabe aclarar que tanto en esta escala como la anterior los profesionales con puntuaciones altas presentan grados elevados de vivencia del síndrome del estrés laboral asistencial.

Los ítems son:

- 5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.
- 10- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.
- 11- Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.
- 15- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.
- 22- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

Realización Personal: contiene 8 ítems que describen sentimientos de competencia y autoeficacia o el logro exitoso en el trabajo con personas. En esta escala a diferencia de las otras, las puntuaciones bajas son indicadores del síntoma.

Los indicadores son:

- 4- Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.
- 7- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.
- 9- Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en los pacientes.

12- Me encuentro con mucha vitalidad.

17- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.

18- Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.

19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.

21- Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.

Un alto grado de burnout se refleja en los puntajes elevados de las subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización; y bajo en Realización Personal.

El término medio se refleja en los puntajes medios en las subescalas de Realización Personal.

Las puntuaciones se consideran bajas entre 1 y 33 puntos.

En la subescala Agotamiento Emocional el puntaje máximo es de 54 puntos. En la escala Despersonalización es de 30, y en la subescala Realización Personal el puntaje máximo alcanza los 48 puntos.

La tarea de puntuación consiste en sumar todos los puntos o grados de frecuencia en las preguntas correspondientes a cada subescala evaluada. El puntaje va de 0 a 7. A menor frecuencia en que la persona tiene estos sentimientos, menor puntaje, a mayor frecuencia de sentimientos, mayor puntaje.

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

Las puntuaciones directas obtenidas en la fase de corrección y puntuación no son interpretables por si mismas, no tienen significación por su valor absoluto, es por esto que se utilizaron tablas de baremos, atendiendo según el sexo de los enfermeros.

Estas tablas de baremos permiten la conversión de las puntuaciones directas a puntuaciones universales llamadas centiles, cuya escala ordinaria va desde 1 a 99, y la escala típica S cuya media vale 50 y su desviación es de 20 unidades, en esta escala típica la mayoría de los sujetos se encuentran entre los valores 3 y 97 de esta escala típica.

Una de las recomendaciones de la autora es mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única ya que no está claro si las tres inciden igual en la puntuación única o si miden aspectos compartidos de un mismo constructo y por lo tanto unificables.

En la clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados en el MBI, teniendo como punta de mira el síndrome, en la categoría baja se encontrarían los resultados de los sujetos que ocupan el tercio inferior (centiles 1 a 33), en la categoría media están las puntuaciones de los casos que ocupan el tercio central de una distribución normal (centiles 34 a 66) y en la categoría alta se recogen las puntuaciones del tercio superior (centiles 67 a 99). Cabe aclarar que para su uso es necesario recordar que el polo alto de la escala RP del MBI debe ser la falta de Realización Personal (propio de una persona con este síndrome).

Cabe aclarar que el instrumento es una versión experimental española elaborada a partir de la edición original de 1986. (Se adjunta copia del instrumento en anexos).

6.5-*Procedimiento*

En el presente estudio se solicitó como recomiendan las autoras la participación voluntaria de los enfermeros, asegurándoles que su identidad y su comportamiento individual no serán revelados, y se les pidió que completen el cuestionario sociodemográfico MBI, (Burnout Maslach Inventory de Maslach, 1997).

Todos los inventarios fueron repartidos en distintos momentos, ya que los enfermeros trabajan en distintos turnos, y se tuvo que concurrir a la institución en diferentes horarios de acuerdo al momento en que estaba trabajando cada grupo.

Las instrucciones fueron leídas individualmente a cada persona a la que se le entregó la encuesta, la que luego fue completada por cada una de ellas en forma individual permaneciendo atenta para aclarar cualquier duda que se pudiera presentar.

Como este trabajo no tiene carácter obligatorio para el personal del establecimiento, hubo personas del sexo femenino que no accedieron a contestar la encuesta. Al respecto corresponde mencionar que su número fue insignificante y que no afecta a la investigación en su totalidad.

6.6.-Análisis de datos

Del total de 38 enfermeros que se encuentran trabajando actualmente (32 mujeres y 6 hombres) solamente accedieron a ser encuestados 30, es decir el 79%. Del total de enfermeros encuestados corresponde un 80% a mujeres (24) y un 20% a hombres (6).

La edad promedio de los encuestados es 26 años, siendo un 73 % menor de 30 años.

El estado civil predominante es soltero que cuenta con un 80%; mientras que los casados corresponden a un 17 % y los divorciados son tan solo 3%. Del total solo tienen hijos un 33%.

La mayoría que corresponde a un 70% se encuentra en una situación laboral de contratados y el 30% son trabajadores fijos.

La antigüedad laboral promedio es de 10 meses, siendo un 63,33 los que ingresaron a trabajar hace menos de 6 meses.

Los datos de los gráficos figuran en el anexo.

6.7.-Resultados

El puntaje promedio obtenido entre los enfermeros para cada escala es:

- Cansancio Emocional: 29 puntos.
- Despersonalización: 43,96 puntos.

- Realización Personal: 70,23 puntos.

En cuanto al objetivo general de la investigación que es investigar si existe o no Burnout en la población estudiada, se pudo comprobar que no existe, ya que para que esto sea así, tendría que aparecer en las 3 escalas simultáneamente niveles de Burnout, en las escalas de CE y DP tendrían que aparecer puntuaciones altas, esto sería por encima de los 57 centiles y en la escala de RP tendrían que aparecer puntuaciones bajas inferiores a los 33 centiles.

