

Unidad Académica: Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Mar del Plata.

Título del Proyecto: "Síndrome de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores".

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

Apellido y Nombre de los alumnos:

- Arroniz, Leonardo Adrian (Mat. 6396/04) D.N.I 31.821.096
- Cirese, Maria Julia (Mat.6475/04) D.N.I 31.734.440
- Petrantonio, Valeria (Mat 6745/04) D.N.I 31.734.682

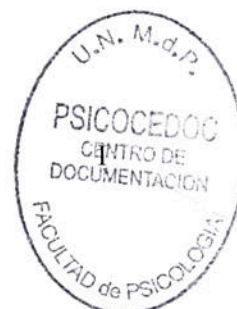
Cátedra de radicación: Psicología Laboral

Supervisor: Lic. Ana Redondo

Fecha de presentación: Junio de 2010

10 (Sobresolvent)

Nº CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-8 A	Pse
	Nº INVENTARIO:
	2164



Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Arroniz, Leonardo; Cirese María Julia y Petrantonio Valeria de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de los autores.

“El que suscribe manifiesta que el siguiente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Arroniz, Leonardo Mat. N° 6396/04; Cirese María Julia Mat. N° 6475/04 y Petrantonio Valeria Mat. N° 6745/04, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes..... del año 2010.”

Supervisor:

Firma:

Aclaración:

Sello:

INFORME DE EVALUACIÓN

En mi condición de supervisora del presente trabajo de investigación realizado por los alumnos Leonardo Arroniz, María Julia Cirese y Valeria Petrantonio, Mat.6396/04, 6475/04 y 6745/04 respectivamente, dejo constancia de aprobación de los contenidos del mismo.


La lectura del trabajo permite observar el logro de los objetivos propuestos a través de una exposición clara, ordenada y coherente. Con respecto a las condiciones formales de la presentación se cumple con lo estipulado en la reglamentación vigente.

Se trabajó respetando las pautas de la planificación, en forma ordenada y comprometida, resolviendo con eficiencia y responsabilidad las distintas situaciones.

La temática desarrollada puede ser de utilidad para las Cátedras de Psicología Laboral, Psicología Clínica y Psicología Social, por lo cual se sugiere ofrecer este informe a quienes puedan aprovecharlo.

Por todo lo anterior, apruebo el trabajo realizado y este informe final.

Mar del Plata, 14 de Junio de 2010.-



Mgr. Ana Isabel Redondo



Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Arroniz, Leonardo Mat. N° 6396/04; Cirese María Julia Mat. N° 6475/04 y Petrantonio Valeria Mat. N° 6745/04



CECILIA ARIAS



Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de Aprobación: 23/08/2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

Apellido y Nombre de los alumnos:

- Arroniz, Leonardo Adrian (Mat. 6396/04)
- Cirese, Maria Julia (Mat.6475/04)
- Petrantonio, Valeria (Mat 6745/04)

Cátedra de radicación: Psicología Laboral

Supervisor: Lic. Ana Redondo

Co – supervisor:

Título del proyecto: “Síndrome de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores”

Descripción resumida:

El Síndrome de Burnout se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, a largo plazo y acumulativo, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, falta de realización personal en el trabajo y la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Aunque se acepta que este síndrome afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos como son los de la salud, por lo cual se focalizará el análisis del Síndrome del quemado en cuidadores formales de adultos mayores, a través de entrevistas individuales e institucionales y la aplicación del Maslach Burnout Inventory. Los cuidadores, al igual que el adulto mayor residente, es un ser humano, con una carga inherente a la labor que realiza y que transita por emociones y conflictos que implica el desempeño de su puesto. El que cuida necesita ser cuidado y atendido para el logro del bienestar de ambos.

Palabras claves: síndrome de Burnout, cuidadores de adultos mayores, enfermedad profesional, condiciones laborales, estrés laboral.

Descripción detallada:

Motivos y antecedentes

En nuestro país se presenta un fenómeno demográfico caracterizado por el aumento de la población mayor de sesenta años. Según datos del Censo Nacional de Población y vivienda de 1991, este grupo etario conformaba el 13%, y según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el año 2030 alcanzará el 17,5% de la población total. Esto significa una evolución de 4.200.000 habitantes de más de 60 años de edad a 8.550.000 en el 2030.

En lo referido a la ciudad de Mar del Plata registros del PAMI estiman que el 16 % de la población estable de 600.000 habitantes tienen más de 60 años.

El aumento de la población de adultos mayores y la necesidad de cuidados especiales en personas que superan los setenta y cinco años de edad, por la mayor incidencia de demencias y diferentes grados de deterioro físico y cognitivo, es uno de los factores que condicionan el crecimiento de la institucionalización de larga estadía para ancianos observada en nuestra ciudad (De los Reyes, 2001)

Dicho crecimiento de la población de ancianos ha originado la necesidad de personal preparado en el campo de la gerontología, lo que implica cambios de actitud hacia el adulto mayor ya que además del suministro de servicios, las personas de edad avanzada necesitan tener un contacto estrecho con quienes los proporcionan, y que, en ocasiones, pueden actuar también como acompañantes o confidentes. Producto de estas modificaciones en la atención socio sanitario de los ancianos, comienza a adquirir mayor relevancia la figura del cuidador, entendiéndose por cuidador a "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales" (Flórez, Adeva y García, 1997). Existen dos tipos de cuidadores, *informales* (no remunerados, con un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares,

amigos y vecinos) y cuidadores *formales* (asiste en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago por su trabajo)

A partir de lo anteriormente dicho, se puede decir que el cuidador es la persona que proporciona asistencia y apoyo a quien padece una enfermedad; el cuidar al otro tiene consecuencias para el que cuida, ya que invierte una dosis de recursos emotivos y físicos en la persona que tiene a su cargo por lo cual el cuidador en algunos casos se convierte en un paciente "no visible", requiriendo asistencia profesional. Una de las posibles alteraciones en la salud física y emocional del cuidador es producto del sufrimiento del Síndrome del Burnout.

Se considera al Burnout como un síndrome actual cuya presencia se relaciona directamente con las modificaciones surgidas en la vida laboral, en las características del empleo, su organización y contenido. Durante la segunda mitad del siglo XX se han producido significativas alteraciones en la producción, en el ambiente y en las condiciones de trabajo que repercuten en la salud de los trabajadores y en el desempeño de sus funciones, produciendo consecuencias no solo a nivel individual sino también interpersonal y organizacional. Bajo estas circunstancias en 1974 Freudemberger crea el término del burn out para explicar el proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicio. Dicho síndrome es caracterizado como una respuesta al estrés laboral crónico con actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización) y hacia el propio rol profesional así como también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Si bien las primeras teorizaciones acerca de este síndrome lo consideraban como exclusivo de los profesionales de la salud posteriormente se extendió a todos los trabajadores aunque se reconoce que existen profesiones más predispuestas a "quemarse".

Por lo anteriormente descrito, es que surge la motivación de llevar a cabo una investigación exploratoria que permita evaluar la posible presencia del síndrome del Burnout en cuidadores formales de adultos mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata.

Considerando al psicólogo como agente promotor de la salud el cual debe llevar a la práctica acciones tendientes a optimizar las condiciones del medio ambiente laboral para prevenir situaciones que repercutan negativamente en la salud psicofísica de los trabajadores, es que se llevara adelante este estudio permitiendo aumentar el grado de familiaridad con este fenómeno y de este modo posibilitar la formulación futura de estrategias preventivas en dicha área laboral.

Objetivo General:

- ✓ Evaluar la posible presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores en residencias geriátricas de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Particulares:

- ✓ Identificar la prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo en cuidadores de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.
- ✓ Comparar el índice del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que desempeñan su trabajo en pequeños hogares y hogares habilitados.
- ✓ Evaluar si las condiciones de trabajo de los cuidadores influye en la adquisición del síndrome del quemado.

Métodos y técnicas:

Para llevar adelante el presente proyecto de investigación se realizará un estudio exploratorio con el objetivo de evaluar el Síndrome del Burnout en cuidadores formales de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata que realizan sus labores en pequeños hogares u hogares habilitados (clasificación municipal).

Las técnicas que se utilizarán para cumplir con dicho objetivo serán entrevistas semiestructuradas dirigidas a los propietarios y/o responsables de los hogares seleccionados del listado aportado por las autoridades municipales

competentes, con el fin de obtener información acerca de las condiciones laborales de sus empleados. En lo referido a los cuidadores, se llevarán adelante entrevistas semiestructuradas, junto con la aplicación de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española.

Se han confeccionado varios instrumentos para la valoración del burnout, pero el MBI (Maslach Burnout Inventory) es el más utilizado porque cumple con los criterios de confiabilidad y de validez convergente y discriminante” (Neira,2004, pág 36). Se trata de un cuestionario de autoinforme, desarrollado por Maslach y Jackson entre 1981 y 1986, que cuenta con 22 ítems que constituyen afirmaciones referidas a sentimientos y actitudes en el trabajo y hacia los destinatarios del servicio, ante las que el sujeto debe indicar la frecuencia con que experimenta cada una de estas situaciones, de acuerdo a una escala. El análisis factorial de los ítems dio lugar a tres subescalas o dimensiones del Burnout:

- ✓ Agotamiento emocional (AE): Describe estar abrumado, sobrepasado, exhausto y agotado emocionalmente por las demandas del trabajo.
- ✓ Despersonalización (D): Implica una respuesta impersonal del trabajador hacia los sujetos que atiende, con actitudes deshumanizadas, negativas, frías y distantes.
- ✓ Realización personal en el trabajo (RP): expresa eficiencia y realización exitosa del trabajo, o la tendencia del sujeto a autoevaluarse negativamente e insatisfacción con sus logros laborales.

En relación a la muestra, la misma se basara en el listado oficial aportado por la municipalidad de General Pueyrredón. En base a ello, se decidió seleccionar 11 pequeños hogares que representan el 50% de la muestra total y 15 hogares habilitados en los que residen entre 20 y 30 personas, que también representan el 50% de la totalidad. En cada institución se seleccionaran tres sujetos, el responsable de la residencia y dos cuidadores, siendo estos últimos a los que se les aplicará el MBI. De esta forma la muestra queda conformada por 78 sujetos.

A partir del análisis de los datos obtenidos en las entrevistas mediante una metodología cualitativa, junto con el análisis de los resultados brindados por el

MBI, se examinará la prevalencia del Síndrome del “quemado” en los cuidadores formales de adultos mayores.

Lugar de realización del trabajo:

Pequeños hogares (residencias con cuatro adultos mayores autovalidos) y hogares habilitados (establecimientos en los que residen entre 20 y 30 adultos mayores no autovalidos) de la ciudad de Mar del Plata, de acuerdo al listado ofrecido por la municipalidad de General Pueyrredón.

Cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	MESES						
	1	2	3	4	5	6	7
Relevamiento bibliográfico permanente	x	x	X	x	x	x	x
Elaboración del marco teórico	x	x					
Administración de entrevistas a responsables de establecimientos		x	x				
Administración de entrevistas y aplicación del MBI a cuidadores			x	x			
Análisis e interpretación cuantitativa y cualitativa de la información				x	x	x	
Elaboración de conclusiones						x	x
Confección del informe final						x	x

Bibliografía de referencia:

- Ariana Castagna y otros: "Síndrome de Burnout". Universidad de Morón, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. En <http://www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml>
- Barreneche, N y otros (2004). "Estudio del Burnout en profesionales de enfermería de la unidad de terapia intensiva del H.I.E.M.I". Investigación de Pre-grado. Facultad de psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Clemente, D. (2002): "Personas que trabajan con personas. Cuando el terapeuta enferma". Investigación de Pre-Grado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- De los Reyes, M.C. (2001). Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre. 2001. Curitiba. Brasil IV Reunión de antropología do mercosul. <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brazil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>.
- Hernández Sampieri, R. y otros (1991). " Metodología de la investigación: definición del tipo de investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. México. Mcgraw-Hill.
- Mario L, Beaver Don A. Miller (1998). "La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores: intervención primaria, secundaria y terciaria". Paidós. Bs. As.



- Neira, María del Carmen (2004): "Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesionales de la salud". 1º ed. Buenos Aires. 123 pág.
- Perni M.V y otros (2005). "Estilos de personalidad del cuidador formal de adultos mayores". Investigación de Pre-grado. Facultad de psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Redondo, A.I (2002). *El mundo del trabajo, la Psicología Laboral y el rol del psicólogo*.
- Redondo, A.I. (2001). *Burn-out: "Delimitación conceptual, diagnóstico, estrategias de enfrentamiento y prevención"*. Congreso ADEIP.

Firma de Supervisor.



Mg. Ana Isabel Redondo
PROFESORA TITULAR

Firma de los alumnos.



GIESE, M.A. JULIA



ARRONIZ, LEONARDO ADRIAN



PETRANTONIO, Valeria.

Área de investigación



Resultado de la evaluación: aprobado / Rehacer

APROBADO

Fecha:

1/10/09

INDICE

1. INTRODUCCION _____	1
2. MARCO TEÓRICO _____	4
2.1 Contexto _____	5
2.2 Antecedentes _____	11
2.3 Cuidadores de Adultos Mayores _____	16
2.3.1 Definición del Cuidador _____	19
2.3.2 Historia del Cuidador _____	23
2.3.3 Funciones _____	27
2.3.4 Cuidados del Cuidador _____	30
2.4 Síndrome del Burnout _____	34
2.4.1 Origen _____	35
2.4.2 Definición _____	37
2.4.3 Factores Asociados _____	43
2.4.4 Causas _____	45
2.4.5 Consecuencias _____	49
2.4.6 Evaluación _____	52
2.4.7 Estrategias de Intervención y Prevención _____	54
3. Metodología _____	60
3.1 Entrevista a Propietarios y/o Responsables de los Establecimientos _____	61
3.2 Cuestionario Autoadministrado Cuidadores _____	62
3.3 Maslach Burnout Inventory _____	64
3.4 Tipo de Estudio y Objetivo _____	68
3.5 Muestra _____	69
3.6 Lugar _____	70
4. Resultados _____	71
5. Análisis de resultados _____	90
6. Conclusión _____	99
7. Bibliografía _____	103
8. Anexos _____	109

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación surge a partir del interés por evaluar la posible presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores en residencias geriátricas de la ciudad de Mar del Plata.

Se tiene como objetivo conocer el Síndrome del Burnout, por considerarlo como un fenómeno actual que afecta a los trabajadores tanto en su vida laboral como en su vida personal. En esta investigación se considera que un grupo susceptible de desarrollar este síndrome son los cuidadores de adultos mayores por las características intrínsecas de su trabajo, las condiciones laborales, el tipo de vínculo con la persona a cargo y por el deterioro psicofísico de la misma. Se debe tener en cuenta que el cuidado del anciano es un rol estresante que puede generar consecuencias negativas para el cuidador, las cuales repercutirán en el adulto mayor.

Esta temática surge a su vez por conocer el incremento de la población de adultos mayores en la ciudad de Mar del Plata y su consecuente proliferación de instituciones geriátricas, lo que produce la necesidad de contar con mayor personal dedicado al cuidado de personas de la tercera edad.

Considerando al psicólogo como agente promotor de la salud el cual debe llevar a la práctica acciones tendientes a optimizar las condiciones del medio ambiente laboral para prevenir situaciones que repercutan negativamente en la salud psicofísica de los trabajadores, es que se llevará adelante este estudio permitiendo aumentar el grado de familiaridad con este

fenómeno y de este modo posibilitar la formulación futura de estrategias preventivas en dicha área laboral.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO

A partir del siglo XX se agudiza el impacto que la salud mental sufre en virtud de las formas que la organización del trabajo asume en el nuevo modo de acumulación capitalista. Como efecto social aparece en la subjetividad la incertidumbre, la inseguridad, la impotencia y en el mercado de trabajo la utilización de formas esclavistas de explotación. A su vez, el trabajador ve radicalmente modificada su posición a partir de la pérdida de garantías con respecto a la permanencia en el empleo y a la estabilidad en el ingreso salarial. El borramiento de la función reguladora del estado sustituida por las leyes del mercado y en consecuencia la distorsión de la política tributaria, la concentración de la riqueza, la inequidad distributiva, la destrucción de puestos de trabajo y las nuevas formas que asumen las relaciones salariales, sitúan al trabajador en una zona de vulnerabilidad y desafiliación (Sauaya, 2003).

Las nuevas condiciones de trabajo hacen descubrir nuevas fuentes de sufrimiento, por lo que se reconoce al trabajo como una de las causas importantes de alienación y fuente de gran malestar que pueden producir enfermedades si es muy disfuncional (tal como demuestran muchos estudios epidemiológicos). La lucha por la salud mental destaca que lo que enferma resulta de la organización del trabajo, por lo tanto se comienza a considerar al mismo no solo como un factor elemental en el fomento de la salud.

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo afirma que el personal de salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos, pero se desconoce porque no son considerados como trabajadores que necesitan una

particular protección de salud en el marco de sus funciones profesionales. En general la norma está dirigida a proteger a los pacientes y, en menor medida, al personal de salud. Esto significa que han de ser los propios profesionales de la salud quienes proveen su propio cuidado.

En 1985, en una reunión paritaria sobre el empleo se decidieron las condiciones de trabajo de servicios médicos y de salud. Se consideraron tres aspectos de protección a la salud en el trabajo:

1. Riesgos físicos.
2. Actos de violencia relacionados con el trabajo, como por ejemplo el mobbing.
3. Estrés provocado por factores de riesgo. En el caso de los profesionales de la salud los efectos del estrés empiezan por malestares triviales y cotidianos, que constituyen los precursores de enfermedad y que, por ende, es importante diagnosticar a tiempo. Son disfunciones de sistemas mentales y/o físicos, que aún no son causa de enfermedad pero que si persisten lo serán. Son efectos del Burnout, entre los cuales encontramos síntomas físicos, afectivos y de comportamiento. Entre un 25% y un 30% de profesionales de la salud desarrollan Burnout como consecuencia de su actividad por lo cual debe ser considerado una enfermedad profesional. (Wolfberg, 2005)

En relación a lo anteriormente dicho, se considera que uno de los grupos susceptibles de padecer enfermedades laborales, tal como el síndrome de

Burnout, son los cuidadores de adultos mayores, ya que el cuidar al otro tiene consecuencias para el que cuida debido a que invierte una dosis de recursos emotivos y físicos en las personas que tiene a su cargo. Por esto el cuidador, en algunos casos, se convierte en un paciente "no visible", requiriendo asistencia profesional. Además se debe destacar la progresiva importancia que asume el cuidador a partir de las actuales características sociales, culturales y económicas que inciden en el aumento de su demanda.

