

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL  
H.I.E.M.I. DR. TETTAMANTI

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S.  
143/89

INTEGRANTES: Barreneche, Natalia Carla Mat. 4906/99 DNI. 28.878.841  
González, María Paula Mat. 4939/99 DNI. 28.411.522

SUPERVISORA: Lic. Rodríguez Salgado, Carmen

COSUPERVISORA: Lic. Delgado, Liliana.

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Psicología Clínica

FECHA DE PRESENTACIÓN: 1 de Septiembre de 2004

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Nº CLASIFICACIÓN: | ADQUISICIÓN:   |
| <del>1-188</del>  | dsrois         |
|                   | Nº INVENTARIO: |
|                   | R-228          |

- Síndrome  
- Enfermería  
- H.I.E.M.I. Dr. Tettamanti

Dr. - Burnout  
Univ de Salud



"Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Barreneche, Natalia Carla y González, María Paula, 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 el previo consentimiento escrito de los autores".

“El que subscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborada por las alumnas Barreneche, Natalia Carla, Matricula: 4906/99 y González, María Paula, Matricula: 4939/99, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los días...1...mes...9...años 2004”.

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-supervisor



\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

**CARMEN M. RODRIGUEZ SALGADO**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
**M. P. 45167**

*Informe de evaluación del supervisor y/o cosupervisor*

Las estudiantes Barreneche, Natalia Carla y Gonzalez Maria Paula han realizado un trabajo de investigación de pre grado, sobre : "

ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL  
H.I.E.M.I. DR. TETTAMANTI

Cumplieron su plan de trabajo mediante una metodología adecuada y una exhaustiva revisión bibliográfica, que les permitió la articulación de ésta, con el trabajo de campo. Si bien, la muestra fue reducida, por los inconvenientes expuestos, llegaron a conclusiones pertinentes y por sobre todo dejaron abiertos interrogantes a futuros trabajos de investigación sobre el tema.

La presentación del informe final, en sus distintos capítulos, atravesados por el agravamiento de la crisis de nuestro país, fundamentalmente en el campo de la salud, logra integrar el marco teórico disciplinar con el contexto socio histórico, sugiriendo finalmente algunas líneas de prevención del Síndrome.

Por todo lo antedicho, entendemos que se debe dar por aprobado el presente trabajo de investigación.-

  
CARMEN M. RODRÍGUEZ SALGADO  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
M. P. 43167

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar a probación al Trabajo de Investigación presentados por las alumnas Barreneche, Natalia Carla, Matricula: 4906/99 y González, María Paula, Matricula: 4939/99".

|                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|
| _____            | _____            | _____            |
| Firma de Miembro | Firma de Miembro | Firma de Miembro |
| Integrante de la | Integrante de la | Integrante de la |
| Comisión Asesora | Comisión Asesora | Comisión Asesora |

Fecha de aprobación:

## PLAN DE TRABAJO DE LA INVESTIGACIÓN DE PREGRADO.

Apellidos y Nombre de las alumnas: Barreneche, Natalia Carla – 4906/99

González, María Paula. – 4939/99

Cátedra o Seminario de radicación: Psicología Clínica

Supervisor: Lic. Rodríguez Salgado, Carmen Manuela

Co-supervisor: Lic. Delgado, Liliana

Titulo del proyecto: *“Estudio del síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería de la unidad de terapia intensiva del H.I.E.M.I. Dr. Tettamanti”*

Descripción resumida: El Síndrome de Burnout constituye uno de las mayores situaciones de riesgo para los profesionales de la salud. El mismo puede ser traducido como el síndrome de estar o sentirse quemado y fue conceptualizado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger como un conjunto de síntomas inespecíficos que pueden aparecer en el ámbito laboral y que son el resultado de una demanda profesional excesiva.

El objetivo de este estudio exploratorio es estimar la prevalencia de dicho síndrome en el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del H.I.E.M.I. Dr. Tettamanti de la ciudad de Mar del Plata.

Se trabajara mediante entrevistas y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Teniendo en cuenta la siguiente hipótesis de trabajo: entre los profesionales de la salud de las Unidades de Terapia Intensiva se estima un alto índice de prevalencia del Síndrome de Burnout por las condiciones estresantes de su actividad específica.

Palabras Calves: Estrés laboral – Unidad de Terapia Intensiva – Síndrome de Burnout – Enfermería – MBI.

Descripción detallada:

- **Motivo y Antecedentes:** El estrés es un complejo fenómeno psicobiológico que tiene lugar cuando una estimulación (una cognición amenazadora) incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla. Es decir, que implica una estrategia adaptativa y debido a que la conducta y sus efectos están determinados por cogniciones, hipótesis y creencias, el estrés se podría conceptualizar como un proceso dependiente de los significados atribuidos a las distintas situaciones por el sujeto. De esta manera, al ser un proceso determinado por evaluaciones subjetivas, cobra fundamental importancia el estudio de los significados teniendo en cuenta dos aspectos: la evaluación primaria, tónica y basal de los acontecimientos y de la situación en términos de su significado para el bienestar personal (chequeo constante) y la evaluación de los recursos y opciones para responder y adaptarse cuando percibe en su entorno algún estímulo o situación amenazadora (evaluación secundaria).

Existen diferentes modos de sobrecargar el organismo pero fundamentalmente existen dos fenómenos: los acontecimientos estresantes y las situaciones de tensión crónica.

En el marco del actual contexto sociopolítico, productor de gran número de desocupados sin cobertura social, el empobrecimiento de la clase

media y las crisis de las estructuras socioeconómicas, los hospitales públicos son demandados en forma creciente por cada vez más amplios sectores sociales. El trabajo de los profesionales de la salud, atravesado por este contexto de crisis está determinado por la exposición a situaciones de impacto emocional derivado de las condiciones del medio ambiente y los consecuentes efectos subjetivos y sociales de la hegemonía de las políticas laborales que inciden en la salud de los trabajadores.

El estrés laboral en el medio sanitario se debe en primer lugar a las características propias del trabajo asistencial: el permanente contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte. De esta manera se van creando las condiciones para la aparición del denominado *Síndrome de Burn Out*, que constituye uno de las mayores situaciones de riesgo para los profesionales de la salud. El mismo, que puede ser traducido como el síndrome de estar o sentirse quemado, fue conceptualizado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger como un conjunto de síntomas inespecíficos que pueden aparecer en el ámbito laboral y que son el resultado de una demanda profesional excesiva. Maslach y Jackson lo definieron en 1976 como el estrés crónico propio de los profesionales de los servicios humanos, cuya tarea implica una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje del trabajo.

Estos autores lo operativizaron al idear el Maslach Burnout Inventory (MBI) en 1981, un cuestionario operativo específico para interpretar los distintos niveles de Burn Out.

Los rasgos definitorios del también llamado síndrome de desgaste profesional proceden de los trabajos de Maslach y Jackson, quienes consideran tres componentes esenciales: el agotamiento emocional, la despersonalización y los sentimientos de inadecuación profesional. El *agotamiento emocional* constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo y de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional. La *despersonalización* se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo que surgen para protegerse del agotamiento emocional: distanciamiento de los compañeros de trabajo y de los "clientes" que originan una deshumanización de las relaciones, un desprecio cínico del entorno y la tendencia a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones laborales. Por último, el profesional puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, originando una tendencia a la autoevaluación negativa y a estar insatisfecho con sus logros profesionales (*sentimiento de inadecuación profesional*) si bien puede surgir el efecto contrario, una sensación paradójica de omnipotencia y de incremento de capacidades, esfuerzos, intereses y dedicación al trabajo y a los demás.

Edelwich describe el desgaste profesional como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito experimentada por los trabajadores en profesiones de ayuda como resultado de las condiciones de su trabajo, frente a las demandas excesivas por parte de los usuarios.

El desgaste profesional ha sido descrito en múltiples profesiones en las que predomina el contacto interpersonal, tales como trabajadores

sanitarios, educadores, funcionarios de justicia, etc. Dentro de las profesiones sanitarias es el colectivo de enfermería uno de los más afectados por el problema aunque no les afecta en forma exclusiva ya que se descubre en médicos residentes médicos de planta y gestores.

- **Objetivos Generales:** Los objetivos principales de este estudio serán:

- Estimar la prevalencia del Síndrome de Burn Out en el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del H.I.E.M.I. Dr. Tettamanti de la ciudad de Mar del Plata.

- Identificar y caracterizar las situaciones evaluadas como estresantes

- **Objetivos Particulares:**

- Determinar el grado de agotamiento emocional que presentan los trabajadores pertenecientes a las Unidades de Terapia Intensiva de los establecimientos sanitarios analizados.
- Delimitar los niveles de despersonalización que experimentan los citados profesionales
- Establecer el grado de realización personal en el trabajo.

- **Hipótesis de Trabajo:**

Entre los profesionales de la salud de las Unidades de Terapia Intensiva se estima un alto índice de prevalencia del Síndrome de Burnout por las condiciones estresantes de su actividad específica.

- **Métodos y Técnicas:**

El estudio a realizar será sobre la base de un diseño exploratorio, teniendo en cuenta la hipótesis de trabajo anteriormente planteada.

La muestra de estudio será determinada sobre el total del personal de enfermería que desempeña sus tareas en las unidades de terapia intensiva del H.I.E.M.I. Dr. Tettamanti.

Las técnicas de recolección con el fin de determinar la prevalencia del síndrome a estudiar serán: entrevistas cuyo objetivo será identificar las situaciones evaluadas como estresantes por parte de los profesionales que conformarán la muestra y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española, construida y validada en 1997. El MBI es un cuestionario auto administrado en cuyo anverso se presentan una serie de datos socio demográficos: sexo, edad, estado civil, vida en pareja, número de hijos, estudios, profesión, situación laboral, horario, centro de trabajo, tiempo de antigüedad en la profesión, tiempo de antigüedad en el trabajo actual, pacientes que se atienden al día, reconocimiento de los pacientes y días de ausencia en sus tareas durante el último año.

El cuestionario consta de 22 ítems, dividido en tres escalas: agotamiento emocional; despersonalización y realización personal.

Las puntuaciones de cada escala se obtienen de sumar los puntos anotados en los elementos que conforman cada una de ellas.

A partir de los resultados obtenidos en las entrevistas se procederá mediante una metodología cualitativa al análisis del contenido de los datos y de esta manera cumplimentar el objetivo de

identificar las situaciones evaluadas como estresantes por parte del personal de la salud.