Con el fin de analizar cada una de las dimensiones en forma independiente, de acuerdo con la recomendación para el MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach & Jackson, se presentan los resultados obtenidos en el inventario correspondiente a cada una de las dimensiones del síndrome sobre el total de la muestra investigada, se obtuvieron los siguientes resultados:

Para la dimensión Cansancio Emocional, se manifestó solo el 3% del total de los casos con niveles altos de Burnout, un 47% de todos los casos con un nivel de burnout medio, y el 50% casos con un nivel bajo. Este 3% es un porcentaje muy inferior, ya que corresponde a un solo caso, por lo cual su importancia es ínfima.

En la dimensión Despersonalización se pudo observar que el 17% de los casos aparecen con niveles altos de Burnout, el 53% de los casos muestran niveles medios y con niveles bajos aparece un 30%.

En la dimensión Realización Personal, se observó que el 70% de los enfermeros obtuvo puntuaciones altas lo que es un buen indicador, el 13% presentó puntuaciones medias y el 17% consiguió puntuaciones bajas.

Porcentajes de Burnout:

Cansancio Emocional

- Alto:3%
- Medio:47%
- Bajo:50%

Despersonalización

- Alto:17%
- Medio:53%
- Bajo:30%

Realización Personal (esto es alta realización personal)

- Alto:70%
- Medio:13%
- Bajo:17%

Para analizar más detalladamente los objetivos específicos, se hicieron cuadros comparativos donde se compararon las distintas variables (sexo, estado civil, edad) con las diferentes variables de la escala de burnout (cansancio emocional, despersonalización, realización personal).

Según los objetivos específicos planteados, se realizó un análisis donde se compararon los valores más altos (los que indican la presencia o no de dicho síndrome) de cada escala, y otro análisis paralelo donde se compararon los valores altos, medios y bajos de cada escala de acuerdo a las distintas variables.

Con respecto al análisis del objetivo de constatar si existen diferencias significativas en la manifestación del síndrome de Burnout, entre los 6 hombres que corresponden al 20% y las 24 mujeres que corresponden al 80% del total, los porcentajes que se obtuvieron son dispares, ya que las muestras no son homogéneas.

Se pudo observar que en la escala de cansancio emocional no hay ningún hombre con un elevado nivel de burnout, en tanto que una mujer presenta un elevado nivel de burnout lo que determina a un 3,33% del total, porcentaje realmente insignificante.

A la vez presenta un nivel medio de cansancio emocional el 45% de mujeres y el 50% de los hombres, lo cual arroja porcentajes bastantes parejos.

Y con un bajo nivel de cansancio emocional existe una paridad en los porcentajes ya que el 50% son mujeres y el 50% son hombres.

Tabla 5 : Cansancio emocional según el sexo.

Cansancio emocional	Mujeres	hombres
alto	1 (4,16%)	0
medio	11 (45.83%)	3 (50 %)
bajo	12 (50%)	3 (50%)
total	24 (100%)	6 (100%)

En la escala de despersonalización existen cinco personas del total con elevado nivel de burnout, de las cuales tres son mujeres que corresponden al 60% y dos hombres que corresponden al 40 %.

A su vez el 12,5 % del total de las mujeres presentaron un elevado porcentaje en la escala de despersonalización, mientras que en el caso de los hombres con elevado nivel de despersonalización el porcentaje fue 33,33%. Estas cantidades resultan un poco más llamativas ya que en este caso el porcentaje de hombres es un poco más del doble.

En cuanto al nivel medio de despersonalización en esta escala las mujeres representan un 58,33%, mientras que los hombres representan un 33,33%. En este caso la cantidad de mujeres con un nivel medio de burnout es casi el doble.

Y por último con un bajo nivel de despersonalización se encuentran un 27,16% de mujeres y un 33,33% de hombres, porcentajes bastante similares entre sí.

Tabla 6: Despersonalización según el sexo.

Despersonalización	Mujeres	hombres	total
alto	3(12.5%)	2(33,33%)	5(16.66%)
medio	14(58,33%)	2(33,33%)	16(53,33%)
bajo	7(29,16%)	2(33,33%)	9(30%)
total	24 (100%)	6 (100%)	30 (100%)

En la escala de realización personal sucede algo similar a la escala de despersonalización, ya que son cinco personas en total con baja realización personal, de las cuales tres son mujeres que corresponden al 60% mientras que los hombres que son dos corresponden al 40%.

También cabe resaltar que el 12,5% de las mujeres y el 33,33% de los hombres presentaron un bajo nivel de realización personal, en este rubro se puede notar una diferencia ya que en el caso los hombres superan un poco más del doble a las mujeres.

Tabla 7: Realización personal según el sexo.

Realización personal	Mujeres	hombres	total
alto	18(75%)	3(50%)	21(70%)
medio	3(12.5%)	1(16,66%)	4(13,33%)
bajo	3(12,5%)	2(33,33%)	5(16,66%)

total	24 (100%)	6 (100%)	30 (100%)
--------------	------------------	-----------------	------------------

En cuanto al tercer objetivo específico que es examinar si existen diferencias significativas en la manifestación del síndrome de Burnout, según el estado civil de los enfermeros, vale aclarar que la diferencia entre los distintos estados civiles es amplia, ya que los solteros, que son 25 equivalen al 83,33 %, los casados que son 4 corresponden al 13,33% y solamente existe un divorciado que representa al 3,33% del total. Estas diferencias determinan que las muestras no necesariamente serán homogéneas, ya que se puede constatar una gran disparidad en los solteros que son una amplia mayoría.