En la actualidad se observa un fenómeno demográfico caracterizado por el aumento de la población de sesenta años sobre el total. Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, este grupo etario conformaba el 13% y según proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2030 alcanzará el 17,5% de la población total. Este envejecimiento de la población mundial comenzó en los países desarrollados a mediados del siglo XX y se ha constituido en uno de los mayores desafíos a nivel mundial. La proporción de personas de mas de sesenta años crece más rápidamente que la de cualquier otro grupo de edad y entre ellas el grupo que más crece es el de los mayores de ochenta años.

Actualmente en el mundo hay 600 millones de personas mayores y las previsiones para el año 2050 anuncian que su número aumentará a 2.000 millones. Los demógrafos afirman que de seguir las actuales tendencias de envejecimiento, en solo tres generaciones tendrá lugar una revolución

demográfica en la que por primera vez en la historia se registrará una inversión de las proporciones de jóvenes y ancianos. (Aizen, 2003).

En esta revolución demográfica se superponen dos fenómenos: el envejecimiento poblacional y el envejecimiento individual. Desde 1950 la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todo el mundo alrededor de veinte años, por lo cual el tema de la longevidad genera múltiples debates acerca de la calidad de vida, la salud, la integración social y la seguridad colectiva a lo largo de la vida.

El contexto mundial, anteriormente explicado, refleja a su vez la situación tanto a nivel nacional como local, siendo que el 16% de la población estable de la ciudad de Mar del Plata, son mayores a 60 años, según registros del PAMI. En dicha ciudad, en consonancia con las tendencias a nivel mundial, el incremento de la población en la franja de los mayores de sesenta años y el aumento de la longevidad han provocado que en la segunda mitad del siglo XX aumente la institucionalización de larga estadía de ancianos y, por consiguiente, la oferta de plazas en el área privada en establecimientos geriátricos. Para comprender este crecimiento de institucionalización de larga estadía en esta ciudad es necesario tener en cuenta no solamente la mayor incidencia de demencias y diferentes grados de deterioro físico y cognitivo sino también los cambios producidos en la composición familiar a partir de la generalización del rol laboral de las mujeres, la verticalización del grupo familiar y la reducción espacial de las viviendas, junto con la inexistentes o insuficientes alternativas a

la internación geriátrica. Estos constituyen factores estructurales coadyuvantes en el crecimiento de este tipo de institucionalización, generando un aumento de 1200 camas desde 1985 hasta fines de 1998 sobre un total estimado de 2600 en la actualidad, según datos de la dirección de discapacidad y adultos mayores dependiente de la subsecretaría de desarrollo social de la Municipalidad de General Pueyrredón. (De los Reyes, 2007).

La existencia de porcentajes crecientes de residentes en establecimientos geriátricos no se corresponde con la capacitación geriátrica y gerontológica de los cuidadores formales, siendo una posible consecuencia el desarrollo de enfermedades laborales tal como el Síndrome de Burnout. Esta situación impone una necesidad de rápidos cambios con relación a la capacitación de dichos cuidadores. Por lo tanto, se considera que el crecimiento de la población de ancianos ha originado la necesidad de personal preparado en el campo de la gerontología, lo que implica cambio de actitud hacia el adulto mayor, como así también optimizar las condiciones laborales para prevenir situaciones que repercutan negativamente en la salud psicofísica de los trabajadores.

2.2 ANTECEDENTES

Como resultado de una búsqueda de investigaciones vinculadas al Síndrome de Burnout en relación a cuidadores de adultos mayores y asistentes geriátricos se han hallado diversos trabajos. Entre ellos se encuentran el de Zoila Edith Hernández Zamora y Yamilet Ehrenzweig Sánchez (Universidad Veracruzana, México) quienes investigaron sobre la "Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado". En dicha investigación se presenta la relación entre Burnout y sobrecarga del cuidador percibida en una muestra de trabajadores de la salud de un asilo para personas mayores, así como la relación que estos guardan con otras variables sociodemográficas, medidos a través de un cuestionario general autoaplicado. Los resultados indican que la sobrecarga del cuidador está ligada estrechamente a la presencia de Burnout en un mismo trabajador, y que son idénticas variables las que influyen en este síndrome y en el nivel de sobrecarga percibida.

Fernández Calvo Bernardino, Lorenzo Hernández Martín y otros en la Universidad Federal de Paraíba (Brasil) y Universidad de Salamanca (España) efectuaron la investigación denominada "Resiliencia y el modelo Burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. En la misma se investiga en cuidadores formales de ancianos la relación entre resiliencia y aspectos mentales positivos y negativos del bienestar psicológico (Burnout-engagement). La muestra estaba formada por 265 cuidadores de diversas residencias geriátricas de las comunidades de Extremadura y de Castilla y León. Los

instrumentos utilizados fueron Connor-Davidson Resilience Scale, Maslach Burnout Inventory-General Survey y Utrecht Work Engagement Scale. Los hallazgos más significativos demuestran que los cuidadores con altas puntuaciones con resiliencia, frente a los de bajas puntuaciones, obtuvieron mayores niveles de eficacia y compromiso laboral (engagement), además exteriorizaron menor agotamiento emocional y cinismo. No se puede concluir que los cuidadores más resilientes no llegan a “quemarse” (Burnout), sino que logran mayores habilidades y competencias de compromiso laboral (vigor, dedicación y absorción), y en la medida que refuerzan estos atributos personales mitigan la vulnerabilidad al Burnout.

Por su parte Fragel Arias Sánchez y Alice Chartrane Vázquez realizaron su investigación en torno a la “Discapacidad del adulto mayor versus bienestar psicosomático del cuidador crucial”. Con el objetivo de evaluar el nivel de deterioro psicosomático del cuidador crucial ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con 35 cuidadores de un universo de 46 pacientes del policlínico “Héroes de Girón”. Un 60,4% de los cuidadores ha presentado en los últimos dos años descompensación de sus enfermedades crónicas, un 80% presentó síntomas psíquicos y un 37,1% síntomas somáticos en el último año del síndrome de desgaste del cuidador. Se encontraron altos niveles de carga en los mismos. El cuidado de un anciano discapacitado es siempre una dura carga y es frecuente que en algún momento el cuidador se sienta incapaz de afrontarlo, ya que

compromete su bienestar e incluso su salud.

Por último se ha encontrado la investigación realizada por Virginia A. Menezes de Lucena (Brasil) y Francisco Ramos Campos (Salamanca, España), Bernardino Fernández Calvo (Salamanca, España) denominada "Síndrome de Burnout en cuidadores formales de ancianos". Su propósito fue indagar dicho síndrome, en cuidadores formales de ancianos, así como detectar las posibles variables intervinientes – expectativas generalizadas de control – y mediadoras – modos de afrontamiento – que influyen en este constructo. En la primera parte se realiza una revisión teórica del estado actual del síndrome, destacando el importante papel que ejercen algunas variables de personalidad y conductas de afrontamiento, y también la repercusión del SB entre los cuidadores formales de ancianos. La segunda parte describe el estudio empírico realizado en torno a una muestra de 411 cuidadores formales pertenecientes a diversas residencias geriátricas españolas, que contestaron a los siguientes cuestionarios de autoinforme: Sociodemográfico, Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control de Palenzuela, el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson, y el Cuestionario de Estilo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Los resultados revelan que el 32% de la muestra examinada presenta SB. En términos generales puede concluirse que las variables psicológicas intervinientes y las estrategias de afrontamiento permiten explicar las diferencias de quienes muestran altos índices de SB con respecto a las personas que no sufren el síndrome. De esta manera, los cuidadores con SB se

creen menos eficaces, perciben como incontrolables los acontecimientos y, por consiguiente, no esperan conseguir lo que desean. Asimismo, se caracterizan por un mayor uso del “desahogo emocional”, y por un menor empleo del “remodelamiento constructivo”.



2.3 CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES

La actualidad de nuestro país está caracterizada por un fenómeno demográfico vinculado al aumento de la población de 60 años sobre el total de población, como así también con una tendencia marcada de envejecimiento del envejecimiento o crecimiento de la población mayor de 75 años sobre el total de la población mayor de 65 años (Odone, 1998). Dicho envejecimiento se ha desarrollado por complejos mecanismos de transición sociodemográfica que se han instalado definitivamente en nuestro país y en el resto del mundo.

Los cambios ocurridos en la estructura de la población dependen de diversos factores relacionados con las condiciones sociales y económicas, siendo el proceso de envejecimiento poblacional un producto de los cambios en la proporción de jóvenes y mayores en una sociedad dada. Tres son los factores considerados como las principales causas del envejecimiento poblacional:

1. En primer lugar se encuentra la disminución de la fecundidad, considerado como el factor más importante de envejecimiento poblacional ya que implica menor proporción de jóvenes.
2. El descenso de la mortalidad afecta a la estructura poblacional porque al aumentar la esperanza de vida al nacer será mayor el número de personas que llegarán a adultos mayores provocando un envejecimiento de la población. Este fenómeno se encuentra directamente vinculado con el alargamiento de la expectativa o esperanza de vida, es decir, la

cantidad de años que pueden vivir las personas según determinadas variables.

3. Las migraciones pueden tener efectos envejecedores en la población tanto del país o lugar de origen como en el de destino. En este caso, el énfasis recae en migraciones de población adulta de mediana edad (45 a 59 años) que envejece en el lugar de destino y de población de mayores (de 60 o más) que ingresa ya envejecida en el área de referencia.

En nuestra ciudad la población mayor de 60 años conformaba en el año 1991 el 16% de la población total. Dicho incremento de la población añosa, junto con la necesidad de cuidados especiales en la franja de edad que supera los 75 años (por la mayor incidencia de demencias y diversos grados de deterioro físico y cognitivo) son los principales agentes que condicionan el crecimiento de la institucionalización de larga estadía para ancianos que se produce en la ciudad de Mar del Plata, en la que se constata un aumento de 1200 camas desde 1985 hasta fines de 1998 sobre un total estimado de 2600 en la actualidad según datos de la Dirección de Discapacidad y Adultos Mayores dependiente de la Subsecretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de General Pueyrredón (De los Reyes, 2001). "Si consideramos que los parámetros internacionales que marca la Asamblea Mundial de Envejecimiento pone como límite el 7% de población mayor de 60 años para considerar una comunidad envejecida, entendemos que el espacio urbano

marplatense se ha convertido en un enclave geróntico desde 1980" (Golpe, 2009).

2.3.1 Definición de Cuidador

Diferentes autores proponen diversas definiciones de "cuidador de adultos mayores", entre las que se encuentran:

- "Los cuidadores de ancianos son personas capacitadas a través de cursos teóricos- prácticos de formación, dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia, para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar" (Valderrama, 2009).
- "El cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales" (Flórez Losano, 1997).
- "El cuidador es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad pero el cuidador no solo es el que cuida al paciente, sino que también es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa, que incluye el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes facilitando la integración del paciente en su entorno y en la realidad" (Pérez Trullien y cols. 2003).

- “Los cuidadores de adultos mayores son agentes de salud que difunden conocimientos a la familia y al propio adulto mayor, también promueven y orientan acerca de los recursos disponibles y necesarios para el logro de una mejor calidad de vida” (Golpe, 2009).

Partiendo de estas definiciones se desprende la diferenciación entre cuidador informal y formal:

1. *Cuidador Informal*: es aquel que no dispone de capacitación, teniendo una escasa o nula formación asistencial, no es remunerado por su tarea y tiene un elevado grado de compromiso hacia la tarea que emprende la cual se caracteriza por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, amigos y/o vecinos, quienes realizan este cuidado de forma desinteresada. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en el cuidado del anciano.
2. *Cuidador Formal*: toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitada, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo. Entre los cuidadores formales se incluye a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud para ancianos y los responsables de estos establecimientos: encargados, directores y propietarios. (De los Reyes, 2001).

Esta última definición se diferencia de la brindada por Valderrama ya que este último aplica el término sólo a aquellos cuidadores que han recibido una capacitación específica y no pertenecen a la familia del anciano; por ende son cuidadores formales únicamente los capacitados a través de una formación teórico práctica para la atención directa y continuada de ancianos en diversos ámbitos. Esta definición no incluye a los cuidadores que reciben un pago por su trabajo pero que no tienen dicha formación, siendo no contemplados quienes tienen solo una formación práctica (como sucede con el asistente geriátrico que presta sus servicios en un establecimiento de internación de larga estadía). En el ámbito de los geriátricos se presenta un conocimiento empírico que se adquiere de otras personas con escasa formación y mayor antigüedad en la tarea.

Es necesario tener presente que los términos asistir y cuidar pueden ser sinónimos de acuerdo al diccionario, sin embargo, el primero significa acompañar, servir, socorrer; en cambio el segundo alude a atender, esmerarse, mimar. La diferencia se basa en términos de Amor, el que asiste sirve y el que cuida sirve con amor.

Según la Convención Colectiva de Trabajo N°122/75 artículo n° 7 sobre funciones correspondientes a cada categoría inciso 14, el asistente Geriátrico, es el trabajador que se desempeña en los establecimientos geriátricos o en las secciones destinadas exclusivamente al alojamiento permanente de ancianos, de cualquier establecimiento asistencial y que efectúa la limpieza o higiene de

las habitaciones, muebles y demás dependencias, sirve y suministra alimentos, ropa limpia, y está destinado al cuidado de los ancianos, viste e higieniza a los mismos, suministra medicamentos y efectúa curaciones.

Según Valderrama existen también otras clasificaciones de los cuidadores en base a:

- La relación con el anciano que cuida, pudiendo ser externos (no son integrantes de la familia del anciano) o internos (integrantes de la familia).
- Por su capacitación, pueden ser profesionales o empíricos, según hallan efectuado o no los cursos de formación.
- Por el lugar donde desarrollan su actividad profesional: domiciliarios que cuidan en los domicilios de los ancianos o institucionales.
- Por su desempeño cotidiano los cuales se dividen en difusores (quienes no cuidan ancianos pero participan en la difusión gerontológica) y asistenciales (quienes tienen como tarea cuidar ancianos).
- Por el tipo de asistencia que ofrecen a la familia de los ancianos: varios domicilios diariamente, dando respiro por pocas horas semanales a las familias, siendo estas las que continúan cuidando a los ancianos.

La cooperación entre los diferentes tipos de cuidadores puede ser fundamental para la superación de la vulnerabilidad de ancianos y cuidadores familiares en el contexto hogareño, y adquiere especial relevancia en la institucionalización de larga estada cuando una intervención adecuada del

equipo interdisciplinario puede potenciar la ayuda al anciano utilizando los recursos de la red familiar y social del mismo. En esta etapa a la red informal que cuidaba del anciano se superpone el cuidador formal (personal, profesionales responsables del establecimiento geriátrico) que compartirá con el cuidador familiar el carácter directo y prolongado de la atención, aunque con límites de horarios y un menor compromiso afectivo (De los Reyes, 2001).

2.3.2 Historia del Cuidador

Producto de las modificaciones en la atención socio-sanitaria de los ancianos de los últimos años comienza a adquirir mayor relevancia la figura del cuidador como la persona que proporciona asistencia y apoyo a quien padece una enfermedad. La historia del cuidador de anciano en la Argentina no data de muchos años. Uno de los registros que se ha obtenido de la formación de cuidadores en la Argentina es del año 1985 en la provincia de Santa Fe, frente a un país desinteresado o muy poco preocupado por la capacitación del recurso humano de base para el cuidado de los ancianos y la difusión gerontológica a la población. Si bien estos cursos eran gratuitos, la motivación principal de los alumnos a realizar la capacitación era la posibilidad de mejorar los conocimientos y oficializar su tarea, ya que estaban cuidando empíricamente ancianos desde mucho tiempo atrás. Algunos de ellos eran estimulados a estudiar por los dueños de los establecimientos geriátricos o por las autoridades de inspección de los hogares. En estos cursos la presencia femenina era

ampliamente mayoritaria 97% siendo el factor determinante el hecho de que el cuidar en nuestra sociedad es una actividad llevada a cabo por las mujeres teniendo su sustento en la relación del cuidado madre-hijo.

Los cuidadores no son una nueva actividad laboral sino que aparecen a partir de grandes transformaciones que llevan a pensarlos desde otro lugar: se produce una reestructuración del Estado, del mercado y de la familia, de sectores de la economía social que se vinculan con cambios a nivel de envejecimiento que instalan una mayor demanda de cuidados, una respuesta diferente desde la familia que era el sector tradicional que antes se encargaba de ellos, vinculados particularmente la mujer en tales cuidados. Las mujeres históricamente han internalizado como una de las prescripciones del rol femenino el cuidado de la salud de la familia, y a pesar de los cambios en su nivel educativo y su participación en roles laborales fuera del hogar, permanece naturalizada la responsabilidad por dicho cuidado.

Tiempo después de iniciar los cursos surge la necesidad de contar con apoyo para continuar con los mismos, coordinar esfuerzos y evitar centralizar en una sola persona todas las responsabilidades. Es así que a partir del nacimiento de la Asociación Argentina de Cuidadores de Ancianos y de su accionar se estructuró un organigrama que incorporaba la jefatura de trabajos prácticos y los auxiliares docentes, quienes permitían descentralizar tareas y funciones en general.

La experiencia de Santa Fe se enriqueció con la incorporación de más centros de formación, lo cual produjo que se comenzara a difundir y a organizar cursos en todo el país. Dos años después, en 1987, Capital Federal comenzó a dictarlos sistemáticamente desde la municipalidad. En 1993 el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) firma un convenio con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para la formación de auxiliares gerontológicos. También se conforma un subsidio a través del programa PROSOI pero no se establece requerimientos para la capacitación de cuidadores.

En el año 2002 se capacita en forma conjunta a beneficiarios de planes sociales como cuidadores domiciliarios polivalentes entre el INSSJP y el Ministerio de Desarrollo Social.

En el 2004 se firma un convenio entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para formalizar planes sociales creándose el mecanismo de monotributo social.

En 2005 se firma un convenio entre el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el INSSJP para llevar adelante la capacitación profesional y la promoción de empleo en tareas como auxiliares gerontológicos polivalentes.