Posteriormente se analizarán los cuestionarios del MBI para obtener el índice de prevalencia del síndrome de Burn Out en los trabajadores de la salud de las unidades de terapia intensiva y estimar los grados de agotamiento emocional, despersonalización y realización en el trabajo.


- Lugar de realización del trabajo: Unidad de Terapia Intensiva del H.I.E.M.I. Dr. Tettamanti de la ciudad de Mar del Plata.
- Cronograma:

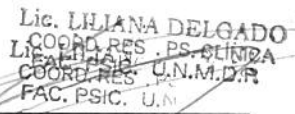
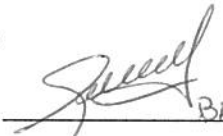
| ACTIVIDAD   | MESES |   |   |   |
|---|-------|---|---|---|
|   | 1     | 2 | 3 | 4 |
| Relevamiento bibliográfico y documental   | X     |   |   |   |
| Administración del Inventario de Burnout  | X     | X |   |   |
| Confección y administración de entrevistas                                      |       | X | X |   |
| Procesamiento de la información   | X     | X | X |   |
| Análisis e interpretación cualitativa y cuantitativa de la información recogida |       | X | X | X |
| Elaboración de las conclusiones   |       |   | X | X |
| Confección del informe final  |       |   |   | X |

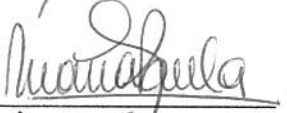
- Fuentes de Datos:

- Bustinza Arriortua A.; López-Herce Cid J.; Carrillo Álvarez A. y otros; "Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles"; An Pediatr.2000:52:418-423.
- Búsquedas en Internet en: IntraMed.  
Psicodoc.  
Psiconet.  
PubMed.
- Domínguez Mon, A.; Findling, L.; Federico, A.; Mendes Diz, A. M. (comp.); "La salud en crisis. Un análisis desde las perspectivas de las Ciencias Sociales";Ed. Dunken Buenos Aires. 2000.
- Goldvarg, N.P. "El estrés y el síndrome de burnout en los profesionales de la salud" - En Claves en Psicoanálisis y Medicina N° 17-18, Buenos Aires. 2000.
- Heuman E. Wolfberg y otros: "Los grupos de reflexión en la labor preventiva" - En Claves en Psicoanálisis y Medicina - N° 17 y 18 - Buenos Aires. 2000.
- Maslach, C.; Jackson, S. E.; "MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial"; Editor TEA. Manual. Madrid. 1997.
- Rodríguez López, A.; "Burnout: Trabajo en unidades de alto riesgo"; En: Gestal Otero J. J. (ED.); "Riesgos del

- Maslach, C.; Jackson, S. E.; "MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial"; Editor TEA. Manual. Madrid. 1997.
- Rodríguez López, A.; "Burnout: Trabajo en unidades de alto riesgo"; En: Gestal Otero J. J. (ED.); "Riesgos del trabajo del personal sanitario"; Mc Graw Hill-Interamericana de España; Madrid.1993.
- Zaldúa, G. y otros: "El burnout. La salud de los trabajadores de la salud" - Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología U.B.A. Año 5 N° 1 - Páginas 151-169 -2000

  
 Firma del Supervisor  
 Carmen M. Rochay Salgado

  
 Lic. LILIANA DELGADO  
 COORD. RES. PS. CLINICA  
 COORD. RES. U.N.M.D.P.  
 FAC. PSIC. U.N.  
  
 BARREROCHE, NATALIA  
 Firma del Co-Supervisor

  
 GONZÁLEZ, PA. PAULA.  
 Firma de los Alumnos

P/ Área de investigación: *Surgio la denominación "deshumanización de las relaciones" por el componente "despersonalización" que tiene en nuestro medio una connotación diferente a la que quiere significar. A pasado*  
 Resultado de la evaluación (Aprobado/Rehacer): *OK/Rehacer 24/5/04*

Fecha:

## Índice General

|   |   |    |
|---|---|----|
| • | Uso del Trabajo de Investigación .....  | 2  |
| • | Aprobación de la Supervisora y Co-supervisora .....   | 3  |
| • | Informe de Evaluación de la Supervisora .....   | 4  |
| • | Presentación ante la Comisión Asesora .....   | 5  |
| • | Plan de Trabajo .....   | 6  |
| • | Índice .....  | 15 |
| • | Marco Teórico .....   | 16 |
| ▪ | Algunas consideraciones acerca de la Salud y el Trabajo .....   | 16 |
| ▪ | Estrés Laboral y Síndrome de Burnout .....  | 21 |
| ▪ | Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de<br>las Unidades de Terapia Intensiva Infantil ..... | 26 |
| ▪ | Antecedentes y Estado de la Cuestión .....  | 35 |
| ▪ | Historia del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil ..                                      | 38 |
| ▪ | El Servicio de Terapia Intensiva del H.I.E.M.I. ....  | 44 |
| • | Metodología .....   | 46 |
| • | Descripción y Análisis de Resultados .....  | 49 |
| ▪ | Cuestionario Maslach Burnout Inventory .....  | 49 |
| ▪ | Entrevistas con el personal de enfermería .....   | 53 |
| • | Conclusiones .....  | 60 |
| • | Anexo .....   | 63 |
| • | Bibliografía .....  | 64 |

## Marco Teórico

### ➤ *Algunas Consideraciones Acerca De Salud Y Trabajo.*

En primer lugar es necesario destacar que la Salud no es un don de la naturaleza, perturbado o arruinado por elementos desgraciados. Todos nacemos con fragilidades psíquicas y somáticas, es decir, la Salud perfecta no existe. La Salud es ideal, y como tal difícil de alcanzar. La noción de salud no es un estado, como tampoco lo es la enfermedad, sino parte de un proceso multidimensional que representa un equilibrio activo entre el hombre y su medio ambiente natural, familiar y social. En un acercamiento dinámico al tema de la salud se deberían privilegiar 4 aspectos:

- a- Pertinencia y adecuación de las relaciones.
- b- Flexibilidad de la adaptación.
- c- Consenso social.
- d- Circunstancias generales en las que vive el individuo evaluado.

El equilibrio obtenido entre la normalidad y la Salud, siempre, es precario, pero finalmente puede ser satisfactorio o aceptable. Sin embargo no es Salud, no es ideal. De ahí que surge la necesidad de incorporar otro concepto el de normalidad, que definiremos provisoriamente como un estado real, no ideal, en que las enfermedades están estabilizadas y los sufrimientos se compensan. A diferencia de la Salud, la normalidad no esta exenta de sufrimiento, sólo esta compensado de manera aceptable por medio de múltiples estrategias defensivas: higiénicas, comportamentales, médicas, psíquicas, sociales, individuales y colectivas.

Con respecto al trabajo, podemos decir que el mismo es, en un primer momento, un conjunto de restricciones y de desafíos impuestos a los hombres y a las mujeres en formas históricas y socialmente determinadas. En otras palabras, la lógica que lleva a la génesis de las formas y situaciones del trabajo es, en primera instancia, totalmente ajena a la lógica que organiza la construcción de la Salud.

A pesar de todo el trabajo no siempre es algo perjudicial, en algunas situaciones son beneficiosas para la Salud hasta justificar el aforismo según el cual "el trabajo es Salud". Cuando los hombres y mujeres ejercen sobre las restricciones una acción específica gracias a la cual conjuran o subvierten los efectos deletéreos de las restricciones, el trabajo no tiene únicamente dichos efectos. Esta acción extraordinaria con respecto a la Salud, tiene el nombre de reapropiación. Se trata de un proceso gracias al cual las restricciones del trabajo no se sufren pasivamente, sino son objeto de estrategias, por las que el sujeto logra utilizar el trabajo para realizarse, es decir, utiliza esta condición inicial de restricción para transformarse a sí mismo y continuar construyendo su identidad.

La Salud no es, entonces, un estado natural, sino una construcción intencional. Los cimientos de la Salud y la protección de la normalidad tiene que ver con procesos relacionales. La Salud pertenece conceptualmente al orden de la intencionalidad intersubjetiva y no a las leyes de la naturaleza.

Una manera de transitar la situación de trabajo incluye como factor fundamental, brindado desde la organización, la posibilidad de goce, desarrollo profesional, evolución personal y cuidado gracias al

favorecimiento de la instalación de redes sociales solidarias, sostenidas por buenos vínculos afectivos que permitan al ser humano una buena conexión con su tarea por un lado y por otro, el establecimiento y la solidificación de la pertinencia y pertenencia institucional. De esta manera entendemos el concepto de Calidad de Vida Laboral.

Se podría decir que la Calidad de Vida posee dos dimensiones:

- Dimensión Social: estilo de vida, compuesta por elementos físicos, materiales y sociales.
- Dimensión Psicosocial: la percepción y evaluación que hace el individuo de los elementos del estilo de vida.

La medición de la Calidad de Vida Laboral es subjetiva y se basa en la percepción y evaluación que realiza el sujeto de los elementos pertenecientes al medio ambiente. Esta evaluación se logra comparando el estado actual del elemento evaluado, con las aspiraciones o metas que desee lograr.

Los últimos estudios realizados ponen en relieve la necesidad de considerar la dimensión subjetiva de las condiciones y medio ambiente del trabajo, que es la clave para llevar adelante acciones preventivas de riesgos y por lo tanto, aumentar la Calidad de Vida Laboral.

No es fácil establecer una definición precisa del concepto “condiciones de trabajo”, ya que bajo este término se considera un gran número de variables que hacen referencia al medio ambiente donde se desarrolla el trabajo. Las variables que se incluyen varían mucho de acuerdo a los autores elegidos.

Peiró y Prieto (1996) abarcan un basto número de variables: condiciones de empleo, condiciones ambientales, carga física del trabajo, carga mental del trabajo, una serie de aspectos psicosociales y organizacionales del trabajo, condiciones de prevención y seguridad, así como la existencia de riesgos y problemas de salud concretos como también diversas cuestiones sobre la innovación tecnológica de la empresa.

Debido a la diversidad de perspectivas anteriormente nombrada se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de condiciones de trabajo que intentan reunir distintas perspectivas disciplinarias.