En la escala de cansancio emocional solo una persona soltera obtuvo un puntaje alto, esto corresponde al 3,33 % del total, y ninguna casada ni divorciada obtuvo puntajes altos, lo que demuestra que no hay diferencias de acuerdo al estado civil, en esta escala.

Asimismo debe señalarse que un elevado nivel de burnout en esta escala de cansancio emocional corresponde al 4% de los solteros mientras que los casados y divorciados no obtuvieron puntaje alto en esta escala.

En cuanto al nivel medio de cansancio emocional el mismo se manifestó en el 44% de los solteros, en el 75% de los casados y en ningún divorciado. Estos porcentajes son relativamente desparejos para las proporciones que se manejan.

Y un bajo nivel de cansancio emocional en esta escala corresponde al 52% de solteros, al 25% de casados y al 100% de divorciados.

Tabla 8 : Cansancio emocional según estado civil

Cansancio emocional	Solteros	Casados	Divorciados	total
Alto	1(4%)			1(3,33%)
Medio	11(44%)	3(75%)		14(46,66%)
Bajo	13(52%)	1(25%)	1 (100%)	15 (50%)
Total	25 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	30 (100%)

En la escala de despersonalización del total de enfermeros obtuvieron elevados puntajes solo cinco personas, que corresponden al 16,67 % del total, destacando en este último porcentaje que el mismo coincide con las personas solteras. Entre las personas casadas y divorciadas, que son 5 en total, ninguna obtuvo puntaje alto.

Ninguna persona casada o divorciada obtuvo puntaje alto, situación que no se presentó entre las personas solteras, cuyo porcentaje fue del 20%.

En cuanto a un nivel medio de despersonalización se pueden observar la existencia del 44% en el rubro de los solteros, y el 100% entre los casados y los divorciados.

Y en cuanto a un nivel bajo de despersonalización se puede visualizar que ningún casado o divorciado se encuentra en esta clasificación, mientras que los solteros representan el 36%.

Tabla 9: Despersonalización según estado civil

Despersonalización	Solteros	Casados	Divorciados	Total
Alto	5(20%)			5(16,66%)
Medio	11(44%)	4 (100%)	1 (100%)	16(53,33%)
Bajo	9(36%)			9(30%)
Total	25(100%)	4 (100%)	1 (100%)	30 (100%)

En la escala de realización personal, solo el 16,66% del total de los 30 enfermeros presentó un bajo nivel, de los cuales cuatro personas son solteras, lo que representa el 80 %, una persona casada que corresponde al 20 % y ninguna divorciada.

También se analizó los distintos niveles de realización personal y se pudo constatar que con un bajo nivel aparecen el 16% de personas solteras y el 25% de personas casadas, mientras que ninguna persona divorciada. Estos porcentajes no son muy relevantes ya que son relativamente bajos.

En cuanto a un nivel medio de realización personal se pudo observar que solo el 16% de las personas casadas se hallan en este nivel, y ninguna persona casada ni divorciada.

En relación a un nivel alto de realización personal se pudo comprobar que el 100% de los divorciados, el 75% de los casados y el 68% de los solteros lo presentan. Estos porcentajes son muy parejos y alentadores, ya que el elevado nivel de realización es un buen indicador de conformidad con el lugar donde se trabaja.

Tabla 10: Realización personal según estado civil.

Realización Personal	Solteros	Casados	Divorciados	Total
Alto	17(58%)	3(75%)	1 (100%)	21(70%)
Medio	4(16%)			4(13,33%)
Bajo	4(16%)	1(25%)		5(16,66%)
Total	25 (100%)	4 (100%)	1 (100%)	30 (100%)

En cuanto al último de los objetivos específicos que se relaciona con la edad de los enfermeros, para analizar los datos se los clasificó en diferentes grupos que se verán reflejados en los siguientes cuadros.

En este caso se clasificó las edades en cuatro categorías:

- De 19 a 25 años, que son 16, lo que equivale al 53,33 %.
- De 26 a 30 años, que son 6, lo que equivale al 20 %
- De 31 a 35 años, que son 5, lo que equivale al 16,67 %
- Más de 35 años, que son 3, lo que equivale al 10 %.

En este análisis, un poco más de la mitad de las personas encuestadas, el 53,33% tienen entre 19 y 25 años, y que por corresponder a la mayoría, podría significar que los resultados no sean tan parejos.

En cuanto al cansancio emocional sólo una persona del total obtuvo puntuación alta en esta escala, lo que corresponde al 3.33 %.

Analizando los distintos niveles se pudo observar que el 6,25% de los enfermeros entre 19 y 25 años presentan un alto nivel de cansancio emocional, mientras que los enfermeros que tienen entre 26 y más de 35 años, no presentan un alto nivel de cansancio emocional.

Con referencia a un nivel medio de cansancio emocional se pudo constatar que el 37,5 % de los encuestados de 19 a 25 años se identifican con este porcentaje, mientras que el 66,66% de los sujetos que tienen entre 26 y 30 años, el 60% de las personas que tienen de 31 a 35 años y el 33,33% de las personas con más de 35 años, todos ellos se manifiestan en esta categoría.

En cambio con un bajo nivel se presentan el 56,25% de enfermeros de 19 a 25 años, 33,33% de enfermeros que tienen entre 26 y 30 años, 40% de sujetos que tienen entre 31 y 35 años y el 66,66% de personas con más de 35 años.

Tabla 11: Cansancio emocional según edad.