En 2006 se firma un convenio entre Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el INSSJP y Desarrollo Social para insertar como prestadores no exclusivos del INSSJP a los cuidadores de ancianos (Valderrama, 2009)

La formación de cuidadores es aún muy reciente; onerosa para los que deciden formarse y para quienes necesitan de sus servicios. El asistente geriátrico en las instituciones de larga estadía adquiere esta categoría sin realizar otro entrenamiento que el de la práctica junto a otros asistentes con más antigüedad. Los establecimientos privados no incentivan la capacitación, fenómeno que no es exclusivamente local. (De los Reyes, 2001). Leopoldo Salvarezza plantea: "la mayoría de las personas que actualmente tienen algo que ver con los viejos no tienen los conocimientos gerontológicos necesarios para comprender la problemática de los viejos a los cuales asisten debido a la falta de una formación académica adecuada".

Según O'Connor y Seymour se entiende a la formación como el proceso que extiende el aprendizaje en tres ámbitos: conocimiento, desarrollo de habilidades y valores y actitudes. El tránsito adecuado de este proceso produciría mejor rendimiento, nuevas habilidades, nuevos conocimientos y nuevas actitudes.

Dentro de este marco de análisis ocupan un lugar destacado:

- Las capacidades básicas para la formación (lectura fluida, comprensión de textos, redacción coherente y manejo aritmético).
- Educación formal.
- Educación no formal, la cual induce la motivación hacia el campo, iniciativa para la formación, estimulación en áreas no formales y experiencia en áreas no conexas.

- Experiencia.

2.3.3 Funciones del Cuidador

Se entiende por función al ejercicio de una profesión. Teniendo en cuenta el rol, es decir, el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición (Redondo, 2008), las funciones inherentes al cuidador serían:

- **Prevención:** detección precoz de factores mediadores y/o conductas de enfermedades, involuciones o deterioros en los aspectos biopsicosociales de las personas. Se incluye en ella la prevención primaria (aspira a evitar la aparición de problemas a través de la promoción de conductas salubres), secundaria (intenta localizar de la manera más rápida perturbaciones que la prevención primaria no pudo evitar) y terciaria (tiene como fin trabajar sobre aquellas enfermedades que ya se han producido para prevenir recaídas y evitar inconvenientes futuros).
- **Promoción:** optimización de las posibilidades existentes en cada una de las personas atendidas y estimulación de situaciones de integración social en aras de una mejor calidad de vida.
- **Educación:** difusión de conocimientos específicos al usuario y/o su familia, transmisión de información pertinente acerca de cuidados y autocuidados, desmitificación de estereotipos que dificultan las tareas de

promoción y orientación sobre la disponibilidad, acceso y uso de los recursos a nivel comunitario.

- Asistencia: apoyo en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria, en el cuidado de la salud, en el tratamiento de enfermedades y en la rehabilitación factible en cada situación particular.

Los adultos mayores deben ser asistidos por personal con conocimientos específicos y adecuados a las diferentes funciones que deba desarrollar (Roque, 2003).

En relación con lo anteriormente dicho cabe destacar la noción de perfil, el cual se entiende como "la expresión de las cualidades que definen a una determinada persona" (Maristany, 1978) o según Redondo es el resultante de la comprensión de la cultura de la empresa, de la necesidad que se plantea y del puesto de trabajo. De acuerdo a la Lic. M. Cristina Lombardi, es importante, para la construcción del perfil del cuidador clarificar dos niveles del mismo: el perfil laboral y el perfil técnico. Por *perfil laboral* se entiende al conjunto de tareas, funciones y características de una ocupación determinada. Es decir, las tareas que deben desarrollar los cuidadores teniendo en cuenta su rol y funciones acorde a las características propias del desenvolvimiento de la vida diaria de la población asistida. En concordancia con lo expuesto, el Manual de Competencias Básicas, Genéricas y Específicas de los Cuidadores de Adultos Mayores del partido de General Pueyrredón, plantea el concepto de "*competencias específicas*", las cuales se define como aquellas asociadas a

conocimientos, habilidades técnicas, destrezas, valores y actitudes del campo de cuidados en salud gerontológica necesarios para desempeñar las funciones de cuidador domiciliario e institucional, lenguaje específico y al uso de técnicas y procedimientos propios de la tarea de brindar ayuda para las actividades de la vida cotidiana de la vejez frágil. En este manual se plantean que las unidades de competencias específicas de los cuidadores de adultos mayores son:

- Prevención y atención de la salud gerontológica.
- Vinculación con el mercado de trabajo de cuidados gerontológicos.
- Apoyo para la preparación e ingesta de alimentos.
- Gestión de servicios personales.
- Apoyo para vestirse.
- Apoyo social y fortalecimiento de la autonomía.
- Apoyo para la salubridad e higiene del hábitat.
- Apoyo para la recreación, movilidad y ayuda técnicas.
- Apoyo para el aseo y el arreglo personal.
- Compromiso con el trayecto formativo.

Por su parte, el *perfil técnico* hace referencia al conjunto de cualidades requeridas de conocimientos que deben incorporar los cuidadores a fin de proveer en forma óptima los servicios de atención. La descripción del perfil técnico incluye datos objetivos (edad, instrucción, experiencia, etc.) así como los relativos a características de la personalidad (área de aptitudes: sensorial, psicomotriz, mental y de carácter). Se destacan cuatro variables:

- Personales (edad, sexo, salud física y psíquica).
- Socio-económicas.
- Psicológicas (cualidades personales y aptitudes).
- Formativas.

2.3.4 Cuidados del Cuidador

Los cuidadores, al igual que el adulto mayor residente, es un ser humano, con una carga inherente a la labor que realiza y que transita por emociones y conflictos que implica el desempeño de su puesto. El que cuida necesita ser cuidado y atendido para el logro del bienestar de ambos.

El cuidador es la persona que proporciona asistencia y apoyo a quien padece una enfermedad; el cuidar al otro tiene consecuencias para el que cuida, ya que invierte una dosis de recursos emotivos y físicos en la persona que tiene a su cargo por lo cual el cuidador en algunos casos se convierte en un paciente "no visible", requiriendo asistencia profesional. Una de las posibles alteraciones en la salud física y emocional del cuidador es producto del sufrimiento del Síndrome del Burnout.

Garrid y Sansburi introdujeron en 1963 el término "carga" para referirse al impacto que produce el cuidado de personas enfermas en sus cuidadores. Esta "carga del cuidador" fue definida como "el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que puedan experimentar los

cuidadores de adultos” (George y Gwiter, 1986). Este concepto se caracteriza como multidimensional ya que es importante detectar tres factores de carga:

- El impacto del cuidado.
- La carga interpersonal.
- Las expectativas de la autoeficacia.

En este concepto de “carga”, el cual es un elemento crucial en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores, es necesario diferenciar sus dos dimensiones:

- *Carga subjetiva*: son las actitudes y reacciones emocionales que se presentan ante la experiencia del cuidar, es decir, es la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto del cuidar. Es el “como se siente” el cuidador.
- *Carga objetiva*: es el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos de la vida de los cuidadores, por ejemplo la cantidad de tiempo invertido en cuidados, problemas conductuales del enfermo, disrupción de la vida social, etc.

El cuidado del adulto mayor es un rol estresante que puede generar consecuencias negativas para el cuidador, las cuales repercutirán en el adulto mayor. Estas consecuencias negativas pueden hacer referencia tanto a complicaciones a nivel físico (dolores crónicos, cefaleas tensionales, trastornos digestivos, alteración del ciclo sueño-vigilia, infecciones virales, etc), mental o

emocional (ansiedad, estrés, depresión, sentimientos de culpa, falta de energía, entres otros) y socio-familiar (por ejemplo: problemas familiares, conflictos laborales con compañeros o asilados, aislamiento social, disminución de actividades de ocio y recreación).

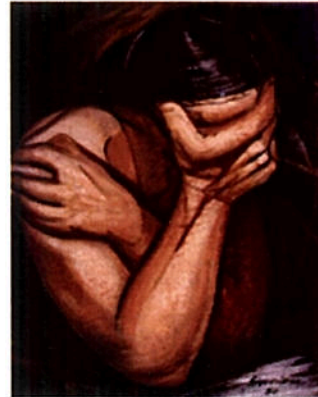
Según Zoila Hernández Zamora, se pueden tomar ciertos recaudos para tratar la sintomatología del cuidador. Entre las recomendaciones que propone se hallan:

- Educación e información continua al cuidador.
- Programar el trabajo.
- Fomentar su propio cuidado.
- Promulgar su participación en grupos de apoyo para cuidadores, formados por personas que estén en situaciones semejantes.
- Generar programas psicoeducativos.
- Informarse sobre el proceso de envejecimiento.
- Promover, reforzar y/o actualizar habilidades instrumentales.
- Realizar alguna actividad para descargar emociones con alguien con la suficiente capacidad de escucha y sin que omita juicios.

En base a lo expuesto es necesario realizar una evaluación de la carga y de los problemas psicológicos de los cuidadores de adultos mayores para prevenir futuros problemas emocionales en el mismo e incluso un posible maltrato hacia las personas a quienes cuidan. La ansiedad, que en gran parte de los casos suele ir asociada al estrés, puede aparecer frecuentemente en el ámbito laboral,

los trabajadores asistenciales. Esto causa detrimento psicológico y es el principal componente de una moral baja o ausentismo desarrollándose un concepto negativo y actitudes igualmente negativas hacia el trabajo. Este estado negativo es resultante de la influencia de agentes del entorno social, del entorno laboral y de las características personales. (Arita, 2001).

En el ámbito geriátrico se ha investigado el estrés y el Burnout ya que la realización de cuidados a los ancianos incapacitados durante un tiempo prolongado puede convertirse en una tarea física y emocionalmente agotadora para los cuidadores e influir de forma negativa sobre su salud y bienestar personal.



2.4 SÍNDROME DEL BURNOUT

2.4.1 Origen del Síndrome de Burnout.

El concepto del Síndrome de Burnout surgió en Estados Unidos a mediados de la década del año setenta (1974) acuñado por Freudenberger para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios. Se lo ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, a largo plazo y acumulativo, que presenta consecuencias negativas tanto para el individuo como para la organización. Este estrés laboral crónico, según Maslach y Jackson, está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado o presentar un cansancio extremo a largo plazo (Redondo, 2008).

Este síndrome ha sido investigado en diversos ámbitos y grupos ocupacionales. Si bien, en un primer momento, las exploraciones se realizaron en médicos y enfermeros, posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental como psiquiatras, enfermeros psiquiátricos y auxiliares de enfermería. Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud, entre los cuales se puede incluir a los cuidadores de adultos mayores.

El origen de este término, según Jáuregui, se ubica en la industria aeroespacial y significa el agotamiento del carburante de un cohete como resultado del calentamiento obsesivo. La autora también afirma que, en la década de los '70 este término se aplicó, en países anglosajones, a los deportistas de élite en referencia a sus esfuerzos para satisfacer sus expectativas de éxito (Neira, 2004). Sin embargo en el ámbito de la salud hay acuerdo unánime en considerar que fue Freudenberger, en el año 1974, quien menciona por primera vez el concepto de Burnout para describir el estado físico y mental de jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York, donde se realizaban tratamientos de toxicomanía. Estos jóvenes voluntarios se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada por su esfuerzo, produciéndose como consecuencia, después de uno a tres años de labor, conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. Es significativo que a pesar de que estos síntomas ya habían sido observados y estudiados de manera aislada, es a partir de Freudenberger que son buscados y analizados en conjunto atribuyéndole el nombre de "Burnout". En el mismo estudio y en base a las observaciones realizadas, Freudenberger, describe un perfil de las personas con riesgo a desarrollar el Síndrome de Burnout: son sujetos que se entregan demasiado al trabajo para conseguir una buena opinión de sí mismos y para lograr el bien común, pero a pesar de este esfuerzo y compromiso los

profesionales fracasan en hacer una diferencia en la vida de los usuarios. Por lo tanto concluye que el sentido de la existencia personal de dichos individuos está puesto en el ámbito laboral, generando excesiva implicación en el trabajo lo cual provoca que, generalmente, se termine en la deserción.

Años más tarde Christine Maslach, psicóloga social, al estudiar las respuestas emocionales de los profesionales de asistencia habló de sobrecarga emocional y consideró que llamarlo Burnout era menos estigmatizador que utilizar diagnósticos psiquiátricos. Al mismo tiempo dicha autora diseñó, junto con Jackson, el instrumento más utilizado para el diagnóstico de este síndrome.

Considerando lo planteado por estos autores, la presencia del Síndrome de Burnout se ha considerado una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador.

2.4.2 Definición del Síndrome de Burnout.

“El estrés laboral incide negativamente en la salud psicofísica del trabajador y afecta su adaptación social, su realización personal y su desempeño. Es por este motivo que muchos países han realizado programas para su prevención y tratamiento en las empresas, comprendiendo que se trata de un problema que compromete la productividad y el sistema previsional de las

naciones" (Neira, 2004). Esta autora afirma que el trabajo es un agente capaz de activar estrés cuando hay discrepancia entre las demandas laborales y los recursos del sujeto para afrontarlas, como producto de la falta de correspondencia entre las capacidades del trabajador y las requeridas por la tarea, porque la realidad contextual dificulta su realización o porque el trabajo no satisface las necesidades y expectativas de quien lo realiza. Ante esta situación el estrés laboral supone una carga para el trabajador amenazando su salud y su bienestar y, al mismo tiempo, representa una carga para la organización ya que compromete la calidad del servicio y la productividad. Por esta razón es importante considerar las interpretaciones que el sujeto hace de las demandas provenientes de su trabajo, su vulnerabilidad y las estrategias de afrontamiento que utiliza, determinados por factores congénitos, hereditarios, socioambientales y por su historia personal. Además los agentes laborales causales de estrés son considerados en relación al momento en que se desencadenan, su duración, su frecuencia o repetición y su intensidad.

Entonces, el Síndrome del Burnout, que alude a estar fundido, quemado, agotado, gastado, fatigado, exhausto, consumido o apagado, refiere a un estado de deterioro o agotamiento producido por una demanda excesiva de los recursos físicos y emocionales del sujeto por su tarea laboral, particularmente las que implican relaciones interpersonales intensas y continuas, determinando que el trabajador se encuentre desbordado y sienta agotada su capacidad de reacción. Ante estas circunstancias se produce un desequilibrio entre las

demandas del trabajo y los recursos del individuo para responder a ellas. Cuando este desbalance se mantiene a lo largo del tiempo tornándose crónico, sobreviene el "Síndrome de Burnout" o "Síndrome de Desgaste Profesional" que constituye una seria amenaza para la salud de los trabajadores, particularmente la de aquellos que prestan un servicio y tienen a su cargo el cuidado de personas. "El Burnout constituiría una fase avanzada del estrés laboral crónico producido por determinadas circunstancias de la actividad laboral, en sujetos con ciertas características, que trabajan en contacto intenso y prolongado con individuos a los que brindan asistencia. Se caracteriza por agotamiento emocional y baja realización personal del profesional, junto con un trato despersonalizado hacia el paciente" (Neira, 2004).

El Síndrome del Burnout también es conocido como síndrome de desgaste profesional, depresión por agotamiento, síndrome de quemarse en el trabajo o del quemado y síndrome de Tomás. Observando esta diversidad de nomenclaturas se desprende que no existe una definición unánime sobre el Burnout, sin embargo si hay consenso entre los diversos autores en considerar que se manifiesta como una respuesta al estrés laboral crónico y en reconocer al Burnout como una experiencia subjetiva que agrupa sentimientos y actitudes negativas y que presenta consecuencias nocivas para el individuo y para la organización en la que éste trabaja. Tampoco existe un acuerdo entre quienes han estudiado el Burnout acerca de la secuencia y el orden de los tres elementos que lo integran: despersonalización, baja realización personal en el

trabajo y agotamiento emocional. Es por este motivo que se produjo la emergencia de distintos modelos procesales que tratan de explicar el desarrollo de este proceso, los cuales han quedado estructurados en tres grandes teorías: Sociocognitivo, Teoría del intercambio social y la Teoría organizacional.

A pesar de que el Síndrome de Burnout está estrechamente relacionado con el estrés laboral, ya que es una etapa final en la que el individuo queda en una situación de agotamiento de sus propios recursos, este síndrome tiene características propias que lo diferencian cualitativamente de un estrés laboral agravado. Mientras que este último tiene aspectos negativos y positivos debido a que en ocasiones los sujetos deben estar estresados en su trabajo porque les permite un mejor funcionamiento (lo cual es bueno siempre que la persona pueda controlar el nivel, frecuencia y duración del estrés), el Burnout tiene solamente aspectos negativos y es una de las maneras que tiene de progresar el estrés laboral, de lo que se desprende que el estrés laboral no necesariamente conduce al Burnout. También debe tenerse en cuenta que a diferencia del estrés o la crisis, el Burnout no siempre es reconocido por quien lo padece, sin embargo es muy importante su detección y tratamiento temprano ya que genera situaciones de riesgo para el trabajador en el plano individual, familiar, social y laboral. Es por este motivo que debe prestarse atención a aquellos indicadores que lo evidencian: falta de disposición a asumir responsabilidades, quejas numerosas sin presentar soluciones, vínculos interpersonales conflictivos, dificultad para realizar tareas habituales,

incumplimiento de horarios, enfermedades frecuentes, mayor propensión a accidentes, errores, etc.

Es necesario aclarar que este síndrome es un proceso continuo y de comienzo insidioso que tiene tres características según la licenciada Redondo:

- No aparece de forma brusca, variando su intensidad dentro del mismo individuo;
- Negación: se tiende a negar la situación por que se la suele vivir como un fracaso tanto a nivel profesional como personal.
- Fase irreversible.