- Condiciones de empleo: hace referencia a las condiciones bajo la cuales los trabajadores realizan sus tareas en la organización, se envuelve las condiciones de contratación salarial, estabilidad y seguridad en el empleo y otras características relacionadas con el mercado laboral.
- Condiciones ambientales: el entorno físico, comprende tres aspectos bien diferenciados: ambiente físico (temperatura, humedad, ruido, iluminación, vibraciones, pureza del aire, limpieza, higiene, etc.), variable espacio geográfica (tiene que ver con la existencia de suficiente espacio para desarrollar la tarea, intimidad, hacinamiento, privacidad etc.), y diseño espacial arquitectónico(materiales y equipo suficientes para llevar a cabo la tarea).
- Condiciones de seguridad: esta categoría se refiere a la prevención de riesgos laborales y la posibilidad de accidentes, como desarrollo de enfermedades o patología profesionales.

- Característica de la tarea: variables que definen la tarea, como el conflicto y la ambigüedad con la que se describe el rol, la sobrecarga, el grado de autonomía en el trabajo, responsabilidad sobre personas y cosas, el grado y la importancia de tomar decisiones, expectativa de promoción y desarrollo personal, entre otras. Muchas de las variables, tiene que ver con el diseño del puesto de trabajo, que afecta directamente al contenido de la actividad laboral.
- Proceso de trabajo: se hace mención al grado de organización y división del trabajo.
- Condiciones sociales y organizacionales: relacionada con la interacción, las relaciones interpersonales en el contexto laboral, dimensión del clima laboral y aspectos relacionados con la participación y el control de los trabajadores sobre su entorno.

➤ *Estrés Laboral y Síndrome de Burnout.*

La historia del hombre, es una historia de adaptaciones a diversos ambientes. La falla de la misma trae como consecuencia una de las enfermedades del hombre moderno: el estrés. Pero no solo debe ser considerado como algo negativo, sino también puede ser beneficioso para el sujeto, como posibilidad de crecimiento personal.

El estrés es una reacción del individuo ante cualquier estímulo interno o externo (ecológico) de una duración e intensidad tales que exigirá mecanismos suplementarios de adaptación y defensa para mantener su vida

o lograr una homeostasis (equilibrio). Lo que debe ser destacado es que no toda la gente tiene la misma susceptibilidad a enfermarse, ni todas las circunstancias poseen el mismo potencial nocivo.

Las situaciones de estrés individual o colectivo producen en países y empresas grandes pérdidas por defecto de calidad y cantidad de productos, servicios, ausentismo, muerte de trabajadores, etc. Pero no solo debe tenerse en cuenta el aspecto económico para medir el impacto del estrés, también causa desajustes o desarreglos sociales, cuyas consecuencias se evidencian en el trato con el prójimo, en las malas relaciones interpersonales, en el descontento en el trabajo, etc. No quedan exentos de dicho malestar la familia, pareja y amigos.

El concepto de estrés fue creado por Hans Selye (1939), lo define como la velocidad del desgaste vital. Se puede diferenciar entre estrés negativo o distrés (enfermedad de cambio rápido) y estrés positivo o eutrés (considerado como adaptativo).

Los ámbitos de trabajo están tan deteriorados que son generadores de patologías o agravamiento de éstas como, por ejemplo, cuando la temperatura, humedad, ventilación, ruido están alterados. El estrés laboral se traduce en efectos emocionales, sobre el comportamiento, sobre el pensamiento y obviamente, sobre el trabajo, generando ausentismo, mal clima laboral, falta de motivación, etc.

Existen diversos y gran cantidad de estresores, los relacionados con el estrés laboral, se dividen en:

- Intraorganizacionales: factores intrínsecos al puesto de trabajo, estructura organizacional, sistema de recompensas, sistema de recursos humanos, liderazgo, entre otros.
- Extraorganizacionales: relaciones familiares, problemas económicos, problemas legales, etc.

En la década de 1970 aparece por primera vez la teorización y descripción de una patología posible de ser manifestada en sujetos como respuesta al estrés laboral crónico: el Síndrome de Burnout o estar quemado.

El síndrome de Burnout es descrito por primera vez por Freudenberg (1974) quien lo consideró como una sensación de fracaso y una existencia agotada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerzas espirituales del trabajador. Posteriormente hubo otros autores que intentaron completar esa definición y hacer aproximaciones teóricas al constructo, pero la definición de Maslach (1976) ha sido la más aceptada considerando que el Burnout se configura como síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización o deshumanización y una reducida realización personal en el trabajo. Entendiendo a las mismas de la siguiente forma: el cansancio emocional hace referencia a un sobreesfuerzo físico que se produce como consecuencia del contacto con personas a las que hay que atender. La despersonalización o deshumanización se refiere a una falta de sentimientos e inestabilidad de los profesionales, los que pueden desarrollar sentimientos negativos o actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo

quienes, debido al endurecimiento afectivo. Una baja realización personal en el trabajo se entiende como un declive en el sentimiento de competencia y éxito en los trabajadores.

Según González Roma (1998), el Burnout es una respuesta al estrés que se inicia con la dimensión de cansancio emocional generando una tensión laboral que es afrontada mediante la deshumanización y como consecuencia de ello aparece sentimientos de falta de competencia personal.

El mismo afecta, en mayor medida, a personas cuya profesión implica una relación con los otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Entre estas profesiones podría mencionarse a personal de la salud, docentes, abogados, entre otras.

El síndrome de Burnout, o de desgaste profesional, se considera un proceso continuo y, por lo tanto, los elementos esenciales pueden presentarse en mayor o menor grado. Su aparición no es súbita sino paulatina, con un incremento progresivo de severidad.

El proceso puede ser descrito en cuatro etapas:

- 1) Fase de entusiasmo: aparece durante los primeros años del ejercicio de la profesión, periodo en que las expectativas laborales están idealizadas, provocando una masiva identificación con el cliente. Es en esta etapa que se produce una ruptura entre las expectativas individuales y la realidad.

2) Fase de estancamiento: los sujetos comienzan a ser conscientes de que la excesiva implicación en el trabajo puede dar lugar al abandono de otras necesidades personales.

3) Fase de frustración: constituye en núcleo central del síndrome de desgaste profesional y se particulariza por el cuestionamiento del valor de trabajo en sí mismo, derivando en una sensación general de frustración intensiva por el contagio que supone los compañeros en situaciones semejantes, descenso de la motivación hacia los usuarios e incluso, en ocasiones, actitudes abiertamente negativas hacia los mismos. Se destacan todas las dificultades significativas relacionadas con el trabajo.

4) Fase de apatía: a modo de mecanismo de defensa aparece una gradual indiferencia y falta de interés frente al daño emocional ocasionado por la sensación constante de frustración profesional.

La exposición a los estresores laborales está estrechamente relacionada con el deterioro de la salud. Las consecuencias negativas del estrés laboral sobre los profesionales pueden establecerse en diversas categorías:

1) Síntomas físicos: son los primeros en aparecer e incluye alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedades coronarias), fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales, alteraciones respiratorias, etc.

2) Alteraciones conductuales: destacan las alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de drogas, fármacos y alcohol,

conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, aficiones de riesgo), tabaquismo, etc. En ocasiones surgen conductas paradójicas, defensivas como dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina, pseudoabastecimiento laboral, etc.

3) Alteraciones emocionales: ansiedad, depresión, irritabilidad, distrofia, baja autoestima, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, deseos de abandonar el trabajo, etc.

Se han propuesto diversos modelos explicativos del mencionado síndrome:

A. Modelo de Cherniss (1980): propone que las características particulares del contexto laboral interactúan con las características de los individuos que ingresan al trabajo con sus expectativas y demandas, provocando una fuerte tensión que los trabajadores experimentan en varios grados. Según este modelo, la tensión puede ser afrontada de dos maneras diferentes: 1) empleando técnicas y estrategias que pueden ser períodos activos de solución de problemas y 2) exhibiendo cambios de actitud que son calificadas como burnout.

Para este autor, el Burnout está formado por diversos estados sucesivos que ocurren en el tiempo y presentan una forma de adaptación a la fuente de estrés.

B. Modelo de Miller y colaboradores (1990): modelo integrado de comunicación, estrés y Burnout, señalando al estrés del rol (conflicto y ambigüedad del rol) y a la sobrecarga de trabajo como

antecedente del Burnout. Como consecuencia del mismo señalan la insatisfacción laboral y el poco compromiso organizacional. En este modelo también se tiene en cuenta la participación en la toma de decisiones y el apoyo social de los compañeros de trabajo y supervisores.

➤ *Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de las Unidades de Terapia Intensiva Infantil.*

La enfermería se trata de la asistencia y cuidados de otro individuo. De modo más específico, se refiere a los cuidados del enfermo y al trabajo relacionado con la prevención y la salud pública, entre otros.

Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de

los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismos y la asesoría nutricional.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad y psiquiatría. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar, a su vez, por una nueva especialización.

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa o ninguna formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas.

En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Kaiserswerth, Alemania, a cargo del pastor Theodor Fliedner para la Orden de Diaconisas Protestantes. La escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de Florence Nightingale

transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Las bases del conocimiento que guían las acciones enfermeras es amplio y variado, incluyendo las siguientes áreas: promoción de la salud, crecimiento y desarrollo, salud mental, procesos patológicos y tratamientos, modalidad diagnóstica, solución de problemas, pensamiento crítico, entre otros.

El personal de enfermería se caracteriza por la necesidad de poner en práctica continuamente la capacidad para cuidar. Tener capacidad para cuidar requiere comprenderse a sí mismos y a los demás. La comprensión de los otros implica aprender a escuchar empáticamente, o sea escuchar con la intención de penetrar en la manera de pensar y ver el mundo del otro. Escuchar empáticamente significa dejar de lado cómo vemos nosotros el mundo y conectarse con los sentimientos y percepciones del otro. Requiere identificarse con las luchas, las frustraciones y los deseos del otro. Luego es preciso desprenderse de esos sentimientos y recuperar el marco de referencia. La enfermería podría caracterizarse por alentar al paciente o infundirle esperanza y confianza, demostrarle paciencia, comprensión, ofrecerle compañía, ayudar a la persona a no perder de vista los aspectos positivos de su vida, mantener informada a la persona y mostrar su lado humano compartiendo historias.

Se considera al personal de enfermería como un grupo especialmente vulnerable, debido a que las tareas por él llevadas a cabo son fuente de permanentes tensiones (así como las de todo el resto del personal de la

salud, que esta en contacto con el dolor, la angustia, el sufrimiento y la delgada línea que separa la vida y la muerte).