Cansancio emocional	19 -25	26 -30	31 - 35	Mas de 35	total
Alto	1(6,25%)				1(3,33%)
Medio	6(37,5%)	4(66,66%)	3(60%)	1(33,33%)	14(46,66%)
Bajo	9(56,25%)	2(33,33%)	2(40%)	2(66,66%)	15(50%)
Total	16 (100%)	6 (100%)	5 (100%)	3 (100%)	30 (100%)

En cuanto a la escala de despersonalización obtuvieron puntajes altos tres personas que tienen entre 19 y 25 años que representan el 60%, una persona que tiene entre 26 y 30 años que representa el 20 % ; una persona que tiene entre 31 y 35 años que responde al 20 % y ninguna persona de más de 35 años.

En otro nivel de análisis se puede observar que el 18,75% de las personas que tienen entre 19 y 25 años, el 16,66% de sujetos que tienen entre 26 y 30 años, el 20% de enfermeros que tienen entre 31 y 35 años, y ninguna de más de 35 años, tienen un elevado nivel de despersonalización. Estos porcentajes demuestran paridad entre las personas que presentan dicha característica.

Con niveles medios de despersonalización se encuentran el 43,75% de los sujetos que tienen entre 19 y 25 años , el 66,66% de personas que tienen entre 26 y 30 años , el 40% de personas que tienen de 31 a 35 años, y el 100% de personas con más de 35 años.

Y con niveles bajos de despersonalización se encuentran el 40% de enfermeros que tienen entre 31 y 35 años, el 16,66% de sujetos que tienen de 31 a 35 años, el 37,5% de personas que tienen de 19 a 25 años y ninguna persona de más de 35 años.

Tabla 12: Despersonalización según edad.

Despersonalización	19-25	26-30	31-35	Mas de 35	total
Alto	3(18,75%)	1(16,66%)	1(20%)		5(16,66%)
Medio	7(43,75%)	4(66,66%)	2(40%)	3 (100%)	16(53,33%)
Bajo	6(37,5%)	1(16,66%)	2(40%)		9(39%)
Total	16 (100%)	6 (100%)	5 (100%)	3 (100%)	30 (100%)

En cuanto a la escala de realización personal obtuvieron puntajes bajos tres personas de 19 a 25 años que representan el 60%, una persona de 26 a 30 años, una persona de más de 35 años que significan en ambos casos el 20 % y ninguna persona de entre 31 y 35 años.

Desde otra perspectiva de análisis se puede ver que el 18,75% de las personas que tienen de 19 a 25 años, el 16,66% de los sujetos que tienen de 26 a 30 años, el 33,33% de enfermeros que tienen más de 35 años, y ninguna persona de entre 31 y 35 años presentan un bajo nivel de realización personal.

Con niveles medios de realización personal se encuentran el 6,25% de personas que tienen entre 19 y 25 años, el 33,33% de enfermeros que tienen entre 26 y 30 años, el 20% de sujetos que tienen entre 31 y 35 años y ninguna con más de 35 años.

Y por último con elevados niveles de realización personal se encuentran el 75% de personas que tienen entre 19 y 25 años, el 50% de quienes tienen entre 26 y 30 años, el 80% de sujetos de 31 a 35 años, y el 66,66% de enfermeros de más de 35 años. Estos porcentajes elevados indican que la mayoría de las personas se encuentran conformes con el lugar donde trabajan.

Tabla 13: Realización personal según edad.

Realización personal	19-25	26-30	31 -35	Mas de 35	total
Alto	12(75%)	3(50%)	4(80%)	2(66,66%)	21(70%)
Medio	1(6,25%)	2(33,33%)	1(20%)		4(13,33%)
Bajo	3(18,75%)	1(16,66%)		1(33,33%)	5(16,66%)
Total	16 (100%)	6 (100%)	5 (100%)	3 (100%)	30 (100%)

7. Conclusión

El objetivo de la presente investigación fue indagar si los enfermeros que actualmente trabajan en la institución elegida presentan el síndrome de Burnout y se pudo comprobar que no, ya que los datos reunidos demuestran que en ellos nunca se manifestó, simultáneamente en las tres dimensiones, un alto nivel de burnout.

En la dimensión de Cansancio Emocional (CE) sólo se presentó una persona con un puntaje alto, 14 personas con puntuaciones medias y 15 personas con puntajes bajos; en Despersonalización (DP) se presentaron 5 personas con puntajes altos, 16 personas con puntajes medios y 9 personas con puntajes bajos Asimismo en la dimensión Realización Personal (RP) se observó que más de la mitad de las personas encuestadas(21) obtuvo puntajes altos, 4 personas puntuaciones medias y 5 personas puntajes bajos, lo que demuestra que la mayoría se siente conforme con su trabajo.

Para analizar los objetivos específicos de constatar si existen diferencias significativas en la manifestación del síndrome de acuerdo al sexo, al estado civil y a las edades, se analizó cada escala en particular (CE, DP, y RP) y a su vez cada nivel (bajo, medio y alto).

Analizando la diferencia entre hombres y mujeres, en primer término corresponde aclarar que las muestras no son homogéneas ya resulta notable la superioridad numérica

de las mujeres. En la escala de CE se pudo comprobar que no existen diferencias significativas. En la escala de DP se pudo observar una pequeña diferencia en los niveles altos y medios, mostrándose los hombres con casi el doble de porcentaje que las mujeres en los niveles altos y mostrando casi la mitad del porcentaje en los niveles medios, siendo muy parejos los porcentajes en los niveles bajos. Y por último, en cuanto a la diferencia en RP se pudo ver que no hay grandes diferencias en esta escala en cuanto a los niveles medios y altos, pero sí una pequeña diferencia en cuanto al nivel más bajo, mostrando los hombres, en este caso, porcentajes mayores al de las mujeres. Concluyendo con este análisis se podría decir que en las escalas de DP y RP los hombres presentan porcentajes más altos que las mujeres en cuanto a la disconformidad con el trabajo que realizan y que el CE es prácticamente nulo.