Diversos autores afirman que el Burnout se lo puede definir desde una perspectiva clínica y desde una perspectiva psicosocial. Desde el *punto de vista clínico*, representado por Freudenberguer, el Burnout es el estado al que arriba el sujeto como consecuencia del estrés laboral y hace alusión a una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral como resultado de la pérdida del idealismo y frustración de las expectativas profesionales. Freudenberguer define este síndrome como "un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo" (Neira, 2004). En esta misma línea Fischer consideró al Burnout como "un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos" mientras que Pines y Aronson, en 1988, extendieron la definición a otros profesionales, definiéndolo como un "estado en el que se combina fatiga

emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima” (Redondo, 2008), junto con síntomas como vacío físico, sentimientos de desamparo, desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y actitud negativa hacia el trabajo y la vida misma. Desde la *perspectiva psicosocial*, Maslach y Jackson definen al Burnout como una “respuesta disfuncional en individuos que trabajan en profesiones de asistencia, a una tensión emocional de índole crónica, originada en el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas. Está compuesta por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo” (Neira, 2004). Estas autoras consideran al Burnout como un síndrome tridimensional compuesto por:

1. *Agotamiento emocional*: caracterizado por la presencia de cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambas y que hace referencia a la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. “Es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo” (Redondo, 2008).
2. *Despersonalización*: alude al desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente a los beneficiarios del propio trabajo. Está acompañado de un incremento de

irritabilidad, pérdida de motivación y por la presencia de un profesional que se muestra cínico, irónico, culpando a los usuarios de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

3. *Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal:* surge cuando comprende que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente, con lo cual se obtienen respuestas negativas hacia uno mismo, hacia su trabajo, produciéndose evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima, una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo, sentimientos de fracaso profesional y carencias de expectativas en el trabajo e insatisfacción generalizada. Como consecuencia de esta situación se produce la impuntualidad, la abundancia de ininterrupciones, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión.

2.4.3 Factores Asociados al Burnout.

La Licenciada Ana Redondo en sus escritos plantea que los *facilitadores* del Síndrome son aquellas variables que favorecen o inhiben la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que dichas variables estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido, afectando al desarrollo del síndrome.

Respecto a las *variables demográficas*, aunque se considera que la edad no parece influir en la aparición del Síndrome de Burnout se piensa que existe un período de sensibilización debido a que en los primeros años de carrera profesional el individuo sería más vulnerable al agotamiento porque se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, obteniendo durante este tiempo recompensas personales, profesionales y económicas que no son ni las prometidas ni las esperadas. Un alto porcentaje de estudios obtienen que a mayor edad los sujetos expresan menos sentimientos de quemarse por el trabajo.

Sobre el sexo se piensa que las mujeres serían principalmente el grupo más vulnerable por diversas razones: la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, la elección de especialidades profesionales que prolongarían el rol de la mujer, etc.

Acerca del estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, no hay un acuerdo unánime, pero si parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que otras que están casadas o con parejas estables. De la misma manera la existencia o no de hijos haría que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser personas maduras y estables y porque la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor

capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realistas con el apoyo familiar.

Por otro lado se acuerda que la sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente; no obstante no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del síndrome en estos profesionales, aunque tampoco queda claro.

Sobre la antigüedad profesional no existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Sin embargo, Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

2.4.4 Causas del Burnout.

El Burnout resulta de la combinación de variables personales del trabajador, variables ambientales (entorno social, familiar, cultural, etc.) y

variables laborales de la organización y del trabajo en sí (Neira, 2004). Sin embargo existen diferencias entre los investigadores de este síndrome para determinar la importancia que cada contexto tiene en la aparición del Burnout: algunos consideran que es consecuencia de la situación laboral, mientras que otros enfatizan la personalidad considerando que es a través de ella que se realiza la evaluación cognitiva de los eventos laborales para considerarlos estresantes; finalmente otros autores resaltan la importancia por igual de las variables individuales como de las organizacionales.

En relación a los rasgos de personalidad y variables personales del trabajador, se considera que serían más proclives los sujetos empáticos, sensibles, idealistas, con intensa dedicación profesional, obsesivos, que tienden a identificarse masivamente con los demás. Según Redondo el Burnout se produce en los individuos que poseen un Ideal del yo elevado, siendo este ideal el que los conduce a desarrollar una imagen de ellos mismos en desacuerdo con su personalidad real. "La particularidad de esta enfermedad es que afecta generalmente a personas que alimentan un ideal elevado y que han puesto todo su empeño en alcanzar este ideal. Se trata de una enfermedad de la idealidad" (Redondo, 2001). También en las variables de personalidad debe considerarse que diversas investigaciones han encontrado una correlación positiva en individuos que responden al patrón de personalidad tipo A: alta competitividad y esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, impaciencia, inquietud, compromiso excesivo con el trabajo, baja autoconfianza, etc. Al mismo tiempo

se sabe que las estrategias de afrontamiento que promueven evitación, aislamiento, negación y pasividad aumentan la probabilidad de aparición de este síndrome, junto con la falta de apoyo familiar y social en relación al desempeño y a las circunstancias laborales, relaciones interpersonales negativas, etc.

Acorde con lo planteado por Peiró en 1992 las variables laborales o posibles estresores que promueven el surgimiento del Burnout se dividen en cuatro categorías:

- Ambiente físico del trabajo y contenido del puesto como fuentes de estrés laboral. Aquí se hace referencia a las condiciones adversas del ambiente físico de trabajo como por ejemplo, ruidos, mala iluminación, temperaturas extremas, falta de higiene, poca disponibilidad de espacio, etc; como así también a las demandas estresantes del puesto tales como los turnos rotativos, trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros, sobrecarga laboral, trabajo repetitivo y monótono que provoca fatiga y mayor propensión a accidentes, recursos e insumos inadecuados, remuneración insuficiente, inestabilidad laboral y finalmente, falta de autonomía en la realización del trabajo.
- Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera. Se considera que una de la principales fuentes de estrés laboral es el desempeño de roles en las organizaciones, estando este estrés de rol integrado por dos disfunciones del rol: la ambigüedad (grado de incertidumbre que el

sujeto tiene respecto al rol que desempeña) y conflicto de rol (surge cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias). Respecto a las relaciones interpersonales, en el ámbito laboral favorecen el Burnout cuando interfieren en el ejercicio normal de la tarea y generan un clima institucional negativo caracterizado por la presencia de conflictos con superiores o compañeros o personal a cargo, dificultades en la comunicación, hostigamiento psicológico, acoso moral, etc.

- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales tales como las dimensiones estructurales de la organización y el clima organizacional de la misma. Las nuevas tecnologías pueden facilitar o dificultar el desempeño de las tareas, acarreando un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para realizar el trabajo. Este cambio puede afectar a los sistemas cognitivos y emocionales del sujeto, dependiendo de cómo el mismo se ajusta al sistema tecnológico. Se consideran como posibles variables desencadenantes el grado de adaptación, el ritmo de trabajo impuesto, las demandas de atención exigidas, el aislamiento social, etc.
- Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.

Asimismo se considera que la aparición del Burnout se produce por cambios sociodemográficos ya que es un síndrome de fin de siglo que afecta a los trabajadores de final de siglo. Dentro del nivel social un fenómeno que llama

la atención en la actualidad por su influencia en el medio laboral es la sociedad de la queja, por la que los ciudadanos, dentro de la cultura de acceso a los servicios, exigen cosas imposibles, por lo tanto, los trabajadores se perciben incapaces de poder atender esas demandas porque no tienen los recursos para dar respuesta, logrando de esta manera que el ciudadano lo haga responsable de la situación de no satisfacción. Al mismo tiempo debe tenerse en cuenta que el crecimiento de la población desbordó la posibilidad de dar servicio teniendo como efecto el deterioro de las relaciones entre los trabajadores sociales y la gente mientras que también trajo como consecuencia la pérdida de prestigio de algunas instituciones.

2.4.5 Consecuencias del Burnout.

Al Síndrome del quemado se le ha atribuido el desarrollo de cambios conductuales, la aparición de hábitos de vida no saludables y de actitudes defensivas, junto con un incremento del ausentismo laboral.

En cuanto a sus *consecuencias*, se sabe que éstas afectan negativamente tanto los aspectos personales del trabajador (particularmente su resistencia y haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía) como el contexto laboral del mismo. Se considera que gradualmente, en relación directa a la magnitud del problema, en un primer momento los procesos de adaptación protegen al individuo pero su repetición los agota dando lugar a sentimientos de frustración y de fracaso en directa relación con la sintomatología, la gravedad y

la responsabilidad de las tareas que se realizan. El Burnout es un proceso y por lo tanto es progresivo, obteniendo inicialmente una exposición gradual al desgaste laboral, luego se produce un desgaste del idealismo y finalmente la falta de logros.

En lo que se refiere al nivel individual el sujeto presenta, en diversos planos, manifestaciones y síntomas propios del estrés:

- *Plano físico:* alteraciones en el sistema inmunológico, disfunciones psicosomáticas, fatiga, agotamiento, hipertensión, contracturas musculares, cefalea, taquicardia, trastornos del apetito, del sueño, sexuales, gastrointestinales, en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales, etc.
- *Plano emocional:* irritabilidad, agresividad, impaciencia, llanto, ansiedad, labilidad emocional, tristeza, desesperanza, aburrimiento, apatía, suspicacia, aislamiento, rigidez, frustración, culpa, depresión, baja autoestima, actitudes negativas hacia sí mismo, baja tolerancia a la frustración. Se considera que la mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional.
- *Plano intelectual o cognitivo:* trastornos de la atención, percepción, memoria, juicio, concentración, dificultad para concentrarse o tomar decisiones etc.
- *Plano conductual:* mayor predisposición a accidentes, aumento en el consumo de alimentos, alcohol, café, tabaco, fármacos, drogas, conflictos interpersonales que deterioran los vínculos familiares y sociales, empeoramiento de la calidad de vida, disminución de los intereses individuales,



pérdida de acción preactiva, hábitos dañinos para la salud, etc. Esta área hace referencia a la despersonalización.

Entre las consecuencias laborales y sociales (que apuntan a la organización en la que el sujeto trabaja) del Burnout plantadas por diversos autores se destacan, entre otras:

- Disminución de la satisfacción, del interés, de la motivación, del compromiso, del rendimiento, de la calidad de servicio y de la productividad.
- Aumento del ausentismo, de la rotación, de los accidentes y errores.
- Clima laboral hostil con relaciones interpersonales pobres y conflictivas, falta de cooperación y apoyo.
- Incumplimiento y retraso en el horario y las tareas.
- Abandono real o manifiesto del puesto de trabajo.
- Pedido anticipado de jubilación
- Cambio de profesión.
- Evitación de la interacción social y aislamiento del individuo.

Por su parte, los síntomas psicológicos que puede producir este síndrome pueden ser divididos a su vez en cuatro categorías según Ariana Castagna:

1. *Síntomas leves*: se caracteriza por la presencia de síntomas físicos vagos e inespecíficos haciendo que el afectado se vuelva poco operativo. El

primer síntoma de alarma es la dificultad de levantarse o el cansancio patológico.

2. Síntomas moderados: distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

3. *Síntomas graves*: abuso de psicofármacos, alcohol y/ drogas, ausentismo, etc.

4. *Síntomas extremos*: se produce por la repetición de factores estresantes que generan baja autoestima, un estado de frustración con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, estados de neurosis, en algunos casos psicosis con angustia y/o depresión e impresión de que la vida no vale la pena, llegando en casos extremos a ideas de suicidio.

2.4.6 Evaluación del Burnout.

En lo que se refiere la evaluación del Síndrome del Burnout se han utilizado diversas técnicas y herramientas específicas para estimarlo. En un primer momento se privilegiaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero en los últimos años se ha puesto mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes. En éste último caso es importante recordar que las mediciones de un autoinforme son débiles por sí solas y por lo tanto es aconsejable recolectar datos objetivos de otras

fuentes (observación directa de la conducta del trabajador, información que brindan terceras personas, presencia de indicadores laborales, etc) para confirmar o ampliar los resultados obtenidos. Pero a pesar de las limitaciones mencionadas los autoinformes, que miden, entre otras cosas, la calidad de vida, satisfacción laboral, estrategias de afrontamiento y el clima laboral, son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout y, dentro de ellos, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Burnout Measures de Pines y Aronson.

“Se han confeccionado varios instrumentos para la valoración del Burnout, pero el MBI (Maslach Burnout Inventory) es el más utilizado porque cumple con los criterios de confiabilidad y de validez convergente y discriminante” (Neira, 2004). Se trata de un cuestionario de autoinforme, desarrollado por Maslach y Jackson entre 1981 y 1986, que cuenta con una versión para los profesionales de la salud, otra para los educadores y finalmente una tercera para los trabajadores en general. El MBI cuenta con 22 ítems que constituyen afirmaciones referidas a sentimientos y actitudes en el trabajo y hacia los destinatarios del servicio, ante las que el sujeto debe indicar la frecuencia con que experimenta cada una de estas situaciones, de acuerdo a una escala.

El Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson es el segundo instrumento de evaluación del Síndrome del Burnout más utilizado en los estudios empíricos y expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental. Dicho test consta de 21 ítems, en tres subescalas, con formato tipo

Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. La fiabilidad test- retest y la consistencia interna son aceptables, al tiempo que la validez convergente con el MBI hace evidente que esta escala (BM) sólo evalúa sentimientos de cansancio emocional.

2.4.7 Estrategias de Intervención y Prevención del Estrés Laboral y

Burnout

Actualmente la intervención del Síndrome de Burnout se basa en un grupo de técnicas y conocimientos para afrontar y manejar el estrés. Por lo general la mayoría de los programas de intervención y prevención se centran en el entrenamiento en aspectos específicos y en concientizar a los trabajadores de la importancia de prevenir factores de riesgo. Para el desarrollo y aplicación de un programa diversos autores aconsejan que la intervención no se restrinja a un solo nivel, sino que se consideren todos aquellos que afectan a la persona directa o indirectamente, con el propósito de lograr un ajuste persona-ambiente, bajando los niveles de Burnout y previniéndolos.

Una recopilación bibliográfica revela que los diferentes niveles y sus estrategias son:

1. *Nivel individual*: se refiere al fortalecimiento de la persona para afrontar el estrés laboral y al desarrollo de estrategias individuales que buscan reducir y controlar las demandas internas y externas de una situación con el objetivo de eliminar o mitigar la fuente de estrés. A estas estrategias, según Ciancaglini

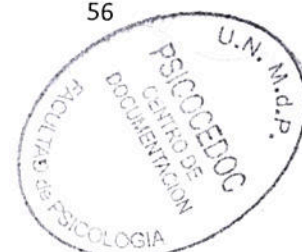
Zimmermann, se las puede dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: programas dirigidos a las estrategias instrumentales (centrados en la solución de problemas) y programas dirigidos a estrategias paliativas que tiene como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas. Las estrategias más recomendadas en este nivel son: aumento de la competencia profesional (formación continua), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre, descansos y pausas laborales dando lugar a la reflexión, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, ejercicio físico, técnicas de relajación, trabajar mejor en vez de más, entre otros.

2. *Nivel interpersonal*: relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral. El apoyo social es un factor significativo como estrategia para prevenir o tratar este síndrome debido a que disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros. Por lo tanto Redondo, sostiene que una estrategia social importante es fomentar el apoyo social en compañeros, supervisores, directivos, amigos y familiares para que el trabajador reciba apoyo personal, información sobre su rendimiento laboral y sobre como puede mejorarlo de forma realista.

3. *Nivel organizacional*: se refiere a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo para mejorar el ambiente y clima de la organización.

Para intervenir en el estrés laboral se debe actuar sobre los elementos de la organización implementando programas que sean formulados claramente para lograr mayor precisión y rigor porque una intervención mal realizada puede empeorar la situación ya que todo cambio es fuente potencial de estrés. Entonces en estrategias organizacionales debe considerarse, para poder intervenir adecuadamente, los factores que mejoran y empeoran la situación, los objetivos que se pretenden conseguir, las disponibilidades y recursos de la organización, el nivel de estrés, la urgencia de la intervención, entre otros. Desde el punto de vista de las organizaciones se han clasificado los programas en tres tipos de intervenciones: primaria (programas de prevención) que suprimen los factores desfavorables o de riesgos antes de que generen enfermedad, la prevención secundaria (programa de tratamiento) que aborda la enfermedad en sus primeras fases mediante una intervención rápida y finalmente la intervención terciaria que busca reducir la discapacidad o secuelas asociadas al trastorno. La intervención organizacional debe ser estudiada como un sistema integral.

Por consiguiente, los programas de prevención e intervención del estrés laboral deben partir de una evaluación integral, en la cual corresponde considerarse tanto los factores personales, interpersonales y los organizacionales que intervienen en su generación porque el estrés es producto de la interacción entre el trabajador y las condiciones de su trabajo. Por lo tanto, por la complejidad del estrés y la interdependencia de sus variables, se afirma



que es pertinente la implementación de diferentes estrategias y programas para el abordaje y prevención del Burnout. Estos programas de prevención están constituidos por diversas etapas:

1. *Etapas de diagnóstico:* permite identificar las características individuales y grupales de los trabajadores y los factores de riesgo de estrés, mediante la utilización de sistemas de registro administrativo, la observación directa de los trabajadores, la evaluación mediante encuestas, cuestionarios, entrevistas, etc.
2. *Intervención:* se utilizarán las técnicas más apropiadas de acuerdo al diagnóstico obtenido y a partir de la puntualización de destinatarios, actividades, duración y objetivos del programa, entre los que se encuentran: brindar información a los trabajadores sobre las manifestaciones, causas y consecuencias del estrés laboral y el Burnout, en un espacio que permita la comunicación y el intercambio de experiencias; hacer que los trabajadores reconozcan los agentes laborales causantes de estrés, así como los recursos para su afrontamiento; estimular el desarrollo de técnicas para la administración del tiempo, el análisis de problemas, planificación de tareas, resolución de conflictos; favorecer el apoyo interpersonal y la comunicación entre los distintos niveles de la organización para trabajar menos y alcanzar los objetivos propuestos; propiciar el conocimiento de sí mismo y estimular un estilo de vida compatible con pautas de salud física, psíquica y social; respetar los derechos del trabajador; otorgar condiciones ambientales adecuadas y cumplimiento de leyes de seguridad e higiene en el trabajo; brindar oportunidades de

capacitación, promoción y desarrollo; favorecer la disminución de la sobrecarga y de las presiones que afectan la calidad de las tareas; y realizar un diseño ergonómico de las tareas y los puestos permitiendo el desarrollo de las capacidades del trabajador.

Debe tenerse en cuenta que la mejor manera de limitar los efectos del Síndrome del Burnout reside en su prevención temprana ya que es más fácil de combatirlo en la fase inicial. Amigos, compañeros de trabajos o superiores son fuentes confiables para un sistema de alarma precoz que permita detectar el Burnout.