Diversas investigaciones realizadas en distintas instituciones hospitalarias revelaron que las unidades que generan mayor estrés son aquellas que reúnen pacientes críticos terminales. En las mencionadas unidades de cuidados críticos, las continuas demandas físicas y emocionales, a las que el personal de enfermería se ve dominado por parte de los pacientes y la ambigüedad en su rol son características que predisponen al desarrollo del Burnout.

El personal de enfermería está en contacto directo con pacientes y familiares a los que debe dar respuesta, interactuar con aspectos emocionales de sus vidas. A estas características se le suman las dificultades que se presentan en las instituciones sanitarias y la interpretación subjetiva de la cotidianidad por parte de los profesionales.

Diferentes estudios epidemiológicos han verificado en los trabajadores de la salud la existencia de problemas en la salud psicofísica en asociación con las condiciones y el tipo de labor que desempeñan. En enfermería dicha problemática se ve incrementada en función del contexto socioeconómico de deterioro del espacio público, condicionado por estrategias de mercantilización-privatización que repercuten en forma particular sobre los efectores y usuarios de los servicios de salud.

En lo que respecta al desempeño laboral, las investigaciones, informan sobre la emergencia de dos situaciones prevalentes y polares: a) un desapego notorio, como si el profesional no viera o no escuchara los

indicadores de alerta que señalan un situación de emergencia, b) un exceso de involucramiento, en el que el profesional no descansa, no toma vacaciones, trabaja fuera de turno y no se despega de la cama del paciente. La situación económica actual ha obligado al personal de enfermería a duplicar sus turnos de trabajo.

A partir de aquí se podrían comenzar a desarrollar algunas características respecto a la Unidad de Cuidados Críticos o de Terapia Intensiva (UTI), y más específicamente sobre la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, la cual constituye nuestro campo de estudio.

Las situaciones que allí se viven son extremadamente intensas por las tensiones y contenido afectivo, que involucran al equipo asistencial tratante, padres y bebé. Entre ellas: diagnóstico y pronóstico incierto acerca del estado clínico del niño, información de una anomalía, síndrome genético, etc., que puede traer aparejado una futura discapacidad y muerte. Los niños internados en dicho servicio están gravemente enfermos y el pronóstico vital está en juego. Todas las acciones que realiza el equipo de cuidados están orientadas hacia la vida. Si un niño muere, un cúmulo de esperanzas y proyectos se verán truncados. La muerte de un niño es un hecho sumamente doloroso, ya que despierta la ansiedad de que alguien muere sin haberse realizado. Se altera un proyecto de vida, los médicos y enfermeras tampoco escapan a este sentimiento, el cual determina sus actitudes.

Otro punto a considerar es el hecho de que pertenecemos a una cultura que niega la muerte. La mayor parte de los proyectos de vida propuestos eluden sistemáticamente el deterioro, la vejez y la muerte misma.

Por otro lado los avances tecnológicos llevan a que la mayor parte de las muertes se produzcan en hospitales y dentro de la UTI. Se deshumaniza el acto médico y se transforma la agonía y la muerte en una consecuencia desagradable de la compleja tecnología fríamente aplicada. Hay por cierto una tarea asistencial profesional, muy compleja y difícil que es la ayuda al bien morir.

El enfrentarse con niños gravemente enfermos, en los cuales el pronóstico de vida está en juego, moviliza aspectos personales por parte del equipo tratante ligados a la propia angustia ante la muerte y la impotencia ante el hecho irreversible. Es destacable la importancia de trabajar en grupo, lo que permite poder tomar decisiones consensuadas y compartir el dolor.

De acuerdo a la opinión de Ester Beker (2002), el hecho de aceptar la muerte puede influir en la calidad de atención brindada al paciente. El equipo de salud debe acercarse empáticamente al paciente para poder comprenderlo, guardando una distancia óptima, con límites claros, tratando de no quedar sobreinvolucrados con la problemática del enfermo. Sin perder de vista sus necesidades y las de su familia, el equipo de salud debe utilizar todos los recursos de los que dispone.

Los temores que provocan en los profesionales el encuentro con la enfermedad y la muerte, muchas veces, produce conductas evitativas y de alejamiento de la relación con los pacientes. Esto impide conocer algo más de la historia personal del enfermo y sus expectativas. Se dificulta entonces, la comunicación acerca de los procedimientos y los beneficios que se espera alcanzar. No se logra, de este modo, establecer un vínculo de confianza que

fortalezca la alianza terapéutica. Se debe recordar que la ayuda que se le solicita al equipo de atención abarca distintos planos de la persona: el instintivo, el físico y el afectivo. Será responsabilidad del equipo médico la mejor atención posible.

Según Beker y colaboradores (2002) "puede surgir en el equipo médico un afán terapéutico que lleva a que el niño no tenga periodos de paz ni de descanso, debido a que es interrumpido continuamente por un tratamiento, un procedimiento de diagnóstico o un control de enfermería. Esto puede dar lugar a la aparición de respuestas de estrés por parte del niño (respiración irregular, problemas digestivos, etc.) que escapan a la interpretación del equipo de atención. Estas situaciones generalmente están relacionadas con ciertos sentimientos de omnipotencia que surgen ante situaciones frustrantes, que traen aparejadas expresiones de desamparo, tristeza, culpa, etc., que muchas veces son negadas para dar lugar a un síndrome de profesionalismo que lo lleva a luchar contra lo imposible"<sup>1</sup>.

Debemos señalar que la práctica médica como práctica social no sólo es resultado de una formación profesional y técnica en forma exclusiva, sino también está impregnada por relaciones socioculturales e históricas. Así la llamada omnipotencia médica debe conceptualizarse como omnipotencia social, producto de condiciones histórico-culturales que determinan en una sociedad como la actual y donde prima una cultura hedonista y materialista que atraviesa los ideales de médicos y padres.

---

<sup>1</sup> Beker, E. ; Beltrán, M. C.; Besozzi, A. (2002) "Intervenciones en situaciones críticas". Volumen I Editorial Catálogos; Buenos Aires.

Dentro de las UTI, el personal de enfermería pueden ayudar al niño a ocupar su lugar de sujeto en la mente de los padres, a través de reconocer sus capacidades y necesidades de comunicación, efectuando una tarea de enlace entre niños y padres. Por ejemplo qué postura le agrada, cómo lo reconoce, etc.

Cuando ingresa un niño al servicio de terapia intensiva se pone en marcha un plan de asistencia tendiente a satisfacer las necesidades-problemas del pequeño paciente, entendido en su totalidad e integridad. Esta aplicación se articula fundamentalmente en las siguientes cuatro fases:

- 1) La diagnosis de enfermería: consiste en una evaluación sintética y en la interpretación de la situación problemática del niño, la cual permite formular un programa operativo, dirigido a la resolución de los problemas que emergen momento a momento dentro de líneas generales. La diagnosis de enfermería es un procedimiento muy delicado, pues de él depende la calidad de las intervenciones asistenciales y aquella nunca puede considerarse definitiva porque evoluciona en el tiempo, ya sea por el cambio de la situación misma, como de las posibilidades de recoger elementos cognoscitivos nuevos. La misma se vale de procedimientos tales como recolección de datos (signos-síntomas) relevando la presencia de problemas mediante la observación y revisión con el auxilio de instrumentos; diálogos con los operadores que han acompañado al niño, así como la consulta de los documentos que se consignan en el momento de la internación.

- 2) Elección de las prestaciones: una vez definidos los problemas del niño, se elige la prestación que mejor responda a sus necesidades. El problema es una condición dada por la falta de satisfacción de una necesidad que puede ser de naturaleza psíquica o física que puede ser tan grave que puede comprometer la supervivencia del niño.
- 3) Organización de los recursos: efectuada la elección de las prestaciones, se procede a la verificación de las disponibilidades y de la posibilidad de activar los recursos de enfermería y su organización para el desarrollo de las actividades previstas y para llevar a término el plan de la asistencia.
- 4) Ejecución y gestión de enfermería: se basa en la individualización de los objetivos asistenciales a alcanzar en el corto, mediano y largo plazo, para luego centrarse en la programación y puesta en marcha de un plan de asistencia que respete las prioridades de los problemas a resolver.

Otro aspecto a señalar gira en torno al retraso de información, por ejemplo no dar el diagnóstico una vez conocido por los médicos. Esto no mejora la situación sino que sólo aumenta la ansiedad de los padres. La falta de oportunidad de conversar sobre el diagnóstico del niño puede crear una situación en que los padres se sientan abrumados y no puedan comprender la realidad del problema de su niño. La información brindada debe ser veraz, completa pero jamás cruel. El informante debe acompañar en el llanto que se desata luego de comunicarle el diagnóstico del niño.

➤ *Antecedentes y Estado de la Cuestión.*

Un punto importante a tener en cuenta en lo que refiere a los antecedentes de esta investigación es el hecho de la poca bibliografía específica que de cuenta de estudios similares en los cuales se hayan analizado los índices de prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería que se desempeñan en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal e Infantil. Esta carencia se hace mucho más visible al intentar investigar el estado de la cuestión en los mencionados servicios de los distintos hospitales de nuestro país. Como puede verse este último aspecto constituye un obstáculo de relevancia al momento de analizar los resultados obtenidos, debido a la importancia y determinación antes mencionada, del contexto histórico, sociopolítico, económico y cultural de cada región en el trabajo de sus habitantes, teniendo como consecuencia distintos efectos subjetivos y sociales que inciden en la salud de los trabajadores.

Por este motivo nos vimos obligadas a recurrir a bibliografía extranjera sin olvidar las diferencias del contexto en todos sus niveles, que determinan los resultados de dichas investigaciones, en comparación con el contexto de nuestro país y de nuestra ciudad.

En una investigación llevada a cabo en la provincia de San Luis, donde se intento explorar el Síndrome de Burnout en un grupo de personal de enfermería de un hospital general de esta provincia, se señala el hecho de que no se dispone de normas surgidas de muestras de la población argentina. Por este motivo los resultados de la mencionada investigación

El estudio tenía tres objetivos: 1) validar el MBI, instrumento creado por C. Maslach para la evaluación de Burnout, en profesionales de la salud de nuestro país; 2) establecer la prevalencia del síndrome en integrantes de diversos equipos de salud, utilizando para su evaluación, un baremo local del MBI; 3) determinar la relación que tienen el estrés, la satisfacción laboral y las tres dimensiones del Burnout (cansancio emocional, despersonalización hacia el paciente y falta de realización personal) con variables demográficas (género, edad, estado civil, lugar de residencia) laborales (profesión, cargo, institución, antigüedad) y psicológicas (malestar basado en síntomas depresivos-ansiosos) de la muestra relevada.