Analizando el objetivo de constatar si existen diferencias significativas en cuanto al estado civil de los enfermeros también vale aclarar que estas muestras no son homogéneas ya que hay una gran mayoría de personas solteras en relación con las personas casadas y divorciadas (que es solo una persona). En cuanto al CE en el nivel alto no se mostraron diferencias significativas ya que sólo se manifiesta en un pequeño grupo de solteros, pero sí pequeñas diferencias en los niveles medios y bajos, donde los enfermeros casados representan casi el doble de los solteros en los niveles medios y en los niveles bajos los divorciados y solteros son mayoría. Con respecto a la DP, con niveles altos aparece una pequeña cantidad de solteros, con niveles medios unas mayorías de casados y divorciados y con niveles bajos también aparecen sólo los solteros. Y en relación a la RP se pudo verificar que aparecen con porcentajes elevados la mayoría de los casados, los solteros y los divorciados, con niveles medios aparecen sólo una parte de los solteros, y con niveles bajos aparecen una pequeña cantidad de solteros y casados. Cerrando con este objetivo se pudo constatar que en relación al estado civil de los enfermeros se presentan diferencias significativas en la manifestación del síndrome de burnout.

En cuanto al último objetivo que es el de constatar si existen diferencias significativas en cuanto a la edad de los enfermeros, resulta necesario aclarar que los enfermeros que tienen entre 19 y 25 años constituyen más de la mitad del total de las personas encuestadas. Se pudo observar que en la escala de CE sólo un pequeño porcentaje de los solteros se encontró con un nivel alto de cansancio emocional, mientras que en los niveles medios fueron mayoría los que tienen de 26 a 30 años y los de 31 a 35 años, y

en cuanto a los niveles bajos de cansancio emocional los resultados fueron bastante parejos, siendo menor en este caso la cantidad de enfermeros que tienen entre 26 y 30 años. En cuanto a la DP los porcentajes fueron bajos y bastante parejos entre todos los que tienen entre 19 y 35 años, y los que tienen más de 35 años, en cambio, en los niveles medio y bajo de DP es donde se manifestaron la mayoría de las edades y donde los porcentajes resultaron bastante parejos. Y en cuanto a la RP se pudo determinar que existe un alto nivel en todas las edades y en un nivel medio y bajo se manifestaron muy pocas personas. En síntesis, analizando cada una de las escalas. Se puede concluir que en relación a las diferentes edades, no existen diferencias significativas en la manifestación del síndrome de Burnout.

Resultados similares produjo la investigación realizada por Ryelandt Ayala (2007) donde se evaluó con esta misma metodología a la población de enfermeros en la institución elegida y no se probó la presencia de síndrome de Burnout en el personal investigado. Incluso se destacó que se observó un elevado nivel de realización personal. Sin embargo, cabe mencionar que la población evaluada por Ryelandt Ayala no es la misma que se investiga actualmente, ya que las dos personas que en 2007 se desempeñaron como jefas de enfermería, no continuaron trabajando en 2008 y simultáneamente con esta situación fue evidente un cambio significativo en el comportamiento del personal de enfermería. Por otra parte, más de la mitad de los enfermeros ingresaron a trabajar hace menos de 6 meses, a lo que se suma el hecho de que son muy jóvenes (el 73%, tiene menos de 30 años), circunstancias que aparecen como determinantes para la inexistencia de manifestaciones del mencionado síndrome.

Si bien es habitual encontrar elevados síntomas de Burnout en instituciones hospitalarias, cabe resaltar que en esta situación no se presenta lo cual podría deberse a que se trata de una institución privada, de gran prestigio, preparada para internar a personas mayores de un alto nivel adquisitivo, con un ambiente agradable por lo que el trabajo en dicho lugar resulta mas agradable y satisfactorio que el que se puede realizar en hospitales públicos.

Otro de los motivos por el cual se presume que no hay burnout es porque los enfermos se encuentran bien distribuidos, hay gran rotación de turnos, lo que determina poca o

ninguna sobrecarga laboral, si bien no se tomó en consideración averiguar si estos enfermeros trabajaban además en otro lugar.

También se podría pensar que no son justamente los enfermeros los que cargan con el trabajo más “pesado” en esta institución, ya que además de los servicios de hotelería ya mencionados con los que cuenta la institución, la mayoría de los gerontes tienen a su disposición uno o dos acompañantes terapéuticos, que los acompaña valga la redundancia, cuida y estimula todo el tiempo. Esta situación podría abrir una nueva posibilidad de investigación, dado que no se conocen muchas investigaciones previas, y además podría suponerse que estas personas son las que padecen mayor nivel de burnout, ya que son las que prestan asistencia a los ancianos la mayor parte del tiempo.

Por otra parte la institución cuenta con algunas estrategias útiles para disminuir el burnout, entre las que se pueden mencionar el establecimiento de los mecanismos de feedback, que se manifiesta por una comunicación fluida entre el personal de enfermería y las distintas áreas que componen dicha institución, haciendo participar activamente a los enfermeros en la estructura de la organización, manteniendo la definición de roles de manera muy clara en los puestos de trabajo para evitar ambigüedades y conflictos, delimitando claramente los lineamientos de la autoridad y responsabilidad, además de proveer una continua capacitación y desarrollo del trabajo, a través de charlas y talleres que funcionan como soporte para amortiguar tanto la angustia como la ansiedad. Estos talleres están organizados tanto por la institución como por el personal jerárquico de enfermería, donde se citan a diferentes especialistas que informan sobre temas tan diversos como gerontología, Tai Chi, servicios que ofertan sus obras sociales, entre otros.