A pesar de que en los últimos años surgió la necesidad de preocuparse y ocuparse más por la calidad de vida laboral, Neira sostiene que es frecuente hallar en las organizaciones obstáculos que impiden o dificultan la implementación de actividades para la prevención del estrés laboral y agrega que "la falta de intervención en este tema es una constante en la mayoría de las empresas de nuestro país" (Neira, 2004). Como motivos de esta situación se pueden nombrar un mayor interés por el funcionamiento técnico y/o económico de la organización que por el bienestar de su personal (sin reconocer que esta variable está directamente relacionada con la productividad), el no planteamiento de las dificultades por parte de los trabajadores por miedo a ser despedidos, el desconocimiento de los costos que el estrés laboral presenta para la empresa en concepto de gastos sanitarios, baja de producción, ausentismo, errores, accidentes, etc., junto con la falta de información y la

escasa confianza de algunos empresarios sobre estas intervenciones y su rentabilidad (lo cual deberá ser tomado en cuenta a la hora de diseñar los programas de salud laboral y prevención del estrés en las organizaciones).

3. METODOLOGÍA

Con el objetivo de evaluar el síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata que realizan sus labores en pequeños hogares u hogares habilitados se utilizaron diversas técnicas. Una de ellas es la entrevista semiestructurada dirigida a los propietarios y/o responsables de los hogares seleccionados del listado aportado por las autoridades municipales competentes, con el fin de obtener información acerca de las condiciones laborales de sus empleados. En lo referido a los cuidadores se aplicó un cuestionario autoadministrado de elaboración propia (con escala tipo Likert) junto con la aplicación de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española. Ambas escalas estuvieron acompañadas por una breve indagación acerca de las condiciones laborales de los cuidadores.

3.1 Entrevista a Propietarios y/o Responsables de Hogares Habilitados y Pequeños Hogares.

Se confeccionó una entrevista semi-estructurada dirigida a los propietarios y/o responsables de los hogares habilitados y pequeños hogares con el fin de recabar información acerca de las condiciones laborales y relaciones interpersonales de estos establecimientos. Con ella se pretendió obtener datos que sirvan a un análisis cualitativo, que pueda complementar los resultados obtenidos de los dos instrumentos aplicados a los cuidadores. Dicha entrevista apunta a obtener datos acerca de la antigüedad de la institución u hogar, plazas disponibles, personas que actualmente viven allí y profesionales con los que

cuenta el establecimiento. Respecto a los empleados se indagó acerca de la cantidad de personas que trabajan en dichas instituciones, cantidad de adultos mayores a cargo que tiene cada cuidador, cantidad de horas de trabajo por día, si se le otorgan o no francos semanales, si los horarios son rotativos o fijos, frecuencia de ausentismo, actividades de los empleados. Asimismo las preguntas estaban dirigidas a conocer sobre la relación entre empleados, empleados y dueños y empleados y adultos mayores (Ver anexo 1).

3.2 Cuestionario Autoadministrado a Cuidadores.

Se elaboró un cuestionario autoadministrado dirigido a los cuidadores de adultos mayores, el cual estaba compuesto por dos partes. Con la primera parte se buscaba conocer las características y propiedades del trabajo del cuidador, incluyendo preguntas que aludían a la formación o estudios cursados, fecha de ingreso a la actividad laboral, cantidad de personas a cargo, cantidad de horas de trabajo por día, tipo de horario (rotativo o fijo), francos y actividad que realiza en el hogar (Ver anexo 2).

La segunda parte consiste en una escala tipo Likert. Este tipo de escala, desarrollada por Rensis Likert en los años '30, es una escala aditiva que corresponde a un nivel de medición ordinal que consiste en una serie de ítems o juicios ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El estímulo que se presenta al sujeto representa la propiedad que el investigador está interesado en medir, y las respuestas son solicitadas en términos de grado de acuerdo o

desacuerdo que el sujeto tenga con la sentencia en particular (Padua, 1982). El método de selección y construcción de la escala apunta a la utilización de ítems que son definitivamente favorables o desfavorables con relación al objeto de estudio.

Teniendo presente estas cuestiones se construyó una escala con 11 ítems referidos a la disposición y adecuación de los recursos materiales y de la estructura edilicia, aspectos económicos y contractuales de su labor, apoyo institucional y entre compañeros, grado de libertad en la toma de decisiones, satisfacción con la actividad que realiza, repercusión de su trabajo en su vida personal y en la relación con el adulto mayor y, por último, la relación entre sus conocimientos y experiencia y el tipo de cuidado que le gustaría ofrecer (Ver anexo 3). En los hogares habilitados se indagaron los 11 ítems y en los pequeños hogares se redujo el cuestionario a 7 ítems con el fin de adaptarlo a las características particulares de dichos establecimientos. Los 4 ítems eliminados para los pequeños hogares están referidos a cuestiones institucionales que son propias de hogares habilitados.

Con los datos obtenidos por estos ítems se confeccionó un cuadro de doble entrada, en donde se planteaba cada uno de las afirmaciones y las diversas opciones de respuestas. Esto permitió obtener la frecuencia que corresponde a cada una de las respuestas posibles para cada afirmación y, a partir de ella, presentar los datos a modo de porcentaje.

3.3 Maslach Burnout Inventory (MBI)

En lo que se refiere la evaluación del Síndrome del Burnout se han utilizado diversas técnicas y herramientas específicas. En un primer momento se privilegiaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y técnicas proyectivas, pero en los últimos años se ha puesto mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes. En éste último caso es importante recordar que las mediciones de un autoinforme son débiles por sí solas y por lo tanto es aconsejable recolectar datos objetivos de otras fuentes (observación directa de la conducta del trabajador, información que brindan terceras personas, presencia de indicadores laborales, etc) para confirmar o ampliar los resultados obtenidos. Pero a pesar de las limitaciones mencionadas los autoinformes, que miden entre otras cosas la calidad de vida, satisfacción laboral, estrategias de afrontamiento y el clima laboral, son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y dentro de ellos el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Burnout Measures de Pines y Aronson.

“Se han confeccionado varios instrumentos para la valoración del Burnout, pero el MBI (Maslach Burnout Inventory) es el más utilizado porque cumple con los criterios de confiabilidad y de validez convergente y discriminante” (Neira, 2004). Se trata de un cuestionario de autoinforme, desarrollado por Maslach y Jackson entre 1981 y 1986, que cuenta con una versión para los profesionales de la salud, otra para los educadores y finalmente una tercera para los trabajadores en general. El MBI cuenta con 22

ítems, valorados con una escala tipo Likert, que constituyen afirmaciones referidas a sentimientos y actitudes en el trabajo y hacia los destinatarios del servicio, ante las que el sujeto debe indicar la frecuencia con que experimenta cada una de estas situaciones, de acuerdo a una escala. El análisis factorial de los ítems, que fue realizado por las autoras, dio lugar a tres subescalas o dimensiones del Burnout, cuyo puntaje se obtiene sumando las frecuencias dadas por el sujeto ante los ítems correspondientes: 0 (nunca), 1 (algunas veces al año), 2 (una vez al mes), 3 (varias veces al mes), 4 (una vez por semana), 5 (varias veces por semana), 6 (todos los días). Mediante estos 6 adjetivos el sujeto valora con que frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Las tres subescalas son:

1. *Agotamiento emocional (AE)*: compuesta por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos tales como el estar abrumado, sobrepasado, exhausto y agotado emocionalmente por las demandas del trabajo. Su puntuación máxima es 54 y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.
2. *Despersonalización (DP)*: constituida por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Implica una respuesta impersonal del trabajador hacia los sujetos que atiende (falta de sentimientos e insensibilidad), con actitudes deshumanizadas, negativas, frías y distantes. El puntaje máximo es 30 y cuanto mayor es la puntuación mayor es el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

3. *Realización personal en el trabajo (RP)*: compuesta por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, que expresan eficiencia y realización exitosa del trabajo. El puntaje máximo es 48 y cuanto mayor es la puntuación mayor es la realización personal porque, en este caso, la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout por lo que puntajes bajos indican tendencia del sujeto a autoevaluarse negativamente e insatisfacción con sus logros laborales.

Según Maslach y Jackson es recomendable mantener separadas las puntuaciones de cada escala (que se categorizan como bajo, medio o alto de acuerdo a puntos predeterminados para cada cultura y grupo profesional) y no combinarlas en una puntuación única ya que el instrumento no arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de Burnout sino puntajes individuales para cada una de las tres dimensiones, en donde altas puntuaciones en las escalas AE y DP (que se encuentran por encima del percentil 66) y bajas puntuaciones en la escala RP (por debajo del percentil 33) permitirían componer el síndrome. (Ver anexo 4, inventario utilizado).

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Estas tres escalas tienen gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en

agotamiento emocional y despersonalización y baja en realizar personal definen el síndrome (Izquierdo, s/f).

Respecto de cada subescala el punto de corte también puede establecerse según los siguientes criterios: en la subescala de Agotamiento Emocional (AE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (DP) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (RP) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro (Izquierdo, s/f).

Tabla 1- Tabla con los puntajes correspondientes a cada una de las subescalas del MBI.

TABLA CON PUNTAJE SUB ESCALAS			
	AE	DP	RP
ALTA	27 o +	10 o +	40 o +
MEDIA	19 a 26	6 a 9	34 a 39
BAJA	18 o -	5 o -	0 a 33

3.4 Tipo de Estudio y Objetivos.

La presente investigación, de análisis cualitativo y cuantitativo, se caracteriza por ser exploratoria, buscando examinar una temática poco abordada con el objetivo de incrementar el grado de familiaridad con la misma. Dicha temática, en este caso es el Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores.

Se plantearon como objetivos:

Objetivo General:

- Evaluar la posible presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores en residencias geriátricas de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Particulares:

- Identificar la prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo en cuidadores de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.
- Comparar el índice del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que desempeñan su trabajo en pequeños hogares y hogares habilitados.
- Evaluar si las condiciones de trabajo de los cuidadores influye en la adquisición del síndrome del quemado.

3.5 Muestra

En relación a la muestra, la misma se constituyó a partir del listado oficial aportado por la municipalidad de General Pueyrredón (Ver anexo 5). En base a ello, se decidió seleccionar 11 pequeños hogares que representan el 50% de la muestra total y 15 hogares habilitados en los que residen entre 20 y 30 personas, que también representan el 50% de la totalidad. En cada institución se seleccionaran tres sujetos, el responsable de la residencia y dos cuidadores, siendo estos últimos a los que se les aplicará el MBI y el cuestionario autoadministrado.

Es necesario aclarar dos cuestiones.

- La primera de ellas es que en los pequeños hogares son los propios responsables y/o propietarios del lugar los que se desempeñan como cuidadores de adultos mayores, por lo que se debió aplicar los instrumentos a dichas personas ante la falta de empleados. Por este motivo es que en algunos pequeños hogares solamente fue posible administrar los instrumentos a una sola persona, debiendo incrementar el número de pequeños hogares visitados para completar la muestra de dicho grupo.
- La segunda aclaración alude a la figura del cuidador en las instituciones geriátricas. Se observó que dicha figura no se haya instalada en estos establecimientos, siendo el asistente geriátrico (en hogares habilitados) y el responsable y/o propietario del lugar (en pequeños hogares), quien

desempeña dicha función, ya que el rol del cuidador está asociado principalmente al cuidado domiciliario. Frente a esta situación y, teniendo presente la definición inicialmente planteada del cuidador, es que se decidió tomar como muestra a los asistentes geriátricos y responsables de los establecimientos. Dicha definición plantea que un cuidador formal es toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitada, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo, incluyendo a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud para ancianos y los responsables de estos establecimientos: encargados, directores y propietarios.

3.6 Lugar

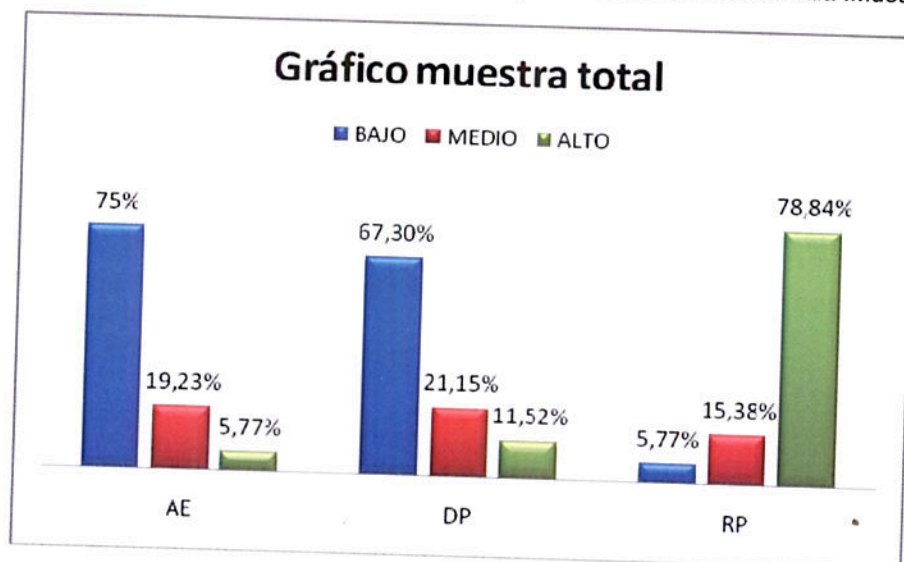
Las entrevistas e instrumentos fueron aplicados en pequeños hogares (residencias con cuatro a seis adultos mayores autovalidos) y hogares habilitados (establecimientos en los que residen entre 20 y 30 adultos mayores no autovalidos) de la ciudad de Mar del Plata, de acuerdo al listado ofrecido por la municipalidad de General Pueyrredón (ver anexo 5).

4. RESULTADOS

Teniendo presente los objetivos inicialmente planteados se desarrollará la siguiente presentación de los datos.

El objetivo general de la presente investigación es evaluar la posible presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores en residencias geriátricas de la ciudad de Mar del Plata. Este objetivo se encuentra estrechamente relacionado con el primer objetivo particular, el cual consiste en identificar la prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo en cuidadores de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.

Gráfico 1- Gráfico integrativo con porcentajes correspondientes a cada subescala .Muestra total.

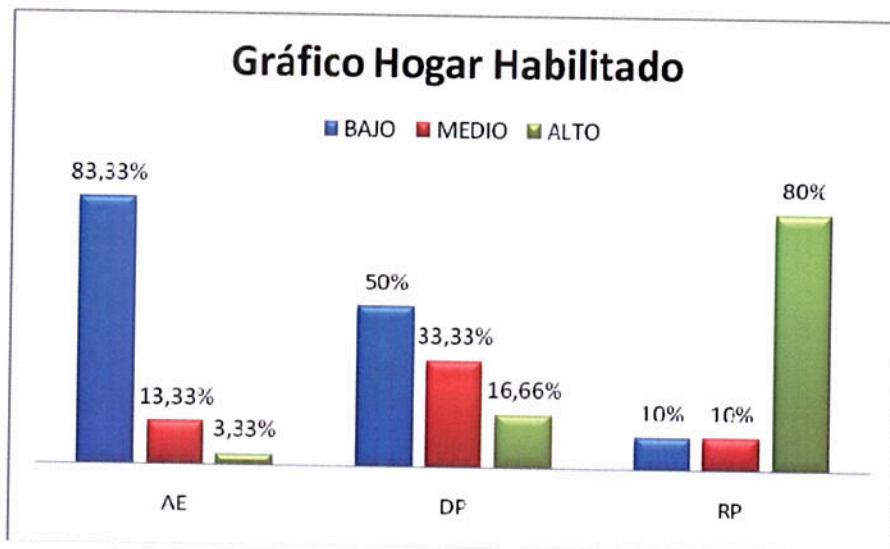


Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de Realización Personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

A partir del presente gráfico se observa que hay un alto porcentaje de puntajes bajos en Agotamiento Emocional (75%), como así también de Despersonalización (67,30%), mientras que el nivel de Realización Personal en el trabajo posee uno de los mayores índices con el 78,84%. Por ende se desprende que estos valores indican que los cuidadores formales de adultos mayores que se desempeñan en residencias geriátricas poseen bajo Agotamiento Emocional y Despersonalización, mientras que sus niveles de Realización Personal son elevados. A partir de esto se infiere que dichos cuidadores no poseen altos sentimiento de quemarse ya que los valores no condicen con lo pautado por el MBI para que exista una prevalencia del Síndrome de Burnout.

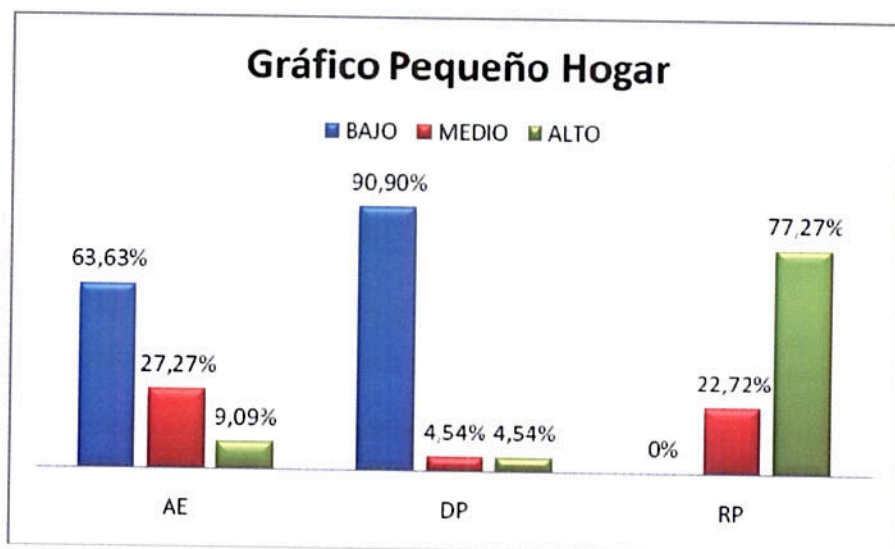
El segundo de los objetivos específicos plantea comparar el índice del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que desempeñan su trabajo en pequeños hogares y hogares habilitados.

Gráfico 2- Gráfico integrativo con porcentajes correspondientes a las subescalas para cuidadores de adultos mayores que se desempeñan en instituciones geriátricas habilitadas.



En este gráfico se observa que hay un 83,33% de niveles bajos de Agotamiento Emocional, mientras que hay un 50% de cuidadores con bajos niveles de Despersonalización, a diferencia de lo que ocurre con la Realización Personal, con un nivel alto del 80%. Estos datos contradicen lo pautado por el MBI para que exista una prevalencia de Burnout (puntuaciones altas en AE, DP y bajas en RP).