El primer objetivo de esta investigación, validar el test de Maslach en un grupo de profesionales argentinos del ámbito de la salud fue alcanzado, como así también a partir de la muestra se pudo construir un baremo que permitió avanzar en los restantes objetivos. A partir del puntaje promedio obtenido por los sujetos de la muestra, se observó que el cansancio emocional y la despersonalización hacia el paciente, eran más altas en los médicos que en las enfermeras y otros profesionales sanitarios evaluados. Una vía de explicación de esto, sería que el médico a diferencia de las enfermeras cuya tarea pasa por cuidar, más que por curar, es identificado como el proveedor infalible de salud, concentrando las expectativas del paciente, de la sociedad y las suyas propias.

Se observó además, que las secretarías médicas y las recepcionistas telefónicas de turno, tuvieron la media más alta en cansancio emocional de toda la muestra, y la más baja en realización personal en el trabajo.

Con respecto a las enfermeras relevadas (n=380) para esta investigación, conformaban dos grupos: las que trabajaban en distintas áreas de instituciones polivalentes (n=120) y las de centros y servicios hospitalarios de diálisis de diversas localidades del país (n=260). El 20% de las enfermeras obtuvo puntajes altos en cansancio emocional, el 31% en despersonalización, el 34% puntajes bajos en realización personal y el 7% cumplió con los tres criterios del síndrome. Al igual que el grupo médico, se observó que las enfermeras relevadas en el año 2003 presentaron mayor cansancio emocional que las encuestadas con anterioridad. También se encontró que la despersonalización hacia el paciente era más alta en las enfermeras de ciudades chicas respecto a las de capital, Córdoba y Rosario y de las que trabajan en instituciones públicas respecto de las privadas. En las variables demográficas y en las relacionadas con el trabajo, la diferencia entre los subgrupos no fue significativa.

➤ *Historia del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.*

Mar del Plata es una ciudad moderna, fundada en 1874 por Patricio Peralta Ramos aunque desde esa fecha hasta 1880 no se encuentran registros fehacientes sobre la actividad médica en nuestra ciudad. Entre los primeros médicos se encuentran Dr. Guillermo Oliver, Dr. Camuso, Dr. Botana, Dr. Del Campo, entre otros. Igualmente en ese momento la ausencia de profesionales era lo más común, los vecinos y las autoridades se organizaban para responder a las epidemias, que eran muy frecuentes. La

mayor parte de la población de campaña era asistida, usualmente, por médicos y curanderos.

Hacia 1893 surge la necesidad de fundar un Hospital con mayor complejidad, así nace el Hospital y Asilo Marítimo, destinado a pacientes con tuberculosis en general (posteriormente llamado Sanatorio Marítimo y actualmente Instituto Nacional de Epidemiología). El Asilo Marítimo respondía a la convicción de que el ámbito urbano era un espacio patógeno, donde se generaban enfermedades que no reconocían barreras sociales y rápidamente se transformaban en epidemias. Estas iniciativas para la creación de instituciones benéficas responden a las políticas sanitarias que se desarrollaron en la década del 1880. El Asilo es destinado a la asistencia de niños de todo el país. Esto traerá como consecuencia la dificultad de satisfacer las necesidades locales, que empezaron a ser canalizadas con la inauguración del Hospital local, el cual comienza a recibir a los pacientes que hasta ese momento eran derivados a Dolores o La Plata. La inauguración del Hospital Mar del Plata tiene lugar en 1907. Su construcción comienza en 1902, organizada por una comisión de vecinos, encabezada por Don Victorio Tettamanti. La administración del Hospital queda a cargo de la Sociedad de Beneficencia del Hospital Mar del Plata, y su Comisión Directiva se encontraba compuesta por importantes ciudadanos, que habían sido los principales benefactores para alcanzar la construcción. Algunos de ellos son: Tettamanti y Camet a cargo de la presidencia, el Dr. Arturo Alió y Juan H. Jara, entre otros. El Hospital es ideado y construido con fondos privados, derivado de donaciones realizadas por las principales familias

estancieras y de veraneantes. Esto tendrá como consecuencia que por muchos años esta institución fuese conducida por un selecto grupo que en general, no tenía relación con el ámbito de la Medicina.

El hospital se ocupó de satisfacer las necesidades sanitarias de la población ligada a la producción, que eran en su mayoría inmigrantes. Sin embargo, no estaba abierta a todas las necesidades de la población, lo que ocasionaba que las personas siguieran consultando a los boticarios y curanderos por la inmediatez de sus respuestas y porque el hospital deslindaba sus responsabilidades frente al enfermo.

Debido a estos episodios y por la necesidad de una asistencia más abarcativa nace la Asistencia Pública Municipal. Ésta estará sustentada por las nuevas ideas del positivismo, una visión secular de la realidad, un nuevo entendimiento de la sociedad, de la libertad individual, y por una mayor participación del Estado. Dado que no existía en la zona una asistencia pública gratuita que tuviese como objetivo ampliar la atención sanitaria a los nuevos barrios obreros y más populares de la periferia, y a que esta iniciativa fue presidida por los Socialistas que habían accedido a la Intendencia, comenzaron a surgir roces y disputas, que se cristalizaron en 1920 con el sector social dominante hasta ese momento, cuando se aprueba el proyecto de creación de la Asistencia Pública Municipal como servicio ambulatorio del Hospital Mar del Plata. Los nuevos gobernantes serían grandes defensores de la Medicina Profesional, generando áreas específicas con la atención de especialistas que fueron incorporados al ámbito de la Salud. La Asistencia Pública llenó numerosos espacios vacíos que el

Hospital no cubría, esto tiene que ver con la atención de un basto sector poblacional pobre, que se acrecentaba año tras año, lo que implicó la apertura de nuevos servicios gratuitos.

Entre los años 1920 y 1945 la salud se constituirá, cada vez más, en un problema del Estado, con respecto a la previsión, higiene, sanidad, derecho de prestación, etc. Así nacerá el derecho a la salud y a la prestación que abarcaría a toda la población. El Estado comenzó a intervenir en la organización hospitalaria, en la delimitación de políticas públicas y en la definición de las condiciones sociales de emergencia de los procesos de salud.

Hacia fines de los años 1940 en el marco de políticas peronistas, se producen cambios en la estructura económica del Hospital. En 1947, sus servicios pasan a ser totalmente gratuitos. En este tiempo el Hospital es intervenido por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, y se promueve la transformación de éste en Hospital Materno Infantil y queda bajo el exclusivo manejo del Estado. Esto es positivo en cuanto al crecimiento de las especializaciones, al equipamiento tecnológico, a la investigación y al concurso de los cargos; sin embargo esta modificación trajo como consecuencia que el hospital se vea afectado constantemente por los cambios políticos, quedando sujeto a las reformas de acuerdo con la autoridad de turno, lo cual se observa hasta la actualidad. En 1982 se realizó la inauguración de los consultorios externos que se encuentran en la calle Castelli.

En las décadas de los 1980 y 1990 tuvieron lugar numerosos movimientos a nivel nacional que afectaron gravemente al sistema de Salud. Entre estos se podría mencionar la hiperinflación, la recesión, la devaluación y el aumento de la pobreza que ocasionó el aumento de la demanda en los hospitales; los cambios de las autoridades en el Ministerio de Salud y en el Ministerio de Acción Social, con la dificultad que esto implica para el establecimiento de políticas sanitarias coherentes y sostenidas en el tiempo. Por todo lo anteriormente dicho, el hospital entra en un período de estancamiento y vaciamiento que se mantiene hasta la actualidad. Se produce un replanteamiento de la función del Estado en cuanto a la salud, la educación y otros aspectos, lo cual implicó un corrimiento de éste, un recorte del presupuesto destinado a la salud, la falta de políticas sanitarias coherentes tanto a nivel provincial como nacional, y que la carencia de recursos en los diferentes espacios tengan que ser cubiertos por los recursos humanos, tratando de sostener y sobrellevar la situación.

En síntesis, en el marco del actual contexto sociopolítico, productor de gran número de desocupados sin cobertura social, el empobrecimiento de la clase media y las crisis de las estructuras socioeconómicas, los hospitales públicos son demandados en forma creciente por cada vez más amplios sectores sociales. Es indudable que los continuos cambios en el gobierno de nuestro país no permiten que se logre una política sanitaria adecuada. Cada gobierno nuevo del municipio produce la remoción de los cargos de manera que cada nuevo funcionario ingresa con otra idea generando resistencias institucionales.

La ausencia de una normatización de la asistencia que sea cumplida por los médicos genera iatrogenia, cada uno hace lo que le parece mejor y no lo que ha sido probado como óptimo en cada caso.

A nivel social general es posible observar una pérdida acentuada de igualdad social y de la condición de ciudadano por parte de sectores amplios de la población, muchos sujetos padecen la pérdida de intercambios sociales, económicos y simbólicos al quedar fuera del circuito familiar, como de sus anclajes familiares y geográficos. Esto se enmarca en otros tres aspectos: a) no se respetan los derechos, hay una degradación del empleo y falta de beneficios sociales, hay profesiones que entran en zona de libre comercio, donde no rigen los derechos laborales y con crecientes condiciones inhumanas, b) pauperización del mundo, aumento de países pobres, desaparición de los medios y concentración de las riquezas, c) caída del Estado de Bienestar, privatización de los riesgos y debilidades de la vida que quedan a cargo, en buena partes, de las profesiones asistenciales: vejez, enfermedad, discapacidad, niñez desamparada.

Por otro lado se debe tener en cuenta que a pesar de que muchas ocupaciones tienen asegurados elementos de protección frente a los riesgos emergentes de las condiciones laborales. Sin embargo las profesiones de la salud, no tienen protección legal para este tipo de peligros que quedan por cuenta y riesgo de cada uno; aunque hay empleadores: el hospital, la empresa de medicina prepaga, la clínica, la sociedad.