Otra hipótesis que se maneja para explicar el bajo nivel de Burnout en el personal de enfermería es que haya sesgo en las respuestas por temor a ser identificados dado que son solo 30 las personas encuestadas y basta con identificar el turno para semblantearlos.

Sin duda estos datos parciales, invitan a desarrollar y profundizar más el tema mediante estudios que combinen técnicas, como las entrevistas en profundidad y el análisis del trabajo, que permitan enriquecer esta primera aproximación al problema.

8 .Bibliografía

Albaladejo, R.; Villanueva, R.; Ortega P.; Astasio, P. ; Calle M. & Domínguez,V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de Salud Pública. Scielo Volumen 78*. Recuperado en mayo de 2007 de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272004000400008&script=sci_arttext

Chacon, R. & Grau Abalo, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana Oncológica*. 13, 118-125.

Cousin, N. (1993). *Anatomy of an illness*. Barcelona: Kairos.

Diccionario Enciclopédico Salvat. (1997). Barcelona: Salvat Editores S.A.

Gatto, M. E. (1999). ¿Que esta pasando con la salud del equipo de salud? Síndrome de Burnout de desgaste profesional. *Revista del hospital de ontología "María Curie"*.3, 101-109.

Gil Monte, P. & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil -Monte, P. (2002) Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey.. Recuperado en agosto de 2007de http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342002000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

Hernández Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P (1981) *Metodología de la investigación (Segunda edición)*.México: Mc Graw Hill.

Haydee, A. (1999). *Los profesionales y el síndrome de Burnout*. XV Congreso Argentino de Psiquiatría: Las redes biológicas y las redes sociales. Mar del Plata.

Maslach, C. & Jackson, S. (1997). *Manual M.B.I. Inventario Burnout de Maslach*. España ciudad: TEA.

Mingote, J.C. (1998). *Síndrome BurnOut o Síndrome de desgaste profesional*. Sección del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario. Madrid.

Neira, C. (2004). *Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y Burnout en los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Gambacop.

Peiró, J.M. (1992) *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.

Quevedo Aguado M.P., et al. (1999). Relación entre despersonalización, trastornos psicofisiológicos, clima laboral, y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Universidad Pontificia de Salamanca by Fundación infancia y aprendizaje*.2, 88-113.

Ryelant, P. & Ayala, L. (2007). *¿El personal involucrado en la atención de ancianos presenta necesariamente el Síndrome de Burnout?* Trabajo presentado en Congreso Argentino de Geriátrica realizado en Mar del Plata del 1 al 6 agosto del 2007.

Saran, A. (2006). *Apuntes de Geriátrica, transformaciones biológicas, psicológicas y sociables*. Materia técnicas corporales 3. Universidad del Salvador. Manuscrito no publicado.

Vera Nuñez, R. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería. *Memorias del VI Simposio: actualizaciones en enfermería*. 6, 52- 59.