Gráfico 3- gráfico integrativo con porcentajes correspondientes a las subescalas y puntajes totales para cuidadores de adultos mayores que se desempeñan en pequeños hogares.



En este gráfico se observa que hay un 63,63% de niveles bajos de Agotamiento Emocional, mientras que hay un 90,90% de cuidadores con bajos niveles de Despersonalización, a diferencia de lo que ocurre con la Realización Personal, con un nivel alto del 77,27%.

El último y tercer objetivo consiste en evaluar si las condiciones de trabajo de los cuidadores influyen en la adquisición del Síndrome del Burnout. Para ello se tomaron en cuentas cinco variables: antigüedad, cantidad de personas a cargo, francos y cantidad de horas de trabajo y los datos aportados por el cuestionario confeccionado por el grupo.

Tabla 2- Relación entre los puntajes obtenidos en las subescalas del MBI y la antigüedad del cuidador en su puesto de trabajo.

Antigüedad	AE			DP			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
0-5 años	73,33%	23,33%	3,33%	60%	26,66%	13,33%	10%	20%	70%
6-10 años	72,73%	18,18%	9,09%	90,90%	10,10%	0%	0%	18,18%	81,82%
11-15 años	75%	25%	0%	50%	25%	25%	0%	0%	100%
16-20 años	85,71%	0%	14,29%	71,43%	14,28%	14,28%	0%	0%	100%

Los resultados obtenidos en relación a la antigüedad muestran que en todos los intervalos hay prevalencia de índices bajos de Agotamiento Emocional. A su vez se observa que con el transcurso de los años el AE disminuye en los cuidadores, siendo una posible causa de esto el desarrollo de nuevos recursos para afrontar las adversidades de su trabajo. Al igual que en AE, la Despersonalización es baja en todos los intervalos de años, siendo entre los 6-10 años antigüedad el rango donde los niveles de DP son más bajos (90,90%). En cuanto a la Realización Personal, la tendencia general son índices altos en todos los intervalos de esta variable.

Tabla 3- la relación entre los puntajes obtenidos en las subescalas del MBI y la cantidad de personas a cargo del cuidador.

Personas a cargo	AE			DP			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
0 a 10	62,50%	29,16%	8,33%	83,33%	4,17%	12,50%	4,16%	20,83%	75%
11 a 20	91,67%	8,33%	0%	66,67%	33,33%	0%	16,67%	0%	83,33%
21 a 30	81,25%	12,50%	6,25%	50%	31,25%	18,75%	0%	18,75%	81,25%

Se observa que el Agotamiento Emocional respecto a la cantidad de personas a cargo es bajo en todos los casos. El menor AE se encuentra en el intervalo de 11-20 (91,67%). En la subescala de Despersonalización si bien hay bajos índices, se evidencia que cuantas más personas a cargo tiene el cuidador se incrementa la DP, siendo el intervalo de 0-10 personas donde menos DP se registra y entre 21-30 el mayor. La Realización Personal, al igual que en la antigüedad, presenta niveles altos, siendo el más elevado la franja de 11-20.

Tabla 4- la relación entre los puntajes obtenidos en las subescalas del MBI y las horas de trabajo del cuidador.

Horas de trabajo	AE			DP			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
0 a 8	88,57%	8,57%	2,86%	62,86%	28,57%	8,57%	2,86%	20%	77,14%
9 a 16	80%	20%	0%	60%	0%	40%	40%	0%	60%
17 a 24	33,33%	50%	16,67%	83,33%	8,33%	8,33%	0%	9,10%	90,90%

Los puntajes obtenidos en base a las horas de trabajo nos muestran que el Agotamiento Emocional es bajo en los dos primeros intervalos no siendo así en el intervalo de 17-24, ya que un 50% de los cuidadores de dicha franja tienen un AE medio. Se observa que cuantas más horas destina el cuidador a su trabajo más AE presenta. En relación a la Despersonalización, los niveles son bajos, siendo de 17-24 el intervalo que presenta los menores índices de DP (83,33%). Por último la Realización Personal es en todos los intervalos alta, siendo la franja de 17-24 horas de trabajo, la que mayor nivel de RP presenta (90,90%).

Tabla 5- la relación entre los puntajes obtenidos en las subescalas del MBI y el tipo de horario que realiza el cuidador en su trabajo.

Tipo de horario	AE			DP			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Fijo	70,73%	21,95%	7,32%	70,73%	19,51%	9,76%	4,88%	17,07%	78,05%
Rotativo	90,91%	9,09%	0%	54,55%	27,27%	18,18%	9,09%	9,09%	81,82%

En cuanto al Agotamiento Emocional no se presenta niveles altos de dicha subescala en ambas categorías. Con respecto a la Despersonalización, si bien en ambos casos son bajos los niveles, en el horario rotativo hay una mayor distribución de los porcentajes entre bajo, medio y alto. Finalmente la Realización Personal es significativamente alta tanto en fijo como en rotativo con un 78,05% y un 81,82% respectivamente.

Tabla 6- La relación entre los puntajes obtenidos en las subescalas del MBI y la cantidad de francos que tiene el cuidador.

Francos	AE			DP			RP		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
ninguno	38,46%	46,15%	15,38%	76,92%	15,38%	7,69%	0%	15,38%	84,62%
4 x mes	88,24%	11,76%	0%	58,82%	17,65%	23,53%	11,76%	17,65%	70,59%
6 x mes	100%	0%	0%	60%	40%	0%	0%	0%	100%

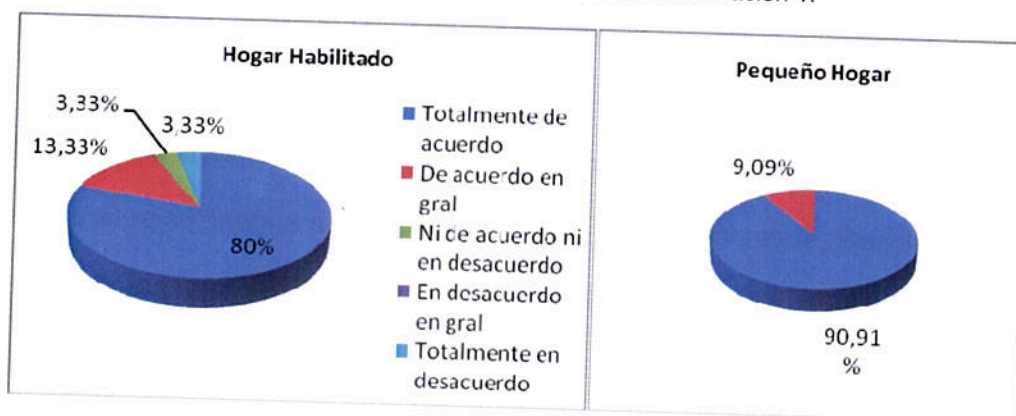
Sobre esta última variable se puede decir que hay bajos niveles de Agotamiento Emocional exceptuando aquellos casos que no tienen francos ya que en ellos hay un notable incremento del AE. La Despersonalización presenta niveles bajos en todas las categorías, evidenciándose el nivel más bajo en aquellos cuidadores que no tienen franco. Por último, se observa que la

Realización Personal en todas las categorías es alta; la más alta se presenta en aquellos cuidadores que tienen 8 francos por mes.

En cuanto a la entrevista confeccionada por el grupo los resultados serán expuestos a continuación. Vale recordar que, en función de lo ya expresado en la metodología, en los hogares habilitados se indagaron 11 ítems y en los pequeños hogares se redujo el cuestionario a 7 ítems con el fin de adaptarlo a las características particulares de dichos establecimientos. Los 4 ítems eliminados para los pequeños hogares están referidos a cuestiones institucionales que son propias de hogares habilitados.

1. Dispongo de los recursos materiales necesarios y adecuados para realizar mi trabajo

Gráfico 4- Resultados de la afirmación 1.

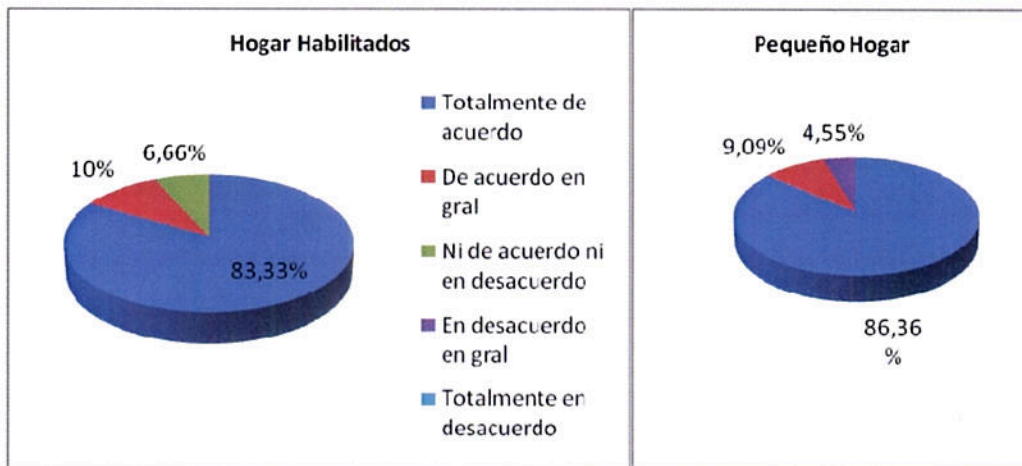


En los gráficos se puede observar un alto porcentaje de casos* que demuestran la buena disposición que los cuidadores tienen respecto a los

recursos materiales para realizar su trabajo, tanto en hogares habilitados (80%) como en pequeños hogares (90,91%).

2 .La estructura edilicia permite que mi trabajo se lleve a cabo de manera adecuada

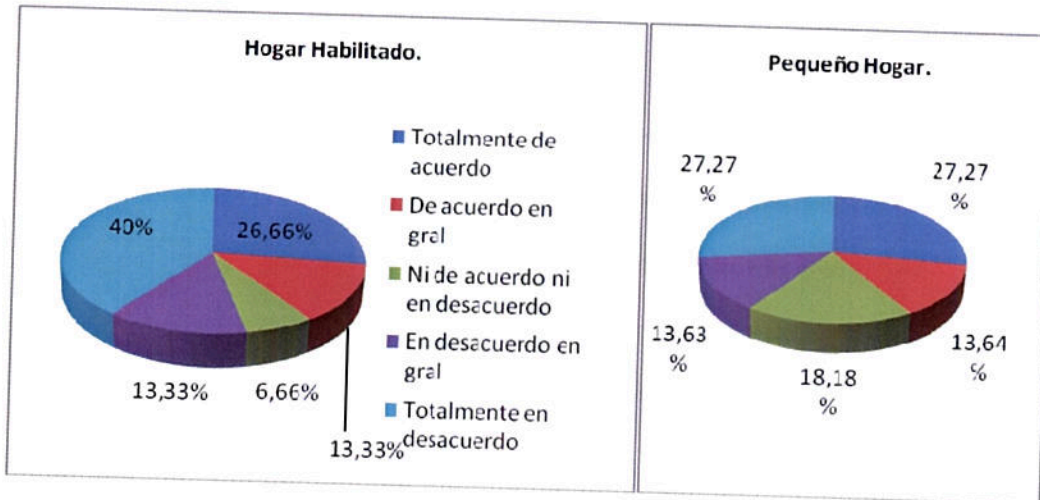
Gráfico 5- Resultados de la afirmación 2.



Al igual que en los gráficos anteriores, en estos se puede ver, tanto en hogares habilitados como en pequeños hogares altos porcentajes (83,33% y 86,36%) relacionados al acuerdo con la afirmación planteada. Se considera que en ambos establecimientos la estructura edilicia permite que el trabajo se lleve a cabo de manera adecuada.

3. Siento que no recibo un reconocimiento monetario adecuado por mi trabajo

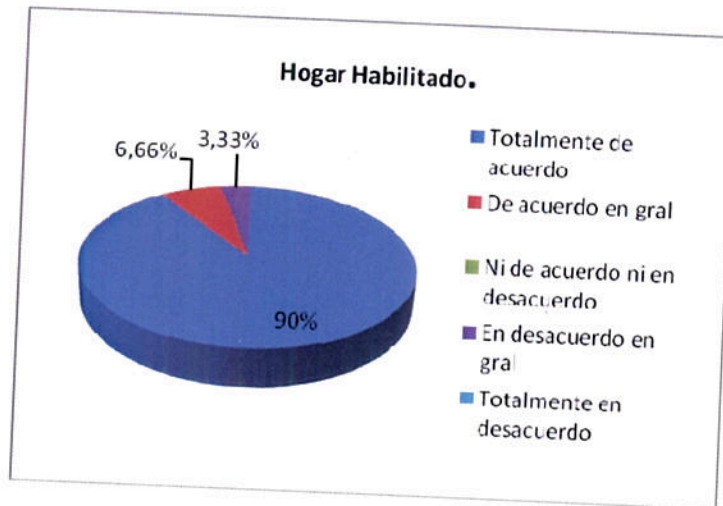
Gráfico 6- Resultados de la afirmación 3.



En esta afirmación los resultados difieren entre los hogares habilitados y los pequeños hogares. En los primeros un 40% sienten que reciben un reconocimiento adecuado por su trabajo, mientras que un 26,66% de la población se manifiesta en desacuerdo con su retribución monetaria. En cuanto a los pequeños hogares, se observa una mayor dispersión de las respuestas obtenidas, siendo el mismo porcentaje (27,27 %) para los sujetos que están en acuerdo y en desacuerdo con su salario.

4. La institución cumple con lo acordado contractualmente

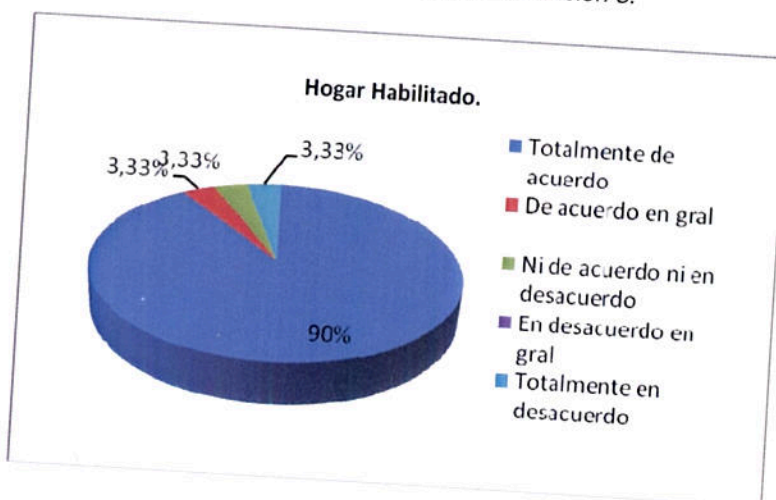
Gráfico 7- Resultados de la afirmación 4.



Se observa que en la mayoría de los hogares habilitados se cumple con lo acordado contractualmente (sueldos, horarios, etc) según lo manifestado por los cuidadores de estos establecimientos ya que hay un 90% que está de acuerdo con la afirmación planteada.

5. Cuando tengo un problema laboral puedo contar con la institución para resolverlo

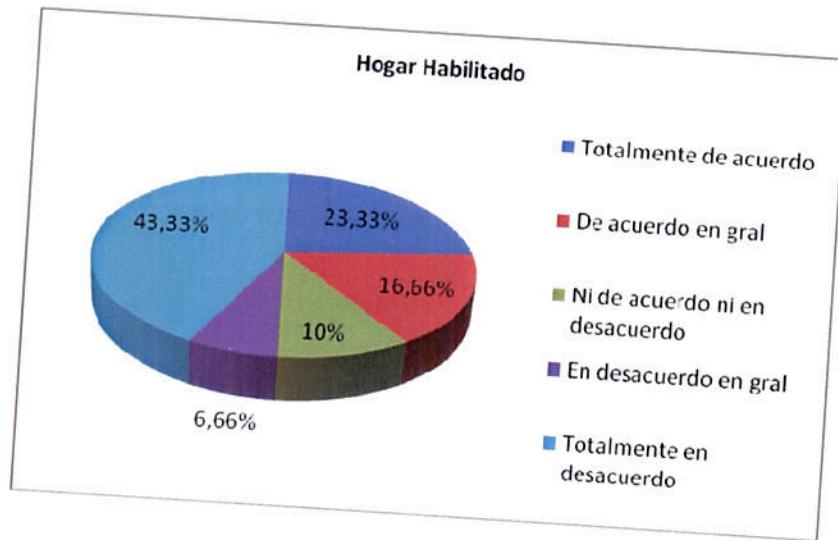
Gráfico 8- Resultados de la afirmación 5.



Al igual que en la afirmación anterior, el 90% de los cuidadores consultados que realizan su trabajo en hogares habilitados, cuentan con la institución para resolver los problemas laborales que se presentan en su tarea.

6. No tengo libertad para tomar decisiones en mi trabajo.

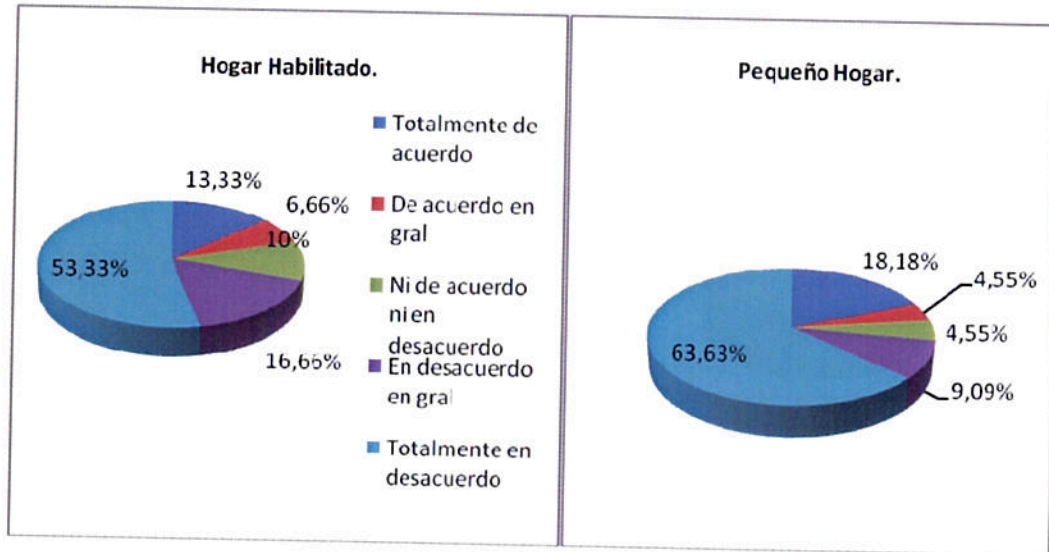
Gráfico 9- Resultados de la afirmación 6.