El trabajo de los profesionales de la salud, atravesado por este contexto de crisis está determinado por la exposición a situaciones de impacto emocional derivado de las condiciones del medio ambiente y los consecuentes efectos subjetivos y sociales de la hegemonía de las políticas laborales que inciden en la salud de los trabajadores.

➤ *El Servicio de Terapia Intensiva del H.I.E.M.I..*

El servicio de la UTI. se encuentra en el segundo piso del edificio central del H.I.E.M.I.. Su acceso es controlado por medio de un portero eléctrico. Si se autoriza la entrada se ingresa a un hall en el que se encuentran algunos de los equipos que pueden llegar a ser utilizados para la asistencia de los niños allí internados. El mismo conduce, también, por un lado mediante un pasillo a la oficina del jefe de enfermería y por otro, al espacio físico donde se ubican las camas de los pacientes allí internados. El total de las mismas es de 8 camas, de las cuales la mitad se encontraban separadas aproximadamente por 1 metro de distancia, en el que se ubican junto a la cabecera de aquéllas los equipos necesarios para llevar a cabo la atención de los distintos pacientes, como por ejemplo, los tensiómetros, los electrocardiógrafos con monitores y si el estado del paciente así lo requiriese, los respiradores artificiales mecánicos. La cantidad de camas restantes disponibles se hallan ubicadas dentro de 3 boxes, separados de la sala principal, aunque comunicados por una puerta y un gran ventanal.

Asimismo a la izquierda de la sala se halla un espacio dividido del resto de la sala por un mostrador, destinado al personal de enfermería, en el cual se archivan las historias clínicas de los niños hospitalizados y desde donde es posible observar a todos los pacientes. El personal que allí se desempeña dispone también de un baño.

A la vista la UTI. aparece como un espacio amplio, muy iluminado y con un muy buen mantenimiento del orden y la limpieza. Las condiciones de térmicas también son adecuadas.

## Metodología

La presente investigación fue realizada en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. Tettamanti.

### *Instrumento*

Para nuestro propósito hemos utilizado el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española, construida y validada en 1997. El MBI es un cuestionario auto administrado en cuyo anverso se presentan una serie de datos socio demográficos: sexo, edad, estado civil, vida en pareja, número de hijos, estudios, profesión, situación laboral, horario, centro de trabajo, tiempo de antigüedad en la profesión y tiempo de antigüedad en el trabajo actual.

El cuestionario consta de 22 ítems, dividido en tres escalas: cansancio emocional; despersonalización y realización personal.

Las puntuaciones para cada una de las escalas se obtienen de sumar los puntos anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas. Este instrumento, entonces, no arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de Burnout, sino puntajes individuales para cada una de las tres dimensiones. Puntuaciones altas en las dos primeras escalas y baja en la tercera son indicativos de grados elevados del síndrome de estrés laboral. El puntaje de cada subescala se categoriza como bajo, medio o alto de acuerdo a los puntos de corte determinadas para cada cultura y grupo profesional.

Por otro lado, se administró una entrevista al personal de enfermería con el motivo de indagar diferentes aspectos de su trabajo en el servicio estudiado, algunos de los cuales fueron de qué manera ingresaron a la UTI., si anteriormente se desempeñaron en otros servicios, los sentimientos que le provocan la actividad laboral en aquélla, las situaciones que les generan mayor dificultad en su actividad laboral y qué situaciones que pudiesen presentarse las consideran más estresantes, entre otros. (Ver Anexo)

#### *Muestra*

La muestra de estudio estuvo constituida por todo el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del hospital anteriormente mencionado, un total de 17 personas, de las cuales 13 son mujeres y 4 varones. Todos los profesionales de enfermería que se desempeñaban en la Unidad de Terapia Intensiva fueron candidatos teóricos sin más criterios de exclusión. A partir del número de los candidatos teóricos anteriormente mencionados participaron finalmente 10 personas, 6 (60%) fueron mujeres y 4 (40%) hombres, con una edad media 42,7 años.

#### *Procedimiento*

Se entregó a todo el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del hospital el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) encabezado por una introducción en la que se hacía referencia al Trabajo de Investigación en el que dicho cuestionario se enmarcaba y se aclaraba el carácter anónimo y voluntario del mismo.

Se analizaron los cuestionarios del MBI para obtener el índice de prevalencia del síndrome de Burnout en los señalados trabajadores de la salud de la Unidad de Terapia Intensiva y estimar los grados de cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal en el trabajo (RP). Se analizaron los datos sociodemográficos resultantes del total de los cuestionarios relevados. A continuación se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para visualizar los respectivos puntajes brutos (PB.) y percentiles (PERC.) de cada una de las escalas del instrumento utilizado, como así también se realizaron distintas correlaciones entre las medias de cada escala y el sexo del profesional y, por otro lado, con su antigüedad.

Con respecto a la información recabada en las entrevistas se aplicó una metodología cualitativa para el análisis de los datos.

## Descripción y Análisis de los Resultados.

### ➤ *Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).*

En primer lugar, se describirán los datos sociodemográficos obtenidos a partir de la administración del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). De los participantes que conformaron la muestra, 5 son solteros, 2 casados, 1 separado, 1 en pareja y un último participante no contestó. A su vez, 2 participantes no tienen hijos (20%), uno tiene 1 hijo (10%), 3 tienen 2 hijos (30%) 2 tienen 3 hijos (20%), uno tiene 4 hijos (10%) y uno no contestó (10%).

En relación a la antigüedad en la profesión la media de los participantes es de 14 años y 9 meses. Por otro lado, sobre el tiempo transcurrido en el trabajo actual se obtuvo una media de 11 años y 1 mes.

Respecto a la situación laboral de los encuestados, se evidenció que el 100% se encuentra como empleado fijo del hospital.

En cuanto al nivel de estudios, se obtuvo que el 10% tienen estudios primarios, otro 10% posee los mismos estudios habiendo realizado, sin embargo, algunos cursos universitarios. El 30% de los participantes posee una formación de bachillerato superior, igualando en porcentaje con los que además de tal formación llevaron a cabo cursos universitarios. Por último, el 20% restante posee la Licenciatura en Enfermería.

A continuación se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para visualizar las respectivas medias de los puntajes brutos (P.B.) y percentiles

(PERC.) obtenidos por los profesionales de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del H.I.E.M.I, en las 3 variables del inventario de Burnout.

Se observa que en el caso de cansancio emocional (CE) la media es de 12,10 la cual se corresponde con el percentil 33; para la variable despersonalización (DP) la media es de 6,2 y corresponde al percentil 55. Por último se obtuvo respecto a la realización personal (RP) una media de 40,9, la que corresponde al percentil 72.

Por ende, se puede inferir que el personal de enfermería del hospital analizado se encuentra por debajo de la media de la variable cansancio emocional (18,73), según la validación del MBI en profesionales sanitarios de la Argentina, dando como resultado que el mencionado grupo presente un grado medio en la mencionada escala.

En relación a la despersonalización, teniendo en cuenta que la media esperada en nuestro país es de 6,12 y que el resultado obtenido supera la línea de corte de 6 puntos puede afirmarse que el personal de enfermería evaluado presenta un alto grado de despersonalización. Finalmente en la variable realización personal se alcanzó un puntaje alto, según la media de 37,28 y la línea de corte establecida en 40.

**Tabla 1.** Media en cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Personal de enfermería de la UTI del H.I.E.M.I. *Mar del Plata, 2004.*

|                        | <b>PB. CE</b> | <b>PB. DP</b> | <b>PB. RP</b> | <b>PERC.CE</b> | <b>PERC.DP</b> | <b>PERC.RP</b> |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Media</b>           | 12,100        | 6,200         | 40,900        | 32,800         | 55,500         | 71,800         |
| <b>Desvío estandar</b> | 7,607         | 3,489         | 9,060         | 24,096         | 21,788         | 33,581         |

|               |       |       |       |       |       |       |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Mínima</b> | 2,00  | 0,00  | 26,00 | 3,00  | 10,00 | 15,00 |
| <b>Máxima</b> | 23,00 | 12,00 | 48,00 | 65,00 | 85,00 | 99,00 |

A su vez, nos interesó comparar las medias de los puntajes en CE, DP y RP, según el sexo del profesional. Para analizar la diferencia entre estos puntajes, por tratarse de variables no paramétricas, sino nominales, se empleó la prueba de Mann Whitney.

Se puede observar que no existen diferencias significativas en los puntajes cansancio emocional, despersonalización y realización personal según se trate de hombres o mujeres ( $p > .05$ ).

**Tabla 2.** Diferencia de medias entre cansancio emocional, despersonalización y realización personal en profesionales de enfermería de la UTI. del H.I.E.M.I. *Mar del Plata. 2004.*

|    | <b>Sexo</b> | <b>Media Rango</b> | <b>Suma Rangos</b> | <b>Mann Whitney</b> | <b>Significancia</b> |
|----|-------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| CE | Masc. (4)   | 4,50               | 18,00              | 8,00                | .476                 |
|    | Fem. (6)    | 6,17               | 37,00              |                     |                      |
| DP | Masc. (4)   | 6,38               | 25,50              | 8,50                | .476                 |
|    | Fem. (6)    | 4,92               | 29,50              |                     |                      |
| RP | Masc. (4)   | 6,63               | 26,50              | 7,50                | .352                 |
|    | Fem. (6)    | 4,75               | 28,50              |                     |                      |

Otra correlación analizada consistió en comparar si existían diferencias significativas entre las medias, teniendo en cuenta la división de la muestra establecida en dos grupos según la antigüedad del profesional y las tres escalas del instrumento utilizado. La línea de corte fue 15 años debido a que la media, como se dijo anteriormente, fue de 14 años y 9 meses.

Como se puede observar en la tabla siguiente, no se evidencia correlación significativa alguna, en ninguna de las tres escalas, teniendo en cuenta la antigüedad del evaluado ejerciendo su profesión.

**Tabla 3.** Diferencia de medias en dos grupos según su antigüedad en personal de enfermería de la UTI. en H.I.E.M.I. *Mar del Plata. 2004.*

|    | <b>Antigüedad</b> | <b>Media Rango</b> | <b>Suma Rangos</b> | <b>Mann Whitney</b> | <b>Significancia</b> |
|----|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| CE | -15 años (5)      | 5,40               | 27,00              | 12,00               | 1.000                |
|    | +15 años (5)      | 5,60               | 28,00              |                     |                      |
| DP | -15 años (5)      | 6,10               | 30,50              | 9,50                | .548                 |
|    | +15 años (5)      | 4,90               | 24,50              |                     |                      |
| RP | -15 años (5)      | 4,00               | 20,00              | 5,00                | .151                 |
|    | +15 años (5)      | 7,00               | 35,00              |                     |                      |

Por último se analizó la asociación entre la variable antigüedad y las variables cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Para ello se utilizó el coeficiente de Spearman ya que se trata de variables no paramétricas.