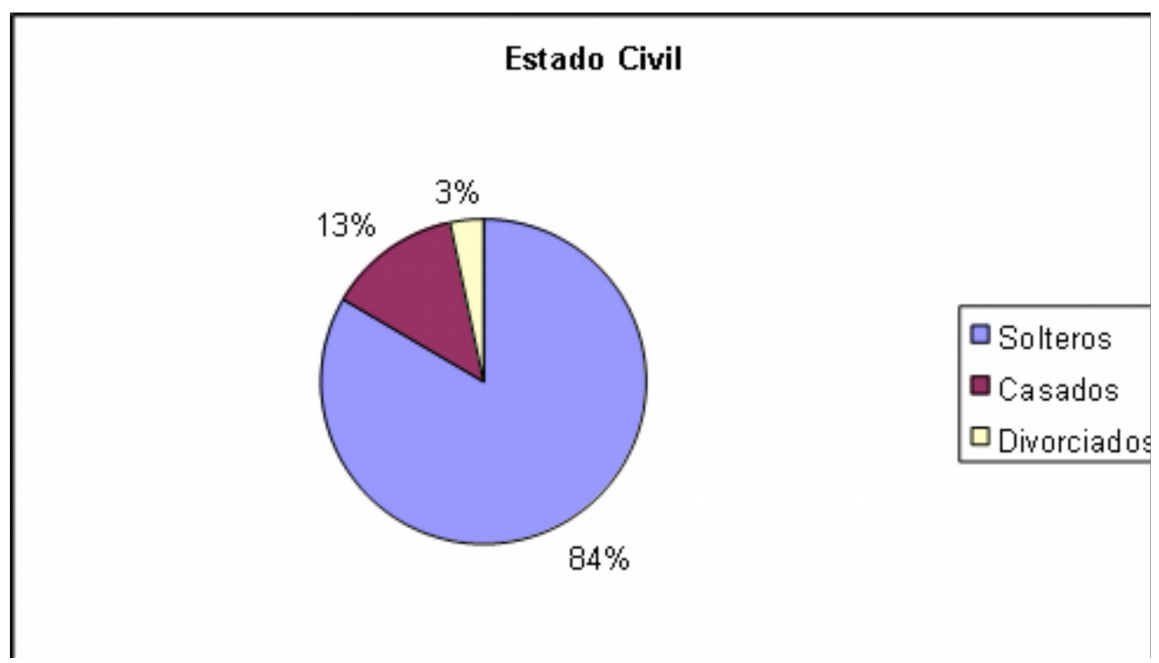
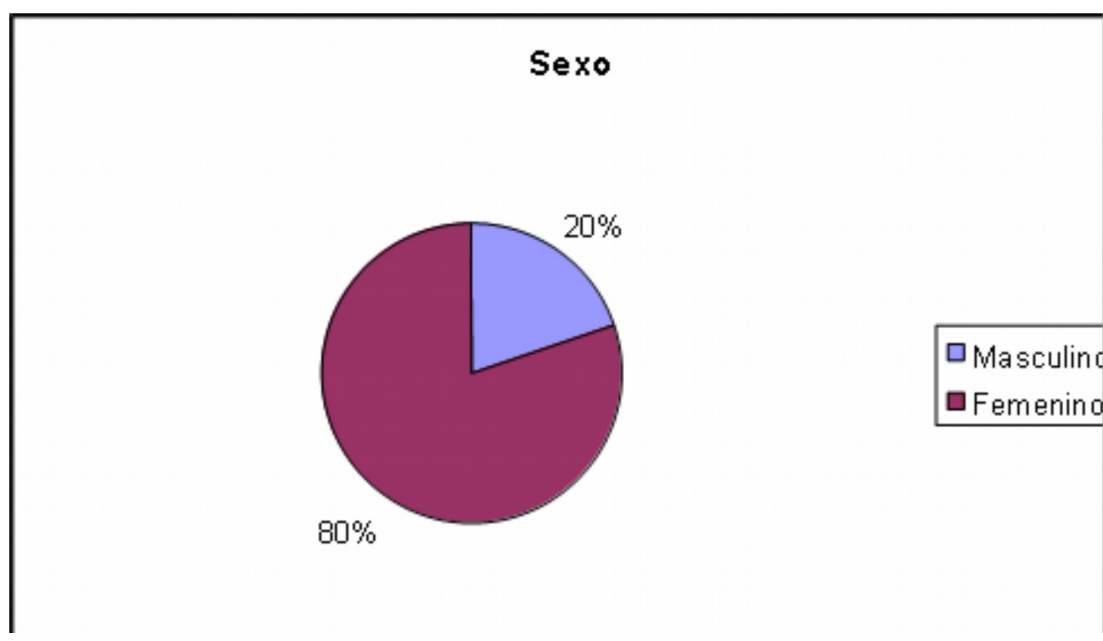
Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de Burnout .Argentina: Espacio.

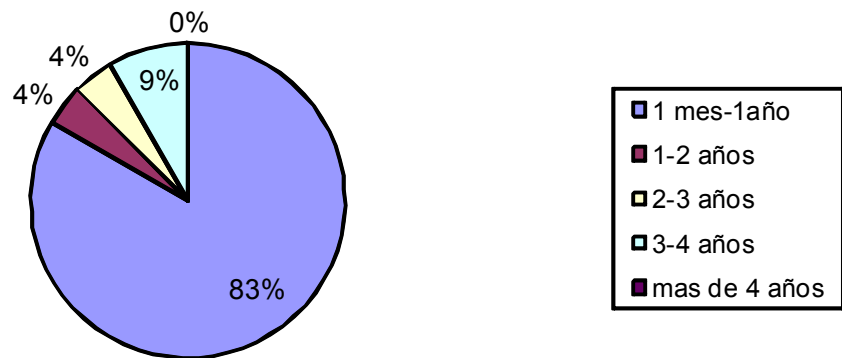
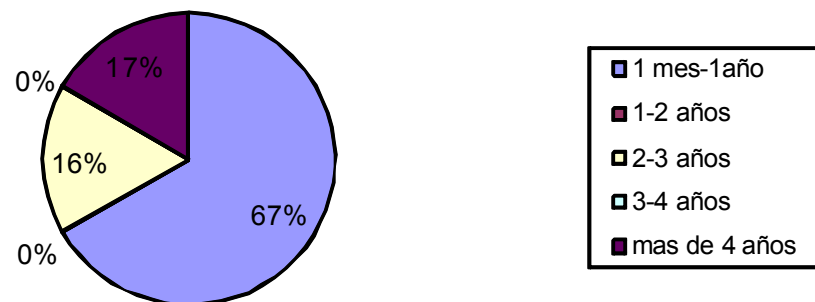
Zaldua, G. & Lodieu, M. T. (2000). El Burnout. La salud de los trabajadores de la salud. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA.*, 5, 151– 169