Un 43,33% de los cuidadores expresaron que tienen la libertad para tomar decisiones en su trabajo y no dependen exclusivamente de las órdenes de sus superiores. Sin embargo hay un 23,33% y un 16,66% que manifiestan estar totalmente de acuerdo y de acuerdo en general, respectivamente con lo planteado.

7. La actividad que realizo no es lo que yo esperaba, imaginaba o creía

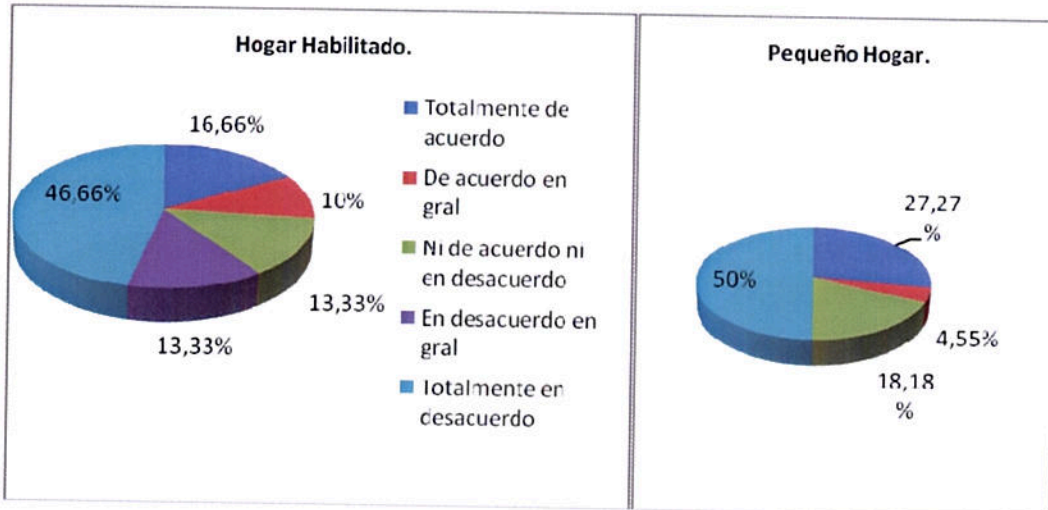
Gráfico 10- Resultados de la afirmación 7.



Tanto en hogares habilitados como en pequeños hogares, se obtuvieron resultados similares, ya que en la mayoría de los casos se está en desacuerdo con lo planteado por la consigna. Por lo tanto, la actividad que realizan en general es la que ellos esperaban, imaginaban o creían.

8. Mi trabajo repercute en mi vida personal

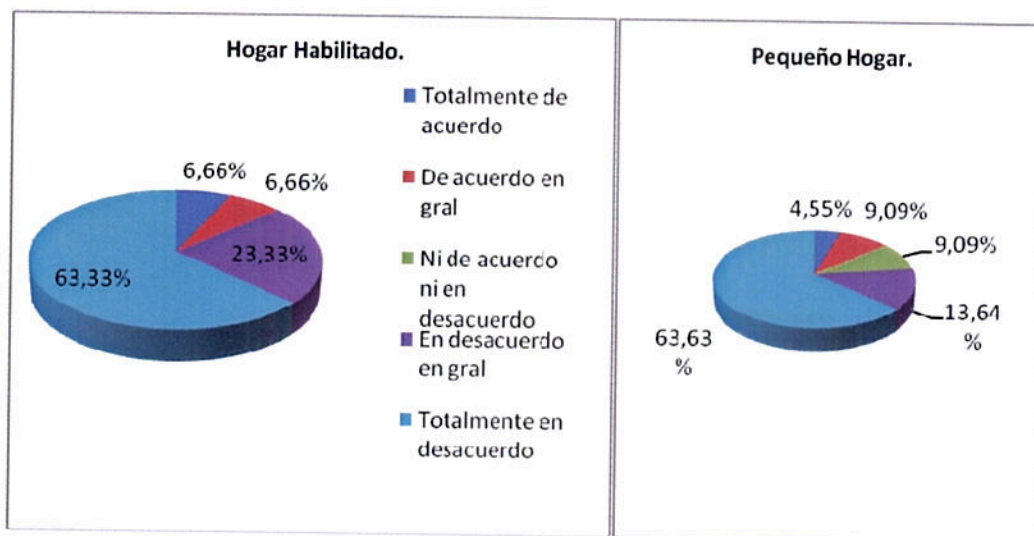
Gráfico 11- Resultados de la afirmación 8.



Los datos muestran que no hay diferencias significativas entre los pequeños hogares y hogares habilitados. En ambos casos la mayoría está en desacuerdo con lo planteado, sin embargo hay un 27,27% de cuidadores de pequeños hogares que consideran que su trabajo repercute en su vida personal y un 16,66 % de los cuidadores que se desempeñan en hogares habilitados que opinan de la misma manera.

9. La rutina laboral desgasta mi relación con el adulto mayor, generando conflictos con la persona a la que cuido

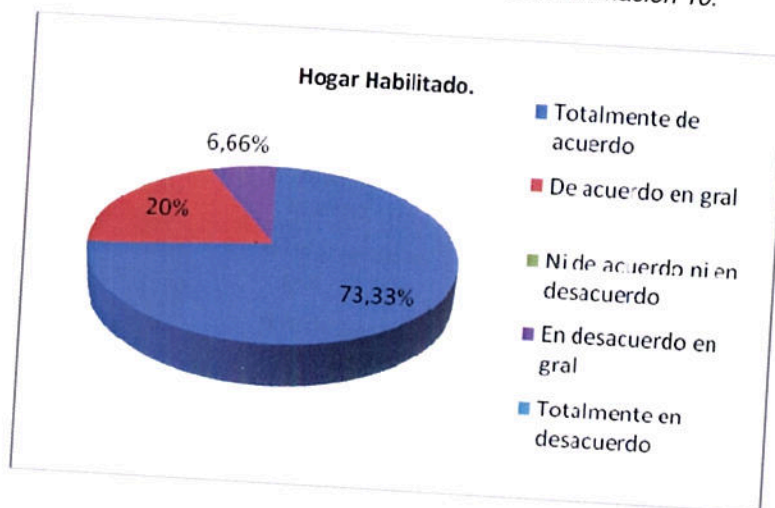
Gráfico 12- Resultados de la afirmación 9.



Respecto a la afirmación planteada, se infiere que los cuidadores de ambos establecimientos, en su mayoría (63%), manifestaron estar en desacuerdo con el hecho de que su rutina laboral genera un desgaste en la relación que tienen con el adulto mayor.

10. Cuento con mis compañeros para realizar mi trabajo diario

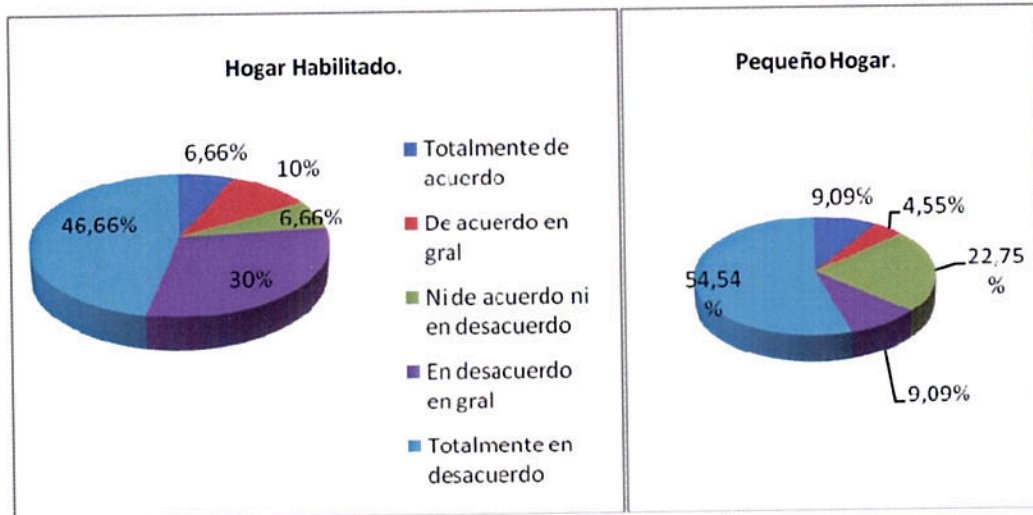
Gráfico 13- Resultados de la afirmación 10.



En este gráfico se observa que la mayoría de los cuidadores de hogares habilitados cuentan con sus compañeros para el desempeño diario de su trabajo, ya que el 73,33% y el 20% de los cuidadores dicen estar totalmente de acuerdo y de acuerdo en general, respectivamente, con la afirmación propuesta.

11.No creo tener suficiente conocimiento o experiencia para dar los cuidados que me gustaría poder dar

Gráfico 14- Resultados de la afirmación 11.



Mientras que un 46,66% de los cuidadores de hogares habilitados expresaron estar totalmente en desacuerdo con lo propuesto y un 30% en desacuerdo en general, en los pequeños hogares hubo un 54,54% de cuidadores que se opuso totalmente y un 9,09% que dijo estar en desacuerdo en general.

***5. ANALISIS DE
RESULTADOS***

Tal como se llevo a cabo en la presentación de los resultados, a continuación se analizarán los datos siguiendo los objetivos de la presente investigación.

El *objetivo general* de la presente investigación es evaluar la posible presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores en residencias geriátricas de la ciudad de Mar del Plata. Este objetivo se encuentra estrechamente relacionado con el *primer objetivo particular*, el cual consiste en identificar la prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo en cuidadores de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata.

Los resultados obtenidos indican que los cuidadores formales de adultos mayores que se desempeñan en residencias geriátricas poseen bajo Agotamiento Emocional y Despersonalización, mientras que sus niveles de Realización Personal son elevados. A partir de esto se infiere que dichos cuidadores no poseen altos sentimiento de quemarse ya que los valores no condicen con lo pautado por el MBI para que exista una prevalencia del Síndrome de Burnout (puntuaciones altas en AE, DP y bajas en RP).

Los resultados descriptos anteriormente podrían estar vinculados con diferentes variables. Una de ellas podría relacionarse al fenómeno de *deseabilidad social*. Este concepto, acuñado desde la psicología, hace referencia a la necesidad del individuo que se somete a un experimento, de quedar bien con el experimentador, hacer lo que se supone que se espera que

haga, o favorecer en alguna manera a que se de el resultado experimental que se quiere. Alude también a la tendencia psicológica a atribuirse a sí mismo cualidades de personalidades socialmente deseables y rechazar aquellas socialmente indeseables, lo que produce un efecto distorsionador en ciertas mediciones. (Lemos, 2007). Este fenómeno se observó en las contradicciones surgidas entre las repuestas a la escala y al cuestionario, y las expresiones que manifestaban a posteriori los cuidadores. A su vez las observaciones de los entrevistadores dieron cuenta de dichas divergencias, las cuales giraban en torno a las falencias o problemas relacionados con lo institucional, condiciones laborales, relaciones interpersonales y estados emocionales, que no eran plasmados al momento de completar dichos instrumentos.

Estrechamente vinculado con lo planteado anteriormente, y dando respuesta a las posibles causas de los resultados obtenidos, es el mecanismo de la *negación*. La negación es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o relevancia con el sujeto. Se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas. Por lo tanto, los cuidadores podrían estar negando ciertos aspectos desagradables o no deseados de su realidad laboral, con la finalidad de reducir contradicciones internas que le provocarían angustia dificultando su actividad laboral.

Por último la ausencia del Síndrome del Burnout en este grupo poblacional podría estar relacionada con el desarrollo de estrategias de afrontamiento tanto a nivel individual como interpersonal. A nivel individual, podrían desarrollar estrategias de control o centradas en el problema las cuales previenen el síndrome, como por ejemplo, se observó en los cuidadores un entrenamiento empírico en la resolución de problemas, en la asertividad de los mismos y en el manejo eficaz del tiempo. Desde una perspectiva interpersonal las estrategias pasan por el apoyo social entre compañeros y directivos de los establecimientos.

Los datos obtenidos en el cuestionario autoadministrado coinciden con estos resultados, ya que si, como la mayoría de los cuidadores expresaron, disponen de los recursos materiales necesarios y adecuados para realizar su trabajo, la estructura edilicia permite que el mismo se lleve a cabo de manera adecuada, cuentan con sus compañeros para realizar sus actividades, los establecimientos cumplen con lo pautado contractualmente y da libertad en la toma de decisiones, al mismo tiempo que ayuda a resolver los problemas laborales, es esperable que los niveles del Síndrome del Burnout sean bajos.

Con respecto al *segundo objetivo*, el cual consiste en comparar el índice del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que desempeñan su trabajo en pequeños hogares y hogares habilitados, se puede decir:

- En la subescala de *Agotamiento Emocional* se observa una diferencia de un 20%, habiendo mayor AE en los pequeños hogares que en los



habilitados. Por lo tanto en los pequeños hogares, habría cuidadores con una mayor presencia de cansancio y fatiga que podría manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambas y que haría referencia a la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. Se podría mencionar como posible causa de esta situación el hecho de que muchos cuidadores trabajan las 24 horas del día, siendo su propia vivienda el lugar de trabajo. La ausencia de francos también podría ser otro de los motivos, junto con el mayor vínculo afectivo que se establece con el adulto mayor en los pequeños hogares.

- Respecto a la escala de *Despersonalización* se observa que hay mayores valores de ella en los hogares habilitados que en los pequeños hogares. La diferencia es significativa ya que alcanza un 40%, lo cual está indicando que en los cuidadores de las instituciones habilitadas se genera un mayor desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente a los beneficiarios del propio trabajo, siendo en este caso, los adultos mayores. Este fenómeno estaría acompañado de un incremento de irritabilidad y pérdida de motivación, lo que puede ser causado por un mayor número de adultos mayores que tienen a su cargo, y por menor cantidad de horas de trabajo lo cual podría provocar un vínculo con menor compromiso afectivo.

- Sobre la *Realización Personal* se observa que no hay diferencias significativas respecto a los porcentajes correspondientes a los hogares habilitados y a los pequeños hogares. Ambos tienen altos niveles de dicho factor. Esta tendencia podría ser originada por diversos factores, entre los cuales se encuentra las expectativas que tienen los cuidadores respecto a su trabajo. Se entiende por expectativa a la valoración subjetiva de la posibilidad de alcanzar un objetivo particular. Debido a lo observado y por los resultados obtenidos se desprende que los objetivos que los cuidadores de adultos mayores poseen respecto a su trabajo son alcanzados y no demuestran tener mayores aspiraciones laborales de lo ya logradas. A su vez, esta situación podría estar relacionada con la ausencia de un gran ideal del yo que provocaría, en caso contrario, el desarrollo del Síndrome de Burnout. Esto es observado principalmente cuando la mayoría alude tener los conocimientos o experiencia necesaria para realizar su trabajo sin aspiración a una formación teórica continua y plantean que su trabajo es lo que esperaban, creían o imaginaban. Otro factor asociado a los altos niveles de RP sería la vocación de servicio y la intensión de ayuda al otro. Según lo observado, estas personas realizan su trabajo con esmero y con la plena convicción de la gratificación de la tarea realizada.

Por último, el *tercer objetivo* consiste en evaluar si las condiciones de trabajo de los cuidadores influyen en la adquisición del síndrome del Burnout. Para ello

se tomaron en cuentas cinco variables: antigüedad, cantidad de personas a cargo, francos y cantidad de horas de trabajo y los datos aportados por el cuestionario confeccionado por el grupo que complementaron la justificación de los resultados.

En relación a la *antigüedad*, se observó que con el transcurso de los años el Agotamiento Emocional disminuye en los cuidadores, siendo una posible causa el desarrollo de nuevos recursos para afrontar las adversidades de su trabajo. La experiencia adquirida a través del tiempo podría ser considerada como un factor que le permite al cuidador crear mecanismos protectores ante posibles fuentes de estrés.

De acuerdo con los parámetros establecidos por el MBI, en donde altos niveles de Agotamiento Emocional como de Despersonalización y bajos niveles de Realización Personal indican la presencia del síndrome del Burnout, la antigüedad en el trabajo de los cuidadores no es un factor que incide directamente en la aparición de dicho síndrome, ya que los resultados son opuestos a los parámetros mencionados.

Del mismo modo que sucede con la antigüedad, la *cantidad de sujetos a cargo* que tienen los cuidadores tampoco sería una variable que influye en el desarrollo del síndrome del quemado. Sin embargo, se puede destacar como dato significativo, que cuantos más adultos mayores tiene a cargo el cuidador más niveles de Despersonalización se presenta. Una de las posibles causas de este hecho, es que ante el aumento de la cantidad de adultos mayores a cuidar

se desgasta la capacidad empática del cuidador; entendiéndose la empatía como, según Eisemberg y Strayer (1987), la capacidad para experimentar las mismas emociones que otra persona está sintiendo; el grado de compromiso e interés con la persona marca la intensidad del proceso empático; las diferencias en la intensidad de la empatía está dada por las características del vínculo.

En relación a la variable *cantidad de horas* de trabajo se observó por un lado que cuantas más horas destina el cuidador a su trabajo más Agotamiento Emocional se presenta, es decir que se produce un aumento de cansancio y fatiga psíquica y física. Por otro lado se observa una disminución en la Despersonalización de cuidadores que trabajan de 17 a 24hs, la cual podría deberse al mayor vínculo emocional y afectivo que se produce con el adulto mayor; especialmente en los pequeños hogares en donde el contacto es permanente. Esta situación también se podría relacionar con el incremento en la realización personal en este grupo de cuidadores. Por lo tanto, si bien se observa que la cantidad de horas de trabajo influye en el agotamiento emocional, ésta no podría considerarse como una variable determinante para el desarrollo del síndrome, según los parámetros del MBI.