Se observa que existe una asociación significativa entre la antigüedad y la realización personal ( $p < .05$ ), es decir que a mayor antigüedad por parte de estos profesionales de enfermería, hay un mayor puntaje en su realización personal.

Además se observa una asociación significativa negativa más fuerte entre la despersonalización y el cansancio emocional de modo que a mayor cansancio emocional, disminuye la despersonalización de estos profesionales en relación al paciente ( $p < .01$ ).

**Tabla 4.** Coeficiente de Spearman entre antigüedad, cansancio emocional, despersonalización y realización personal en personal de enfermería de la UTI. del H.I.E.M.I. Mar del Plata. 2004.

| Spearman          | Antigüedad | PB. CE       | PB. DP          | PB. RP        |
|-------------------|------------|--------------|-----------------|---------------|
| <b>Antigüedad</b> | 1.000      | .128<br>.363 | -.287<br>.211   | .561*<br>.046 |
| <b>PB. CE</b>     |            | 1.000        | -.726**<br>.009 | -.147<br>.343 |
| <b>PB. DP</b>     |            |              | 1.000           | -.326<br>.179 |
| <b>PB. RP</b>     |            |              |                 | 1.000         |

Los resultados de este estudio pueden compararse con los conseguidos por la Investigación llevado a cabo por Neira (2004), en los cuales se baso el baremo de nuestro país. Aquellos en la escala de cansancio emocional fueron más bajos que los obtenidos por la mencionada autora, la media en la segunda escala fue más alta, al igual que lo sucedido respecto a la realización personal. Sin embargo en ninguno de los casos la diferencia fue mayor al puntaje correspondiente a un desvío estandar.

➤ *Entrevistas con el personal de enfermería de la UTI. del H.I.E.M.I..*

El otro instrumento administrado al personal de enfermería de la unidad del hospital en estudio fue una entrevista semiestructurada, la cual fue elaborada por nosotras en base al objetivo de conocer las condiciones laborales del mencionado servicio, los sentimientos que les provoca su trabajo en una unidad de terapia intensiva, cuáles son las situaciones de su actividad laboral que consideran más estresantes, como también los aspectos positivos y negativos que observan del servicio y por último, los

cambios y propuestas que ellos consideran necesarios para transformar tal situación.

En relación a las condiciones laborales en el servicio, el personal que allí se desempeña destaca que las mismas son muy buenas, debido a que "no falta nada y se puede trabajar tranquilamente", "comparado con el resto del hospital las condiciones son mejores", a nivel grupal dicen llevarse bien entre ellos, a pesar de que existen, a veces, "diferencias con los médicos". Por otro lado se hizo referencia al alto grado de estrés que implica la actividad laboral, por ejemplo cuando está la sala completa y el hecho de que, a veces, sólo son 2 enfermeras por turno.

Con respecto a los sentimientos que provoca el trabajo en el servicio de Terapia Intensiva, hay quienes mencionaron el hecho de imaginarse que su familia se ve involucrada en situaciones similares, a pesar de no querer hacerlo. Otros afirman que se "trabaja superficialmente" o que "ver nenes que no tienen muchas posibilidades te atrapa, aunque la idea es no quedar atrapado". Además dicen que provoca cansancio, malestar y tristeza, "una mezcla de todo: dolor, angustia y duelo", "da la sensación de que lloras por dentro", "yo soy de hacer chistes cuando muere un chico". Manifiestan el hecho de haber padecido malestar y de tener siempre presente las vacaciones, organizando su tiempo en función de ellas, expresan la necesidad de tener "un cable a tierra" como por ejemplo hacer actividad física y por otra parte, "no hablar del trabajo" en sus propios hogares. También hay quienes refieren "me siento bien", "me gusta trabajar acá, tiene su estrés por el trabajo mismo y estrés con algunos profesionales".

Otra de las cuestiones que se intentó indagar se relacionó con la posibilidad de comparar la unidad en la que actualmente se desempeñaban con algún otro servicio en el que hubiesen trabajado anteriormente. Respecto a esto mencionaron que "la calidad del paciente es distinta, son chicos en estado grave y no se puede cometer ningún error", que en esta unidad es mayor el compromiso, se trata de conseguir los recursos necesarios para salvar al nene, las exigencias y responsabilidades son distintas, acá trabajas solo con el nene, él está siempre con vos, en cambio en pediatría están con los padres". Se destaca la autonomía y el entrenamiento que tienen para asistir a los niños que allí concurren.

Para concluir con esta comparación entre los distintos servicios en que trabajaron, se indagó en cuáles de ellos se sentían más a gusto. La mayoría resaltó el hecho de sentirse más cómodos en la unidad en la que actualmente se desempeñan, debido a que "el grupo humano es muy bueno", "nos contenemos entre todos" y por otro lado, se mencionó el hecho de que "se hacen más cosas que en otros lugares y se aprende más".

Asimismo se interrogó acerca de si consideraban más estresante trabajar con niños o con adultos. Respecto a este punto, el personal entrevistado expresó que estos trabajos "no se pueden comparar porque son distintos, el trabajo con adultos es una relación de igual a igual, en cambio los niños casi no hablan, se los acaricia y se les da la mamadera, es un trato distinto, aunque no estar de igual a igual no me dificulta el trabajo". En otra ocasión manifestaron que "es menos estresante trabajar con adultos porque a los chicos les falta toda la vida por vivir y hay cosas que no se pueden

entender” y que “es menos estresante trabajar con adultos porque con los niños se mezclan los sentimientos como mujer y como madre”. Por otra parte hay quienes consideran lo contrario, según sus palabras, aluden a que “me hace peor trabajar con adultos quizá porque con los nenes no se establece una relación, ya que están dormidos por las drogas que se les administra, no se establece un vínculo, relación que efectivamente se crea con un adulto, por eso cuando un adulto muere lo siento más”.

Otro aspecto evaluado fueron los sentimientos que les provoca la situaciones de riesgo por las que atraviesan los niños. Hay algunos que dicen tomárselo como algo natural. También afirmaron que depende del caso y del estado de ánimo personal. Manifiestan hacer catarsis entre ellos y que el apoyo entre compañeros es importante. Refieren que no hay que involucrarse mucho, porque si no, no se puede trabajar, afecta más cuando se ve que un niño está bien y luego se descompensa. “Si hay que involucrarse lo evalúo porque después tengo que hacer mi propio duelo”. Además expresan que su reacción, muchas veces, es la sorpresa, que suelen ocultar todo lo que les pasa, que hacen chistes para protegerse entre sí y que “cuando se muere un chico sabemos que dimos todo lo que pudimos, nos cuesta el manejo del dolor con los padres, no hay consuelo ni palabras que decir”.

Entre las situaciones que generan mayor dificultad en la actividad labora se señalaron los aspectos que más le impresionan a cada uno, como por ejemplo los huesos rotos, daños en los ojos, los niños politraumatizados, quemados, quienes se quedan huérfanos por accidentes o “maltratados por

los propios padres que después vienen y lloran al lado de la cama y te dan ganas de matarlos". "Me conmueve ver llorar a los padres, trato de evitarlo como defensa, a veces tenemos humor negro, ponemos música y tratamos de protegernos entre nosotros, nunca dejamos que el ambiente de convivencia esté en silencio". Por otro lado, aparecen las dificultades en el trato con otros profesionales como con el cuerpo médico y los problemas de comunicación entre ellos. Por último se citaron como estresantes las situaciones de urgencia.

Al preguntar acerca de las propuestas para cambiar las situaciones anteriormente nombradas se explicó que las mismas son difíciles de modificar debido a que hay otros intereses en juego, "la dedicación del médico no se puede cambiar", "hay mucha falta de interés, es necesario que haya un mayor compromiso y destinar mayor tiempo".

En cuanto a los aspectos positivos del servicio, se recalcó las situaciones que aparecen cuando los chicos son ayudados, se recuperan y van a saludar al personal de enfermería; el apoyo que reciben por parte del jefe de enfermería, la posibilidad de no recurrir a la supervisión, sino de dirigirse a él para solucionar los problemas, arreglándose éstos entre ellos. En el mismo sentido surgió el hecho de que se puede hablar con su jefe, cosa que en otros servicios no ocurre. También se señaló la libertad y autonomía que tienen para desempeñarse en el servicio, como el reconocimiento del trabajo que existe entre compañeros. A nivel personal se mencionó que el servicio le brindó mucho para su crecimiento como persona.

Entre los aspectos negativos se aludió al sueldo, refiriéndose a la mala remuneración del trabajo realizado; desde la conducción se citó la falta de motivación, incentivo, promoción y reconocimiento por parte de los niveles superiores y los problemas de comunicación con otros grupos de profesionales. Quizá en el mismo sentido, se aludió a la falta de integración con los médicos, la entrega diferencial respecto a los pacientes por parte de los dos grupos, expresan "no hay tanta presencia médica, se trabaja distinto y a veces me molesta", "el trabajo está desvirtuado, hay falta de interés y las consecuencias que esto acarrea".

Según toda la información recabada con los profesionales de enfermería de la UTI. del H.I.E.M.I., podría decirse a modo de síntesis que las condiciones laborales en este servicio son adecuadas, lo cual les permite llevar a cabo su trabajo apropiadamente, ya sea accediendo a los insumos necesarios como también teniendo en cuenta el apoyo que tienen del jefe de enfermería, como el compañerismo existente entre ellos, lo que les posibilita protegerse y afrontar las situaciones que cada uno considera estresantes o de mayor dificultad. Sin embargo, no dejan de aparecer los conflictos con otros grupos profesionales como el caso de los médicos, o bien el descontento con los niveles superiores, como tampoco la falta de personal que dificulta la actividad laboral o bien genera sobrecarga en los trabajadores de cada turno.

Por otro lado, las reacciones frente al trabajo en la UTI. en general se orientan en un mismo sentido, al cansancio, malestar, dolor y la tristeza generados por el trabajo particular de ese servicio, al hecho de intentar no

involucrarse, de no hablar del trabajo en sus hogares, como también a tratar de tener actividades recreativas que les permita distenderse. Respecto al modo como enfrentan las situaciones de riesgo de los niños, las opiniones son diversas. Por un lado, hay quienes se orientan a tomarlas como algo natural y nuevamente intentan no verse comprometidos emocionalmente. Por otra parte, aparecen las reacciones de sorpresa. En general tratan de hacer "catarsis" entre compañeros y tener humor negro para protegerse entre sí, como también de no dejar el ambiente de convivencia en silencio.

Respecto a la comparación entre el trabajo con adultos y con niños aparecieron tres tendencias en las respuestas. En primer lugar, el hecho de no poder compararse ya que las actividades laborales son muy diferentes. Luego, se aludió a la mayor dificultad en el trabajo con niños debido al temprano momento vital en el que se encuentran. En tercer lugar se afirmó que el trabajo con los adultos era más difícil por que con los mismos se establece un vínculo, hecho que no sucede por la situación crítica en que se encuentran los niños internados en la UTI.

Por último, se señaló principalmente como un aspecto negativo del servicio, la relación del personal de enfermería con el equipo médico, ya se por la poca comunicación e integración entre ambos o por la diferente y dedicación al paciente. A partir del análisis de las propuestas para modificar tal situación, se evidenció la dificultad considerada para alcanzar tal objetivo, debido a las variables relacionadas con aspectos del contexto macrosocial y las consecuencias institucionales que esto genera. Así mismo se destacó la influencia de los distintos intereses profesionales puestos en juego.

## Conclusiones

El objetivo del presente Trabajo de Investigación consistía en establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la UTI. del H.I.E.M.I. del Dr. Tettamanti. Considerando que el instrumento utilizado para tal fin, el cuestionario Maslach Burnout Inventory, está organizado en tres escalas de manera tal que sus puntajes individuales no pueden aunarse en un único valor total, es necesario inferir la presencia de este síndrome por el grado de cansancio emocional, de despersonalización y de la realización personal en el trabajo existente. La hipótesis que guió nuestro trabajo afirmaba que el personal de enfermería estudiado presenta un alto índice de prevalencia del mencionado Síndrome. Sin embargo teniendo en cuenta los resultados obtenidos que revelaron un grado medio en la primera escala (12,100), alto en la segunda (6,200) y alto en la tercera (40,900), puede decirse que tal conjetura quedó refutada. No debe perder de vista que los puntajes obtenidos en las dos primeras escalas son significativos a pesar de la contradicción con el alto grado de realización personal evidenciado por los profesionales analizados, hecho este último que impide, como se dijo anteriormente, confirmar nuestra hipótesis de trabajo.

Es necesario destacar que la muestra de estudio fue muy reducida ya sea teniendo en cuenta que se relevaron solo 10 cuestionarios sobre la muestra de 17 candidatos teóricos, como el hecho de que únicamente se trabajó con el personal de enfermería de una unidad del hospital, por lo cual

no puede ser considerada representativa. Quizás, sería interesante para completar y confirmar o bien refutar nuestro resultados, llevar a cabo otros estudios de investigación, abarcando por ejemplo otros servicios del H.I.E.M.I. como Neonatología o Internación Pediátrica, como así también extenderlos a otros establecimientos sanitarios de la ciudad que posean tales unidades.

Como se aludió anteriormente en otro apartado, en el marco del actual contexto sociopolítico, productor de gran número de desocupados sin cobertura social, el empobrecimiento de la clase media y la crisis de la estructura socioeconómica, los hospitales públicos son demandados en forma creciente por cada vez más amplios sectores sociales. Como se evidenció en reiteradas ocasiones a lo largo de este Trabajo de Investigación el personal de enfermería no es ajeno a los avatares de este contexto.

El desmantelamiento de los hospitales, su deterioro edilicio, la creciente y abrumadora demanda inciden, entre otros factores, en el desgaste y la frustración del profesional y podrían explicar estos resultados. Además, por la carencia de los recursos humanos necesarios para responder a tal demanda, la carga horaria y el volumen de pacientes asistidos que esto genera en cada empleado hospitalario podría ser considerado otro factor explicativo del cansancio emocional y la despersonalización.

Las situaciones que origina la repercusión del contexto socioeconómico en la actividad laboral del personal de enfermería revisten suma importancia que aumenta aún más si se añade el hecho de que el

servicio está dedicado a pacientes en estado crítico, con los cuales los niveles de exigencia del personal empleado son muy altos y en el cual casi no hay margen de error. Esto genera una mayor presión al profesional de enfermería a la hora de asistir al niño, lo que facilita la aparición de otras situaciones estresantes, sumadas a las ya propias de la actividad laboral por la particularidad de este servicio.

Por otro lado, consideramos que podrían llevarse a cabo ciertos programas de prevención de estrés laboral. En nuestra opinión, éstos deberían partir de una evaluación integral, considerando los factores personales, interpersonales y organizacionales que intervienen en su generación.

Estos programas deben tener una primera etapa de diagnóstico y otra de intervención. El diagnóstico permite identificar las características individuales y grupales de los trabajadores y los factores de riesgos del estrés. La intervención, se llevará a cabo utilizando técnicas más apropiadas acorde al diagnóstico obtenido previamente, puntualizando destinatarios, actividades, duración y objetivos del programa.

Por último queremos agregar que este trabajo nos resultó una experiencia de aprendizaje muy enriquecedora y a su vez nos permitió conocer más a fondo cómo se lleva adelante una investigación en un área específica de la Psicología.

## Anexo.

### ➤ *Entrevista para el personal de enfermería del H.I.E.M.I.*

1. ¿Ha trabajado Ud. siempre en el servicio de Terapia Intensiva? ¿En qué servicio ha trabajado anteriormente?
2. ¿Cómo ha llegado Ud. a la UTI.?
3. ¿Cómo son las condiciones de trabajo en el servicio?
4. ¿Qué sentimientos le provoca su trabajo en el servicio de Terapia Intensiva? ¿Ha detectado malestar físico o emocional? ¿O dificultades de relación cuando llega a su casa?
5. En caso de haber trabajado en otro servicio anteriormente ¿Podría comparar el trabajo con el T.I.?
6. ¿Cuál es la diferencia que observa a nivel de exigencias en cada uno?
7. ¿En cuál de estos servicios se sintió más a gusto? ¿Por qué?
8. ¿Considera Ud. que es más estresante trabajar con niños que con adultos?
9. ¿Cómo enfrenta Ud. los sentimientos que le provoca la situación de riesgo que atraviesan los pacientes internados en este servicio?
10. ¿Qué situaciones de su actividad laboral le generan mayor dificultad?
11. ¿Qué situaciones que pudiesen presentarse en su trabajo las considera más estresantes?
12. ¿Cómo cree Ud. que dichas situaciones podrían mejorarse?
13. ¿Cuáles son los aspectos que considera positivos del servicio?
14. ¿Cuáles son los aspectos que considera negativos del servicio?

## Bibliografía

- Albanesi, D.N, S; "La enfermería como profesión de riesgo"; Vertex Rev. Arg. de Psiquiat; 2003; Volumen 14: 280-285.
- Alfaro-LeFevre, R.; "Aplicación del proceso de enfermero"; 4ª Edición; Springer-Verlag Ibérica; Barcelona.
- Beker, E.; Beltrán, M. C.; Besozzi, A. (2002); "Intervenciones en situaciones críticas"; Volumen I; Editorial Catálogos; Buenos Aires.
- Contel Segura, J. C.; Badía, J. G.; Peya G., M.(1999); "Atención domiciliaria"; Springer-Verlag Ibérica; Barcelona.
- Cherniss C (1980); "Professional burnout in human service organizations"; Praeger; New York.
- Desjuors, C, (1998); "Organización del trabajo y la Salud"; Ed. Lumen.
- Edelwich, J.; Brodsky, A. (1980); "Burnout Stages of disillusionment in the helping profession"; Human Services Press; New York.
- Fava Vizziello, G.; Zorzi, C.; Bottos, M. (comp.) (1993); "Los hijos de las máquinas"; Ediciones Nueva Visión; Buenos Aires.
- Freudenberg, N; "Staff Burnout"; J. Of Social Issues; 1974; 30: 159-66.
- Gámez Perales, M; Santano Margarino, A; Matias Benayas S, Roca Sánchez S; Tomey Soria MJ.; "Estudio del clima laboral en cuatro unidades de críticos de un hospital"; Enferm Intensiva 1994; 10 (3) 120-8.
- García Izquierdo, M; "Estudio comparativo de dos medidas en burnout en personal sanitario"; Anuales de Psiquiatría; 1994; 10 (5) 108-184.

- Gonzalez Romá V; Ripol P. y cols; “Comparaciones de modelos causales sobre la experiencia de Burnout. Un estudio multimuestra”; Ansiedad y Estrés 1998; 4 (1): 81-95.
- Ibáñez. Ma. Marta; “Estrés como problema en la economía, la sociedad y la salud”; Ficha de cátedra de Psicología Laboral.
- Maslach. C; “Burned out”; Human behavior; 1976; 59: 16-22.
- Miller et al (1990); “An integrative model of communication, stress and Burnout in workplace”; Communication Research.
- Neria, María del Carmen: “Cuando enferman los que curan”, Estrés laboral y Burnout en los profesionales de la salud, 1º Ed, Bueno Aires, Abril 2004, Impresión Gambacop.
- Peiró y Prieto (1996); “Tratado de Psicología del trabajo”; Volumen 1; Síntesis Psicológica; Madrid.
- Redondo A.; y Arraigada, M.; “Psicodiagnóstico y Calidad de Vida laboral”; Trabajo presentado en las XI Jornadas Nacionales de A.D.E.J.P; Función Integradora del Psicodiagnóstico.
- Rodríguez Salgado, C. y otros; Conclusiones y Bibliografía del Grupo de Investigación en Psicología Clínica “Mecanismos de afrontamiento y estrés laboral en el personal de salud – El Síndrome de Burnout”; UNMDP; Facultad de Psicología; 2003.
- Solano Ruiz, M.C.; Hernández Vidal, P.; Vizcaya Moreno, M. F.; Reig Ferrer, A.; “Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos”; Enferm. Intensiva; 2002; 13 (1): 9-16.