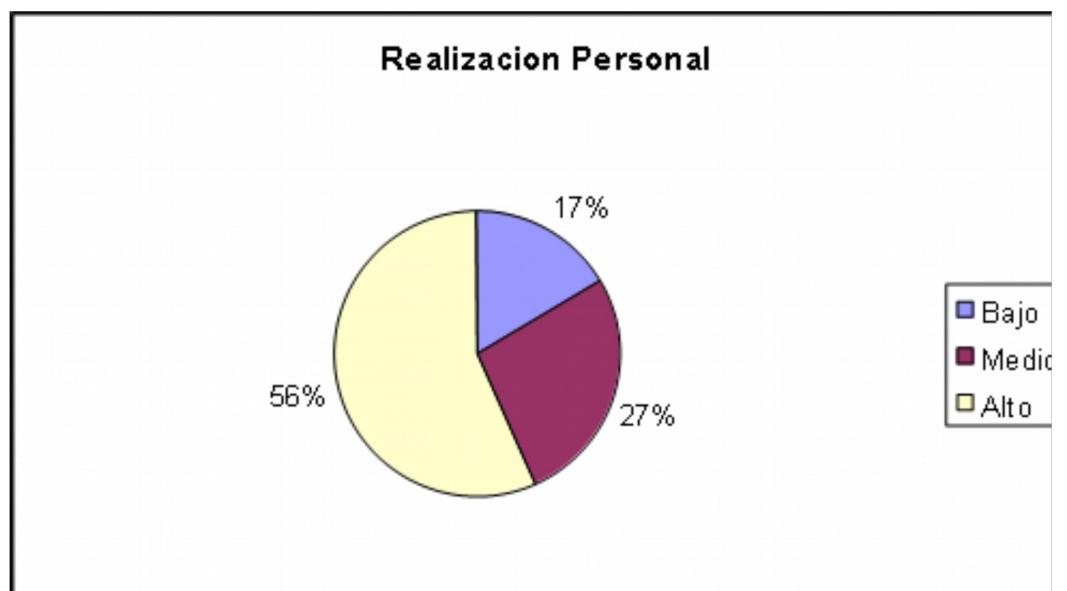
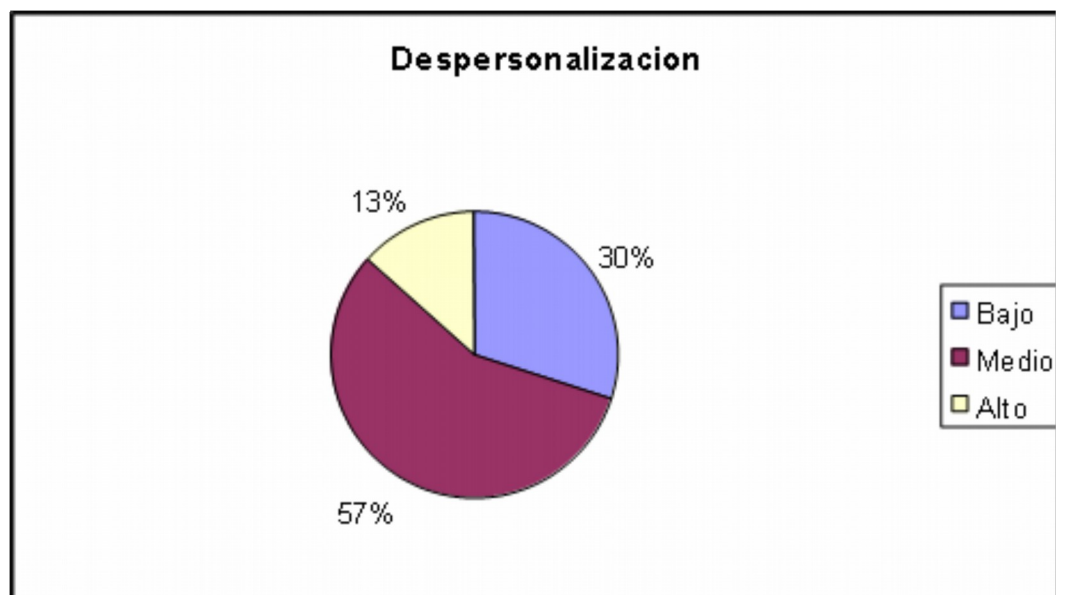
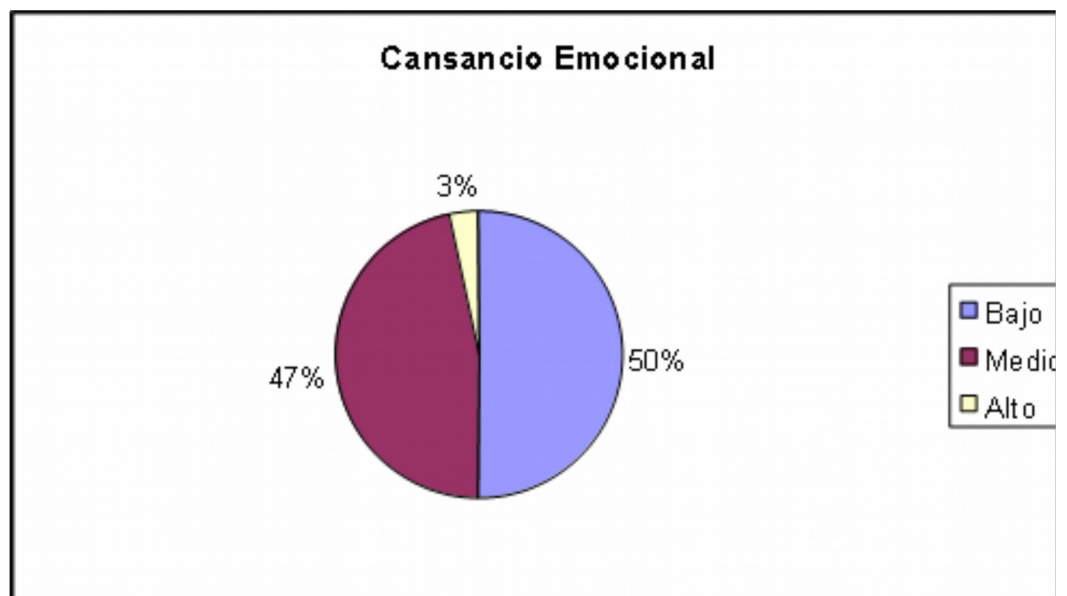
9. Anexos

ANEXOS I

GRÁFICOS



Antigüedad: Mujeres**Antigüedad: Hombres**

ANEXO II**RESULTADOS DE LA ENCUESTA**

Inventario Burnout