Con respecto a la variable *tipo de horario*, se podría decir que no es un factor determinante para el desarrollo del Burnout, ya que los niveles de agotamiento emocional son bajos como así también la despersonalización, mientras que la realización personal es alta. Un dato a destacar es que en la

6. CONCLUSIÓN

El *Síndrome de Burnout* se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, a largo plazo y acumulativo, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, falta de realización personal en el trabajo y la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Aunque se acepta que este síndrome afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos como son los de la salud, por lo cual en esta investigación se focalizó el análisis del Síndrome del quemado en cuidadores formales de adultos mayores. Los cuidadores, al igual que el adulto mayor residente, es un ser humano, con una carga inherente a la labor que realiza y que transita por emociones y conflictos que implica el desempeño de su puesto. El que cuida necesita ser cuidado y atendido para el logro del bienestar de ambos.

Si bien los resultados de esta investigación no han demostrado de manera concluyente la presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores, que desempeñan su labor tanto en hogares habilitados como en pequeños hogares, consideramos relevante focalizar la atención hacia la *prevención* ya que como futuros psicólogos y agentes promotores de la salud debemos llevar a la práctica acciones tendientes a optimizar las condiciones del medio ambiente laboral para prevenir situaciones que repercutan negativamente en la salud psicofísica de los trabajadores, en este caso los cuidadores.

Así como es conveniente que se tomen las medidas necesarias para evitar en el cuidador el estrés causado por las exigencias de los adultos mayores, también es oportuno brindar a los cuidadores capacitación sobre lo que es el envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial. Dicha capacitación no solo se debe ofrecer para que se comprenda que el proceso de envejecimiento es un proceso normal, sino para que los cuidadores conozcan los aspectos clínicos y patológicos de la salud física y del comportamiento. También es indispensable, para evitar o tratar el síndrome del Burnout, la educación e información continua al cuidador, la programación adecuada del trabajo, la promulgación del autocuidado, la formación de grupos de apoyo, la puesta en práctica de programas psicoeducativos de intervención clínica y familiar, el apoyo emocional, la información sobre el proceso de envejecimiento y la promoción, reforzamiento y actualización de habilidades instrumentales. Para ello se requiere de la atención especializada de un grupo interdisciplinario que cuide y atienda no solo las necesidades de los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas, sino también las del personal que trabaja en ellas, ya que son personas con emociones que repercuten en su salud y en el trato que dan a los que están bajo su cuidado.

La meta final es que los cuidadores de adultos mayores, fuera o dentro de las residencias geriátricas, tengan las suficientes herramientas físicas y emocionales para que se conjugue la salud integral de ellos con la prevención y

tratamiento de la salud de los adultos mayores en un marco de armonía y seguridad para ambos.

7. BIBLIOGRAFIA

- Aizen, R. (2003): "*Temas de Gerontología Social*". Editado por la Dirección General de Tercera Edad. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Introducción pág 13-19.
- Albanesi de Nasetta (2004): "*Burnout en guardias médicas*". Revista Nacional de Clínica Neuropsiquiátrica. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica (ALCMEON). Extraído de: www.alcmeon.com.ar/11/43/03.albenesi.htm, el día 28 de febrero del 2010.
- Albanesi de Nasetta y Nasetta (2006): "*Desgaste emocional de los ambos blancos*". Revista Argentina de Clínica Nueropsiquiátrica. Vol. 1, N°1. pág 51-58. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica (ALCMEON). Extraído de: www.alcmeon.com.ar/13/49/albenesi.htm, el día 28 de febrero del 2010.
- Ariana Castagna y otros: "*Síndrome de Burnout*". Universidad de Morón, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Extraído de: <http://www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml>, el día 5 de marzo del 2010.
- Arita B (2001): "*Modelo para la investigación del proceso del Síndrome del Burn out*". *Psicología y Salud*, 11(1): 73/80.
- Asin, Paula y otros (2004): "*Exploración del Síndrome de Burnout en trabajadores de Hoteles de Mar del Plata*". Informe final del trabajo correspondiente al requisito curricular. Facultad de Psicología. Universidad nacional de Mar del Plata.60 pág.

- Ciacaglini Zimmermann : "Síndrome de Burnout". Extraído de: <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout.shtml>, el día 2 de abril de 2010.
- Clemente, D. (2002): "*Personas que trabajan con personas. Cuando el terapeuta enferma*". Investigación de Pre-Grado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Convención Colectiva de Trabajo N° 1227/75. En <http://www.trabajo.gba.gov.ar/documentos/convenios/c122-75.pdf>. Extraído el día 22 de Marzo de 2010.
- De los Reyes, M. C. (2001): "*Construyendo el concepto Cuidador de Ancianos*". Foro de investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur, IV Reunión de antropología DO MERCOSUL Curitiba. Brasil.
- Dessors Dominique y Guiho-Bailly Marie-Pierre (1998): "*Organización del trabajo y salud: de la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*". Asociación de trabajo y Sociedad Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo (CONICET). Buenos Aires, Argentina. Editorial LUMEN. 265 pág.
- Finichel, O (1966): "*Teoría psicoanalítica de las neurosis*". Cáp XI "Los mecanismos de defensa". Buenos Aires. Ed Paidós.
- Golpe, Laura (2009) "*Manual de competencias básicas, genéricas y específicas de los cuidadores de adultos mayores del partido del Gral*

- Pueyrredon*". Proyecto de responsabilidad Social Universitaria. Programa de gerontología Institucional. Ed Suárez. Mar Del Plata.
- Hernández Z y otros (2008): "*Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado*". Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 13, Núm. 1, pp. 127-142, Universidad de México. Extraído de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29213110.pdf>, el día 28 de marzo de 2010.
 - Irizarry Huertas: "*Burnout (Fátiga Psicológica) en el ambiente laboral*". Extraído de <http://www.monografias.com/trabajos47/burnout/burnout.shtml> el día 28 de marzo de 2010.
 - Jáuregui, María Isabel Pérez (2002): "*El "síndrome del Burnout"(quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud*". Extraído de <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub02-5-02.htm> el día 29 de marzo de 2010.
 - Lemos, V. (2007): "*Deseabilidad social en la evaluación de la personalidad infantil*". Universidad Nacional Adventista, La Plata Argentina
 - Lombardi, Cristina (2003) "*Manual de Cuidadores Domiciliarios*" Cáp. 2 "Cuidador Domiciliario" Pág. 15-23. Ministerio de Desarrollo Social. Bs. As.

- Maglio, F y otros (2007): *"Clínica del Síndrome de Burnout"*. Pánico amoral de la indiferenciación. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fé, Argentina. Ed. Ediciones UNL.
- Neira, María del Carmen (2004): *"Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesionales de la salud"*. 1º ed. Buenos Aires. 123 pág.
- Padilla y González (2001): *"Síndrome de Burnout"*. Extraído de: <http://www.diezminutos.org/burnout.html>, el día 12 de marzo del 2010.
- Padua, Jorge (1982): *"Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales"*. México: F.C.E. Cáp 6: "Escala para la medición de actitudes".
- Redondo y otros (2000): "Psicodiagnóstico y Calidad de Vida Laboral". IV Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. Salta.
- Redondo, A (2000): *"Evaluación de recursos humanos"*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ficha interna de cátedra Psicología Laboral.
- Redondo, A (2001): *"Delimitación conceptual, diagnóstico y prevención del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)"*. V Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P. La Plata, Bs As.
- Redondo, A (2008): *"Calidad de vida laboral: El Burnout y la importancia del ocio y del tiempo libre para la salud"*. Primeras Jornadas UADE de

Psicología: "La Psicología en la era de la Tecnología, trabajo, empresa, ciencia". Bs As.

- Redondo, A (2008): "*Psicopatología Laboral: Burnout*". XII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XIX Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P. La Plata, Bs. As.
- Ríos y Williams (2006): "*Anteproyecto de tesis: Prevalencia y factores asociados en profesionales serums de la Red de servicios de salud Huamanga. Ayacucho*". Extraído de: <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout.shtml>, el día 13 de marzo del 2010.
- Sauaya, D. (2003): "*Salud mental y Trabajo*". Capítulo 1. Ed: Lugar. Bs As. Argentina.
- Sucrí, A. (2010): "*Cada vez más viejos, cada vez más solos*". Diario La Prensa. Día domingo 25 de abril. Buenos, Aires. Argentina.
- Wolfberg, E. (2005) "*La salud y la calidad de vida de los profesionales de la salud. Riesgo y prevención*". En *calidad de vida. La relación biopsicosocial del sujeto*, Ed. Lugar. Bs As. Argentina.

8. ANEXO

ANEXO 1: Entrevista a propietarios y/o encargados de los establecimientos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

Facultad de Psicología.

Encuesta a responsables de las instituciones:

1. Nombre de la institución: _____
2. Categoría: _____
3. Persona a cargo: _____
4. Fecha de inicio de la actividad: ___/___/___
5. Cantidad de plazas disponibles: _____
 - a) Cantidad de personas que viven actualmente en la institución: _____
6. Cantidad de empleados: _____ H: ___ M: ___
 - a) Cantidad de personas a cargo por el cuidador: _____
7. Cantidad de horas de trabajo por día de los empleados: _____
 - a) Cantidad de empleados por turno _____
8. Francos: Si ___ No ___ ¿cuántos? _____
9. Los empleados ¿tiene horarios rotativos? Si: ___ No: ___
10. ¿Son frecuentes los casos de ausentismo de personal? Sí: ___ No: ___
11. ¿Cómo son las relaciones entre los empleados?

12. ¿Cómo es la relación entre empleados y dueños?
13. ¿Cómo percibe la relación entre empleados y abuelos?
14. Actividades de los empleados (roles fijos, rotativos)
15. Profesionales que trabajan en el lugar
16. Observaciones

ANEXO 2: Entrevista a cuidadores



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

Facultad de Psicología.

Encuesta a cuidadores:

Primer parte:

1. Categoría: _____
2. Formación: _____
3. Fecha de ingreso a la actividad laboral: ___/___/___
4. Cantidad de personas a cargo: _____
5. Cantidad de horas de trabajo por día: _____
6. Horario rotativo: ___ Horario fijo: ___
7. Francos: Si: ___ No: ___ ¿Cuántos? _____
8. Actividad que realiza en el hogar (fijas, rotativas).

ANEXO 3: Cuestionario autoadministrado

Segunda parte:

Las siguientes afirmaciones son opiniones con respecto a las cuales algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indique, por favor (marcando con una X en el paréntesis correspondiente), la alternativa *que más se asemeje a su opinión*.

1. Dispongo de los recursos materiales necesarios y adecuados para realizar mi trabajo. (Ej productos de higiene, limpieza, insumos, etc)

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo en general
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo en general
- Totalmente en desacuerdo

2- La estructura edilicia permite que mi trabajo se lleve a cabo de manera adecuada.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo en general
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo en general
- Totalmente en desacuerdo

3- Siento que no recibo un reconocimiento monetario adecuado por mi trabajo

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo en general

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo en general

Totalmente en desacuerdo

4. La institución cumple con lo acordado contractualmente (sueldo, horarios, etc)

Totalmente de acuerdo

De acuerdo en general

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo en general

Totalmente en desacuerdo

5-Cuando tengo un problema laboral puedo contar con la institución para resolverlo. (Ej inconvenientes con compañeros, adultos mayores, familiares de personas a cargo, falta de insumos, entres otros).

Totalmente de acuerdo

De acuerdo en general

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo en general

Totalmente en desacuerdo

6-No tengo libertad para tomar decisiones en mi trabajo, dependo exclusivamente de las órdenes de mis superiores. Por ej en caso de una iniciativa propia es necesario pedir autorización a la institución.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo en general

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo en general

Totalmente en desacuerdo

10- Cuento con mis compañeros para realizar mi trabajo diario

Totalmente de acuerdo

De acuerdo en general

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo en general

Totalmente en desacuerdo

11- No creo tener suficiente conocimiento o experiencia para dar los cuidados que me gustaría poder dar.

Totalmente de acuerdo

De acuerdo en general

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo en general

Totalmente en desacuerdo

ANEXO 4: Maslach Burnout Inventory

<p align="center">ESCALA DE MASLACH</p> <p align="center">Indique por favor con una cruz la alternativa que mas se asemeje a su opinión.</p>	Nunca	Algunas veces al año	Una vez al mes	Varias veces al mes	Una vez por semana	Varias veces por semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas							

Síndrome del Burnout en Cuidadores Formales de Adultos Mayores

me produce estrés							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

ANEXO 5: Listado de establecimientos

LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS			
NOMBRE	DOMICILIO	CATEGORIA	PLAZAS
Adolfo	España 2269	Pequeño hogar	4
Almafuerte	Almafuerte 3635	Pequeño hogar	10
Amanecer	Strobel 3966	Pequeño hogar	4
Ana	Alvear 3035	Pequeño hogar	4
Aurora	Salta 542	Pequeño hogar	3
Balcarce	Balcarce 3866	Pequeño hogar	6
Bernardino	Valentini 570	Pequeño hogar	4
Buenos Aires	Buenos Aires 4645	Pequeño hogar	4
Eben Ezer	Pasteur 1637	Pequeño hogar	4
El Arca	Gascon 2819	Pequeño hogar	6
French	French 5721	Pequeño hogar	4
Hogar de Ana	Rivadavia 5323	Pequeño hogar	4
Hogar de María II	Alvarado 2658	Pequeño hogar	4
Juli Dominga	Vicente Lopez y Planes 2819	Pequeño hogar	4
Los Nietos	Puan 8275	Pequeño hogar	4
Maira	Don Bosco 702	Pequeño hogar	4
María Auxiliadora II	Buenos Aires 3167	Pequeño hogar	4
Nuestro Hogar II	Balcarce 3927	Pequeño hogar	5
Nuestros Nonos	Alsina 3054	Pequeño hogar	4
Padre Mario	Primera Junta 2954	Pequeño hogar	4
Pelegrini	Lavalle 4733	Pequeño hogar	4
San Kateryn	Alvarado 4865	Pequeño hogar	4
Sor Isabel	Ortiz de Zarate 4353	Pequeño hogar	4
T. del Fournier	T. del Fournier 4864	Pequeño hogar	4
Talcahuano	Talcahuano 444	Pequeño hogar	10
Tomasa	Magallanes 5446	Pequeño hogar	4
Valencia	Valencia 4432	Pequeño hogar	4
	HOGAR HABILITADO		
Alem	Alem 3357	Habilitado	31
Angelita I	Castelli 3053	Habilitado	21
Angelita II	11 de Septiembre 4468	Habilitado	21
Carlís	Olavarría 2678	Habilitado	32
Casa de Oración	Castelli 2754	Habilitado	34
Casablanca	Salta 1350	Habilitado	40

Síndrome del Burnout en Cuidadores Formales de Adultos Mayores

Casagrande	Independencia 1313	Habilitado	83
Ceferino	Jujuy 879	Habilitado	29
Center	Salta 1275	Habilitado	92
Contemporáneo	Misiones 2563	Habilitado	31
Cristina	French 5032	Habilitado	32
Cristina II	Strobel 4841	Habilitado	20
David	Rivadavia 4015	Habilitado	25
De la Almudena	Chacabuco 4448	Habilitado	13
Del Carmen	Rivadavia 4051	Habilitado	43
Del Sol	Quintana 3082	Habilitado	20
Delsa	Arenales 2634	Habilitado	21
El Angel	Sarmiento 3050	Habilitado	30
El Hogar de Josefina	Liniers 18	Habilitado	30
El Hogar de los Abuelos	Alberti 1845	Habilitado	208
En Familia	Zubiría 1410	Habilitado	20
En Gadi	Guemes 2574	Habilitado	43
Gema	Guido 956	Habilitado	35
Génesis	Castelli 2041	Habilitado	20
Girasoles	Maipú 3155	Habilitado	31
Hogar María	Balcarce 3445	Habilitado	19
Instituto de los Milagros	Estrada 7064	Habilitado	20
Instituto del Mar	Martínes de Hoz 2839	Habilitado	80
Instituto del Mar II	0 n° 3465	Habilitado	40
Irala	Irala 5243	Habilitado	22
Juan Bautista	Bolivar 3422	Habilitado	
Kudell	F. U. Camet 475	Habilitado	7
La Casa de María	Libertad 3827	Habilitado	20
La Casa de Rosa	Independencia 933	Habilitado	20
La Nueva Esperanza	Ayacucho 3843	Habilitado	30
La Posada del Angel	9 de Julio 2968	Habilitado	19
La Tranquilidad	Aguirre 7156	Habilitado	126
La Vieja Casona	Ingenieros 250	Habilitado	15
Las Amigas	9 de Julio 2952	Habilitado	10
Las Lilas	11 de Septiembre 3957	Habilitado	32
Las Marías	Ayacucho 4081	Habilitado	22
Las Nonas	Salta 4128	Habilitado	14
Los Nonos	Falucho 1960	Habilitado	20
Los Reyes	Falucho 1745	Habilitado	22
Luz y Abu	General Roca 3263	Habilitado	13

Síndrome del Burnout en Cuidadores Formales de Adultos Mayores

Madre Teresa	Salta 1945	Habilitado	20
Mi Casa	San Lorenzo 2236	Habilitado	30
Mirasoles	México 2055	Habilitado	9
Modelo	Independencia 1242	Habilitado	19
Moni-Gra	Tucumán 3040	Habilitado	14
Nuevo Stylo	Ituzaingo 3437	Habilitado	65
Principes y Princesas	Daireaux 345	Habilitado	24
Principes y Princesas II	Rivadavia 3602	Habilitado	20
Puesta del Sol	Primera Junta 2646	Habilitado	20
Salvador	Guido 1384	Habilitado	8
San Bernardo	Córdoba 2280	Habilitado	20
San Cipriano	Aragón 4838	Habilitado	14
San Jorge I	T. del Fournier 4312	Habilitado	51
San Patricio	Guido 1754	Habilitado	20
San Roque	Jujuy 843	Habilitado	22
Santiago Apostol	Garay 1742	Habilitado	28
Vilarcón	San Juan 1452	Habilitado	38
Villa Rosa	Guemes 3128	Habilitado	35
Vital	Garay 3125	Habilitado	12

Síndrome del Burnout en Ciudadanos Formales de Edades Mayores



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA



“Síndrome de Burnout en cuidadores formales de adultos mayores”



Arroniz, Leonardo Adrián
Cirese, Maria Julia
Petrantonio, Valeria



FACULTAD DE PSICOLOGIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA