



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

Licenciatura en Psicología

“Estrategia de prevención del Síndrome de Burnout para mujeres en edad adulta intermedia que trabajan en un Laboratorio de Análisis Clínico”

Alumna: Buggedo, María Jimena

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

-Córdoba, Abril de 2008-

Agradecimientos

A mi familia, por su paciencia y apoyo constante...

***A todos aquellos que me acompañaron
y colaboraron a lo largo de mi carrera...***

Índice

Índice

PARTE I

| | |
|--|----|
| Introducción | 5 |
| Justificación del Tema | 6 |
| Antecedentes | 8 |
| Objetivos | 12 |
| Marco Teórico | 13 |
| <i>Períodos del ciclo vital</i> | 14 |
| <i>Cambios producidos por la edad</i> | 17 |
| <i>Crisis vital</i> | 18 |
| <i>Menopausia / Climaterio</i> | 19 |
| <i>Características de la etapa laboral</i> | 23 |
| <i>Estrés</i> | 24 |
| <i>Síndrome de quemarse por el trabajo</i> | 27 |
| <i>Calidad de vida laboral</i> | 36 |
| <i>Satisfacción laboral</i> | 38 |
| <i>Motivación</i> | 39 |

PARTE II

| | |
|--|----|
| Relevamiento Institucional | 42 |
| <i>Instrumentos para la recolección de datos</i> | 42 |
| <i>La situación del Hospital Militar Córdoba</i> | 43 |
| <i>Servicio de Laboratorio</i> | 48 |

| | |
|---|-----|
| <i>Organigramas</i> | 55 |
| Metodología utilizada para el Diagnóstico | 60 |
| <i>Descripción de la muestra</i> | 60 |
| <i>Diagnóstico de necesidades</i> | 66 |
| <i>Problemas relevados /Orden de Prioridades</i> | 69 |
| <i>Instrumentos</i> | 70 |
| <i>Cuestionario para la muestra</i> | 70 |
| <i>Escala de Maslach</i> | 75 |
| <i>Entrevista Psicológica</i> | 77 |
| PARTE III | |
| Conclusión Diagnóstica | 81 |
| <i>Resultado y análisis del cuestionario</i> | 81 |
| <i>Resultado y análisis de la Escala de Maslach</i> | 88 |
| <i>Análisis cualitativo de las entrevistas</i> | 93 |
| Propuesta de Intervención | 99 |
| <i>Objetivos de la intervención</i> | 99 |
| <i>Actividades</i> | 103 |
| <i>Programa de Actividades</i> | 116 |
| Evaluación de impacto | 117 |
| Bibliografía | 118 |
| Anexos | 125 |

PARTE I

Introducción

El presente Trabajo Final de Graduación corresponde a un Proyecto de Aplicación Profesional. El mismo, implica una intervención en una organización en base a un diagnóstico determinado. El objetivo es realizar un abordaje preventivo de una problemática determinada.

La problemática abordada en este caso es la existencia de síntomas de Síndrome de Burnout en mujeres que transitan la adultez intermedia, profesionales que trabajan en ámbitos de la salud. La propuesta es diseñar una estrategia de prevención para evitar que estos síntomas evolucionen hacia el Síndrome de Burnout.

Una de las variables con las cuales se operacionalizará la problemática es: el estrés laboral, un tipo de estrés característico en trabajadores de la salud es el Síndrome de Burnout y se pretende detectar síntomas del mismo en la muestra. Teniendo como premisa que estos síntomas disminuyen la calidad de vida laboral. Y como variables complementarias, la manera en que afectan estos síntomas (si es que se detectan) en la satisfacción y motivación de este grupo.

Se pretende diseñar una estrategia de prevención del Síndrome de Burnout aplicable a un laboratorio de análisis clínico que posea personal con estas características, a fin de mejorar la calidad de vida laboral de estas mujeres y prevenir que los síntomas se agraven, para que los centros de salud cuenten con personal idóneo para realizar las exigentes tareas diarias.

A continuación se presenta la Justificación del trabajo, con sus correspondientes antecedentes y contextualización, los objetivos del mismo, el Marco Teórico en el que se sustenta el proyecto y la presentación de la Organización donde se llevará a cabo, su historia, características y respectivos organigramas. En la segunda parte del trabajo se encuentra el diagnóstico realizado al Hospital y las problemáticas relevadas con la explicación de los instrumentos utilizados. La tercera parte corresponde la estrategia de intervención, resultados y conclusiones finales.

Justificación del tema

Actualmente la ley laboral exige que las mujeres se jubilen a los 60 años de edad y con 30 años de aportes a la caja de jubilaciones.

Pero ¿Qué pasa con aquellas mujeres (en edad adulta intermedia) de aproximadamente 50 años que hace 20 o 25 años que trabajan? ¿Están en condiciones físicas y psicológicas de realizar las mismas tareas que desempeñaban a los 25 o 30 años? ¿Poseen la misma fortaleza física y psicológica que en los primeros años? ¿Qué consecuencias producen estas exigencias en la salud de las personas? Será necesario reflexionar a cerca del trabajo de estas personas y la importancia de evitar que el mismo, se transforme en una carga o en una enfermedad crónica.

Se habla de mujeres específicamente, porque en el rango de edad comprendido entre los 45 y 60 años se da el surgimiento de la menopausia, crisis vital por la que transitan todas las mujeres, acarreando cambios físicos, psicológicos, familiares, laborales, etc.

Interesante será averiguar cuales son estos cambios, como influyen en el desempeño laboral de una mujer, en la motivación hacia la tarea y en el sentido y satisfacción que proporciona el trabajo, teniendo en cuenta además que se encuentran en una etapa pre jubilatoria. Además, verificar si hace 20 años atrás tenían el mismo sentimiento hacia el trabajo.

El proyecto se realizará en un hospital. Se eligió este ámbito, un laboratorio de análisis clínicos, porque es un lugar donde se requiere constante diligencia, rapidez y predisposición, para ejecutar las tareas diarias profesionales. Y porque trabajar con la salud genera un tipo de estrés particular en aquellos profesionales que se dedican a esto, donde la exposición permanente a situaciones emocionalmente demandantes pueden ocasionar agotamiento físico, mental y emocional. (Pines y Arosón 1988).

Resulta interesante estudiar este lugar porque es necesaria la salud física y mental de personas que trabajan con la salud de otras personas. Muchas mujeres que atraviesan el período de la menopausia o pre menopausia pueden sufrir algún tipo de depresión producto de los cambios hormonales y

psicológicos que trae aparejada, y esto puede influir negativamente en el ámbito laboral.

Por todo esto resulta sumamente importante que este grupo de trabajadoras de la salud, posea apoyo, contención psicológica y principalmente herramientas para poder abordar situaciones estresantes, no solo para lograr una buena la calidad de vida en su trabajo sino también para no perder el sentido de la tarea. Es decir, no esperar a que se manifiesten estos síntomas de estrés para realizar la intervención, sino prevenir que aparezcan, o evitar que los síntomas que ya existen se agraven.

Con esta propuesta se beneficiaría también la institución, ya que contaría con personas psíquicamente contenidas, motivadas para trabajar y comprometidas con la tarea. Factores que darían como resultado un mejor clima laboral y mayor productividad para la institución.

Contextualización del problema

Actualmente en el Hospital Militar Córdoba, en el servicio Laboratorio, hay un grupo de profesionales bioquímicas que trabajan allí hace más de 20 años. Las mismas están en el rango de adultez intermedia (se extiende de los cuarenta a los sesenta y cinco años). Por otro lado, hay un grupo de jóvenes profesionales que trabajan allí hace menos de 5 años y que realizan las mismas tareas que el grupo anterior, estas están en un rango de edad adulta temprana (se extiende de los 17 a 45 años).

Este grupo de personas realizan un trabajo relativamente rutinario. Esta situación puede llevar a que las mujeres de edad adulta intermedia, por los factores anteriormente nombrados y por la crisis vital o evolutiva por la que atraviesan, se sientan desmotivadas para realizar sus labores, a esto se suma que una tarea rutinaria de tantos años puede llevar a la pérdida de sentido del trabajo y a sufrir síntomas de estrés. Diferente es la situación de las mujeres mas jóvenes, que si bien realizan las mismas tareas, no poseen la antigüedad laboral de las anteriores, ni experimentan el cansancio y crisis vitales producidas por la edad.

Por todo esto es necesario que este grupo de personas cuente con apoyo terapéutico. Un abordaje preventivo, al grupo de mayor antigüedad, por parte de un psicólogo podría, además de mejorar la calidad de vida de estas mujeres, evitar la aparición del Síndrome de Burnout, y en el caso que ya existan síntomas del mismo, evitar que estos se evolucionen.

Actualmente esto es algo que no se implementa en el Hospital, pero que es sumamente necesario, las razones de esto se explicarán en profundidad y con detenimiento en secciones posteriores del presente trabajo. Así como también la manera en que se propone abordar la problemática.

Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud, 2002), los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. Se recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. Esa gestión debe considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales. (Gil-Monte, 2000).

Antecedentes

Mucho se ha investigado en los últimos años sobre la clínica de los trastornos climatéricos y sobre las crisis vitales que los acompañan, como por ejemplo del síndrome del nido vacío, la crisis por perder la capacidad reproductiva, la sexualidad en la mediana edad, etc. Pero no hay muchos estudios sobre como afecta la edad, el ámbito de trabajo y el tipo de tarea que se ejecuta, a la calidad de vida laboral de estas personas.

Levinson (1978) realizó estudios sobre el ciclo vital. En su trabajo explica con detalle las características de cada etapa de la vida, pero no establece relación alguna con el trabajo en estos ciclos.

En 1974 se comienza a estudiar el Síndrome de Burnout (Freudenberg). Relacionado principalmente a profesionales del ámbito de la salud, se realizan

estudios posteriores por Gil Monte en el año 2000. El Síndrome de Burnout se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en ámbitos y grupos ocupacionales diversos. Las exploraciones iniciales se realizaron en médicos y enfermeras/os, posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de Enfermería (Gil-Monte & Peiró, 1997). Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud. (Rios, Williams 2006)

Si bien existen numerosos trabajos donde se describen detalladamente las características de este Síndrome en relación al ámbito de la salud, no se considera específicamente a la población estudiada en el presente trabajo (bioquímicas en edad adulta intermedia que trabajan en un laboratorio de análisis clínico dentro de un Hospital), la mayoría de los trabajos estudian a médicos, enfermeras, cuidadores de ancianos, etc.

En el departamento de Ayacucho, estudios realizados en el Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena" y específicamente en enfermeras asistenciales, revelan que el 100% de profesionales presenta algún nivel de estrés (Rejas y Acori, 1998) y que el 71.4% experimenta sensación de sobrecarga laboral cualitativa y cuantitativa, con repercusiones negativas en su desempeño ocupacional y familiar (Arévalo, 2004).

Prieto y Robles (2002) en el estudio "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres (España)", determinaron que: "Un 50% presentaba alteraciones psicofísicas en los tres meses previos; el 33% soporta mucha burocracia. Las alteraciones en la esfera familiar y sociolaboral se asocian con los niveles elevados de despersonalización y agotamiento

emocional. La antigüedad, la conflictividad sociolaboral y familiar, se asocian con altos niveles de desgaste emocional".

Ibáñez y Vilaregut (2004), en el estudio "Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona, (España). Revista de Enfermería clínica", determinaron que: "El 71.4% de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas físicos y psíquicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada y éstos se correlaciona con el cansancio emocional y la despersonalización. Las enfermeras que desean cambiar su horario de trabajo (42.9%) o de profesión (32.9%) puntuaron más alto en la sub escala de cansancio emocional. Por tanto, el perfil epidemiológico de riesgo de padecer Burnout sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo". (Rios, Williams 2006)

Román (2003) en la investigación "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención". (Rios, Williams 2006)

Encomo, Paz y Liebster (2004), en la investigación titulada "Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería (Venezuela)", determinaron que: El síndrome de Agotamiento no está relacionado con una "Personalidad tipo"; se trata de rasgos de personalidad particulares asociados con la capacidad que tiene un sujeto de utilizar los recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente". (Rios, Williams 2006)

En Perú, estudios efectuados por Quiroz y Saco (1999) en la investigación "Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Salud del Cusco", determinaron que el Síndrome Burnout bajo se presenta en el 79.7% de médicos y 89% de enfermeras; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras, asociado a la jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. (Rios, Williams 2006)

Peralta y Pozo (2006) en la tesis "Factores asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Perú)", concluyeron en los siguientes aspectos: "El 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presenta Síndrome de Burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional".

Como se observa en los antecedentes las poblaciones más estudiadas con respecto a esta problemática pertenecen al ámbito de la salud, más específicamente enfermeros/as y médicos/as. Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. Consecuencias como la tasa de accidentes, la morbilidad y el ausentismo de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos de su entorno laboral, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas. (Gil – Monte, 2000)

Objetivos

General:

Implementar una estrategia de prevención desde la psicología, de posibles síntomas del Síndrome de Burnout, que se desarrollan de manera progresiva en el trabajo cotidiano de bioquímicas en adulta intermedia que trabajan en un laboratorio de análisis clínico.

Específicos:

1. Detectar síntomas de síndrome de Burnout en mujeres profesionales de edad adulta intermedia que trabajan en un laboratorio de análisis clínico en contacto directo con pacientes internados en estado de gravedad.
2. Detectar la ausencia o incipiente aparición de estos síntomas en mujeres profesionales de edad adulta temprana en el mismo ámbito laboral.
3. Disminuir, por medio de una estrategia de prevención la evolución de tales síntomas en las profesionales de edad adulta intermedia y/o proveer las técnicas necesarias para actuar ante la aparición de los mismos.
4. Lograr mejoras concretas y factibles de ser evaluadas, en las condiciones laborales del grupo en estudio.

Marco Teórico

El presente trabajo tiene como principal objetivo, detectar síntomas de síndrome de Burnout en mujeres de edad adulta intermedia que trabajan en un laboratorio de análisis clínico en contacto directo con pacientes internados en estado de gravedad y cotejar esta información con un grupo de jóvenes profesionales en edad adulta temprana que realizan la misma labor, para poder así, prevenir la evolución o desarrollo de estos síntomas. Esto con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida laboral.

Estas variables se tendrán en cuenta en una población de mujeres en edad adulta temprana por un lado (de 17 a 45 años), y por el otro en un grupo de mujeres en edad adulta intermedia (de 40 a 65 años), por lo que también es necesario en este caso definir los cambios físicos que trae aparejados la edad, el climaterio, la menopausia y la etapa laboral en la que se encuentra este grupo de mujeres, ya que hay que recordar que es una edad próxima a la jubilación y esto es algo que influye en la concepción subjetiva hacia el trabajo.

Por otro lado, tener en cuenta la etapa personal y laboral por la que pasan las mujeres en edad adulta temprana (de 17 a 45 años) y las diferencias físicas y psicológicas existentes entre los dos grupos.

Principales Variables del Marco Teórico:

- 1- Períodos del Ciclo Vital.
- 2- Cambios producidos por la edad.
 - Cambios físicos.
- 3- Crisis Vital.
 - Concepción Sistémica.
 - Concepción Psicoanalítica.
 - Menopausia como crisis vital.
- 4- Menopausia.
 - Climaterio.
 - Premenopausia.

Post menopausia.

Clínica de los trastornos climatéricos.

Conducta sexual.

Aspectos psicológicos de la mujer menopáusica.

5- Características de la etapa laboral.

6- Estrés.

Estrés en el trabajo.

Síndrome de Burnout.

7- Calidad de Vida Laboral

8- Satisfacción Laboral.

9- Motivación.

Periodos del Ciclo Vital

La idea de ciclo vital sugiere la existencia de un orden subyacente al curso de la vida humana, desde la concepción a la vejez. Aunque cada vida individual es singular, todas atraviesan básicamente la misma secuencia. Esto tiene una importancia decisiva en la concepción de la vida humana, ya que la significación de los sucesos y relaciones particulares va a estar muy influida por la fase del ciclo vital en la que ocurren. (Levinson, 1989)

La vida adulta, al contrario de lo que ocurre en la niñez o adolescencia, está fundamentalmente marcada por acontecimientos sociales, por cambios en la estructura de los roles, por demandas y exigencias que emanan no tanto de las capacidades y/o características biológicas como de las consecuencias que se derivan de la asunción de importantes tareas sociales. (Blanco 1991)

Daniel j. Levinson (1989) en su teoría sobre el ciclo vital habla sobre las Eras que componen el período de la vida, las mismas son:

➤ *Preadulthood*, se extiende desde el nacimiento hasta los 22 años aproximadamente.

➤ *Adulthood temprana*, se extiende aproximadamente desde los 17 a los 45 años.

El adulto joven ha alcanzado la plena madurez corporal y se haya en plena posesión de sus funciones psíquicas. Desde un punto de vista psicosocial, esta edad se caracteriza por la separación real e intrapsíquica de la familia de origen y el compromiso con nuevas tareas específicas. Termina por resolver la dependencia infantojuvenil, establece la confianza en si mismo y comienza a formular nuevos objetivos adultos que inducen nuevas estructuras destinadas a promover la estabilidad y continuidad. (Zapata García, Cano Proas, Moyá Querejeta, 2002).

El trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad y progresión intrapsíquica. Sentirse productivo y competente es parte importante del autoconcepto y de la identidad psicosocial. (Zapata García, Cano Proas, Moyá Querejeta, 2002)

El adulto tiene que desarrollar, específicamente en el ámbito laboral (pero también en cualquier otro), el compromiso fundamental de esta edad que es la “generatividad” (generación de nuevos productos, nuevas ideas). La generatividad incluye tanto el interés altruista por la productividad como la creatividad, que facultan para convertirse en mentor y modelo de la próxima generación. (Erikson, 2000)

“El hombre se siente poseído por el afán de producción y por los intereses objetivos. Quiere ser eficaz y tener éxito (...) lo que le falta de fuerza de voluntad juvenil lo suple con una mayor concentración de la misma: constancia, perseverancia, resistencia y fortaleza. La clara determinación de los fines a que aspira, junto con la seguridad, experiencia y rutina que ha adquirido, lo capacita para el máximo rendimiento profesional” (Remplein, 1968)

El desarrollo de la creatividad, proporciona al trabajo y al resto de las tareas de esta edad, alicientes de disfrute, satisfacción de las necesidades de sabiduría, originalidad y sentimientos de plenitud y progreso personal. Por otra parte la creatividad favorece también la flexibilidad y el desempeño equilibrado de la multiplicidad de papeles y actividades que en esta época recaen sobre el individuo. (Zapata García, Cano Proas, Moyá Querejeta, 2002)

➤ *Aduldez Intermedia*, que comienza a esbozarse antes que termine la adultez temprana, se inicia aproximadamente a partir de los 40 años y se

extiende hasta los 65 años. La transición de la mitad de la vida, de los cuarenta a los cuarenta y cinco años, es un período evolutivo que vincula las dos eras y forma parte de ambas. La adultez intermedia dura aproximadamente hasta los 65 años.

Durante esta era las capacidades biológicas están por debajo de las de la adultez temprana. En todas las sociedades, las personas de entre 45 y 65 años forman la “generación dominante”. En las instituciones sociales, el liderazgo principal proviene de esta generación.

A menos que la vida se encuentre especialmente obstaculizada, en estos años la mayoría de los adultos llegan a ser miembros mayores de su mundo particular, independientemente de lo grande o modesto que sea este. Son responsables no solamente de su propio trabajo, y quizá del trabajo de otros, sino también de la evolución de la generación actual de adultos jóvenes. (Levinson, 1989)

En la adultez intermedia se puede llegar a ser más compasivo, reflexivo y juicioso, a estar menos tiranizados por conflictos y exigencias externas, a amar con más autenticidad, tanto a uno mismo como a los otros. Sin esta clase de evolución se hablaría de una adultez intermedia hecha de trivialidad, estancamiento y declive. Por esto el paso a la adultez intermedia es una fase decisiva en la evolución adulta. (Levinson, 1989)

Se habla de dos cambios de importantes repercusiones durante esta etapa: uno de características físicas que conduce a decisivas modificaciones en la cognición y percepción, y otros psicosociales que acontecen en los roles sexuales, y son cambios que, según todos los indicios, provienen de las nuevas situaciones hormonales creadas a raíz del climaterio y de la variación de las demandas y exigencias sociales. (Bee y Mitchell, 1980)

Este cambio en el rol sexual conduce a manifestaciones más afiliativas y afectivas en los hombres, a la incorporación de características femeninas en su personalidad, mientras que las mujeres aparecen como más asertivas y agresivas. (Bee y Mitchell, 1980)

Cambios producidos por la edad.

Durante la mediana edad, las personas empiezan a notar cambios en el aspecto y en el funcionamiento físico. Todos los pequeños cambios que empezaron a principios de la edad adulta han ido progresando paulatinamente. Las personas mayores tienden a reaccionar más lentamente que las jóvenes y les cuesta más aprender algo nuevo. (Hoffman, 1996)

La fortaleza física suele disminuir con la edad, los músculos ya no tienen tanta fuerza o rapidez como solían, en parte debido a que la masa muscular empieza a encogerse tras cumplir los 40 años. Este encogimiento puede ser resultado de una vida sedentaria, y puede ser acompañado de un aumento de grasa muscular. (Hoffman, 1996)

Se observan también declives en la velocidad de reacción. Puede pasar que las personas de mediana edad traten de evitar trabajos que requieran velocidad y buscar ocupaciones en la que puedan seguir su propio ritmo.

El envejecer está asociado con los cambios en el cerebro y sistema nervioso. Los cinco sentidos se vuelven menos agudos, lo que hace que el acceso al conocimiento que los rodea sea más difícil de obtener, la mayoría de las personas necesita más tiempo para procesar la información. (Hoffman, 1996)

En la mediana edad se comienzan a observar cambios en la vista, la misma comienza a descender y la mayoría de las personas necesita usar gafas a partir de los 40 años. (Hoffman, 1996)

La capacidad de oír tonos de alta frecuencia comienza a descender a partir de los 45 años. Algunas personas tienen dificultad, esforzándose para seguir una conversación con un ruido de fondo, cuando las palabras se superponen o interrumpen o cuando se habla de prisa. (Hoffman, 1996)

Se observa también un envejecimiento del sistema nervioso, se manifiesta en una lentitud que parece afectar a todo tipo de conducta. No se ha podido determinar exactamente que tipo de cambio biológico es el responsable de la lentitud en la ejecución de las acciones. Según la hipótesis de la lentificación periférica, el envejecimiento en el sistema nervioso periférico es el

responsable de esto. (Salthouse, 1989). Al señalar los cambios sensoriales que acompañan al envejecimiento, se deduce que la calidad de transmisión decrece, lleva más tiempo conseguir estimulación del entorno para alcanzar el cerebro y para que las órdenes del mismo lleguen a los músculos y los activen.

Otra hipótesis que explica la lentificación es la hipótesis de lentitud generalizada (Cerella, 1990). Según esta, el proceso se lentifica a través de cerebro, así como el sistema nervioso periférico. Si la lentificación estuviera confinada al sistema nervioso periférico, las diferencias en la velocidad entre los jóvenes y los mayores serían las mismas en tareas simples y complicadas. En ambas la transmisión de información sensorial y órdenes motoras llevarían el mismo tiempo; la complejidad se encuentra en el procesamiento de la información dentro del cerebro. A medida que las tareas son más complicadas, aumentan las diferencias en la edad, lo que da a entender que la actividad del sistema nervioso central también se lentifica con los años.

Todo esto indica que los cambios típicos de la edad pueden no indicar una pérdida en la capacidad de pensar, sino una lentificación en el índice del pensamiento inteligente. (Hoffman, 1996)

Muchos de los cambios que se producen a esta edad en las personas son comunes en ambos sexos, pero en las mujeres (en edad adulta intermedia), específicamente, comienzan a producirse cambios hormonales que pueden traer consecuencias conductuales. Se habla de la menopausia, y se podría afirmar que es una crisis vital por la que pasan todas las mujeres.

Crisis vital: CRISIS porque se pierden estructuras deterministas que dan seguridad y se pone ante el peligro de lo desconocido y VITAL porque dicha transformación consiste en la creación de algo naciente en cada ciclo de la vida, o situación traumática asumida (Fernández Mouján, 1989).

La concepción *sistémica* entiende a la crisis como una alteración del equilibrio. El organismo busca reestablecer la estabilidad perdida introduciendo modificaciones estructurales, como resultado de lo cual se saldrá transformado, sobreadaptado o desorganizado. La crisis se produciría cuando los problemas

superan las fuerzas reequilibradoras más tiempo de lo tolerable (Kaplan y Sadok, 1968).

La concepción *psicoanalítica* de crisis realiza énfasis en la descripción del trabajo de duelo. El énfasis de la crisis recae sobre objetos, que será catectizados o descatectizados en el marco de una estructura. Es el pasaje de una estructura narcisista dual a otra edípica triangular y abierta a lo social, pasaje que se hace por pérdida del equilibrio estructural y la intervención de defensas que buscan reestablecer el equilibrio amenazado por las ansiedades paranoides y depresivas. (Kaplan y Sadok, 1968)

Así como la adolescencia es la crisis vital por la que atraviesan los jóvenes cuando comienzan a producirse los cambios corporales y psicológicas propios de la edad, las mujeres adultas atraviesan por otra crisis vital llamada menopausia, más específicamente climaterio, ya que tiene una duración aproximada de 10 a 15 años. En este período se producen numerosos cambios en el organismo y psiquis de una mujer:

Menopausia: Amenorrea definitiva. Cesación del flujo menstrual. Período climatérico, largo período de inestabilidad humoral, que la mujer debe atravesar antes de adquirir una nueva forma de serenidad. (Pérez López, 2003)

Climaterio: Período de 10 a 15 años que se extiende desde la declinación de la madurez sexual hasta la senectud (vida senil). En este lapso ocupa un lugar destacado la cesación fisiológica definitiva de la menstruación o menopausia. Climaterio y menopausia no son términos sinónimos. (Pérez López, 2003)

En el climaterio se pueden distinguir dos fases:

- 1- Premenopausia: Tiempo que transcurre desde el comienzo de la decadencia de la función ovárica, hasta la última menstruación.
- 2- Posmenopausia: Intervalo que se inicia con la última regla y se esfuma al agotarse la función endócrina del ovario. (Pérez López, 2003)

Al climaterio se lo ha considerado una edad crítica por los trastornos que aparecen en esos años. Así como en el transcurso de la adolescencia el organismo se va adaptando a los continuos cambios que la nueva actividad

hormonal provoca hasta llegar al equilibrio que se logra en la madurez sexual, el climaterio ocasiona en sentido inverso un proceso sexual involutivo, cuya sintomatología consiste en el síndrome climatérico.

La intensidad de la sintomatología climatérica está condicionada en gran parte por el temperamento de la mujer, por las enfermedades sufridas anteriormente, por la normalidad o no de su vida sexual, por su capacidad emocional, etc. De ahí su diversidad, que va de la simple molestia hasta las perturbaciones tumultuosas que pueden configurar un cuadro patológico. Esto hace que para asistir correctamente a una mujer climatérica, se deba conocer las diversas facetas de su vida afectiva, sexual, económica, social, laboral, etc. Porque se debe entender a la mujer como una totalidad, con una atención totalizadora. (Pérez López, 2003)

Clínica de los trastornos climatéricos

Diversas afecciones preexistentes se ponen de manifiesto en esta época, ya sea porque se agudizan al agregarse otros factores de disturbio, o bien porque se los descubre accidentalmente al consultar al médico por molestias climatéricas. (Pérez López, 2003)

Alteraciones menstruales: en la premenopausia, las alteraciones menstruales constituyen el síntoma más importante de esta fase, que se manifiesta aproximadamente tres años antes de la menopausia. (Pérez López, 2003)

La causa principal del proceso climatérico es la acentuada disminución de estrógenos que traerá consecuentemente la amenorrea. Años antes de la menopausia comienza el desequilibrio del sistema neurovegetativo responsable, en gran parte de la sintomatología, el cual se normaliza varios años después, a veces en la senectud. (Pérez López, 2003)

Como consecuencia de la deficiencia de estrógenos, se producen alteraciones somáticas, a las que se asocian trastornos de índole subjetivo, psíquicos, etc. de variada intensidad.

Alteraciones somáticas: solo después de la menopausia se comprueba la progresiva involución del aparato genital:

- La turgencia de los genitales externos disminuye.
- Cambios en la vagina, se reduce.
- El cuerpo del útero se empequeñece gradualmente.
- Las trompas pierden su actividad. Los ovarios reducen su volúmen.

Trastornos nerviosos y psíquicos: La irritabilidad es un estado casi habitual en el climaterio que se evidencia ante acontecimientos que antes eran tomados con indiferencia. (Pérez López, 2003)

Un síntoma frecuente es el insomnio, éste, al perturbar el descanso crea condiciones favorables para aumentar el estado de irritabilidad nerviosa.

Mareos y vértigos se producen con relativa frecuencia. Son comunes también el adormecimiento de dedos de las manos y pies, aunque pueden afectar otras zonas cutáneas.

Algunas mujeres sufren cefalea, a veces persistentes y otras temporales. El debilitamiento de la memoria es un trastorno común.

Los trastornos psíquicos más típicos del climaterio son la ansiedad, los cambios de carácter, reacciones depresivas (tristeza, desaliento, crisis de llanto) o hipocondríacas. En casos muy raros se producen manifestaciones psicóticas. (Pérez López, 2003)

Conducta sexual

Esta crisis por la que atraviesa la mujer suele coincidir con el síndrome del nido vacío, los hijos presuntamente ya no la necesitan y por lo tanto necesita reubicarse. Es la etapa en que la mujer se ubica en los ámbitos sociales de pertenencia, o en cualquier actividad social que la haga sentir justificada en su existencia social. (Pérez López, 2003)

Del mismo modo debe reencontrarse con su pareja, reencontrarse con su intimidad, que no es la misma que al comienzo del matrimonio o cuando los hijos eran chicos. Muchos matrimonios que se mantuvieron unidos por la presencia de los hijos, suelen terminar en esta época de la vida, y esto resulta

ser un segundo trauma para la mujer, que no encuentra en su pareja el apoyo que necesita, lo que puede conducir a que disminuya la autoestima para ella, aún más de lo que disminuye dada la crisis vital por la que atraviesa. (Pérez López, 2003)

Aspectos Psicológicos de la mujer menopáusica

La menopausia es hoy una “crisis vital de la mujer joven” (45 a 60 años). Se dice mujer joven, porque la mujer climatérica es activa, con vivencias, con experiencias que pueden ser enriquecidas y que también enriquecen al resto de la comunidad. (Pérez López, 2003)

En esta etapa la mujer debe competir con la apología actual de la juventud, debe enfrentar los mitos sobre envejecer que surgen en este momento de la vida. El miedo a envejecer es triple: La mujer no es ni un objeto, ni un niño ni una mujer. No es más un objeto porque ya no será mirada, deseada ni amada. Respecto de que no es más un niño se refiere a la dependencia, los hijos crecen y comienzan a formar su propia familia. La relación de pareja ya no es la misma, su agresividad no es contenida como solía serlo, entonces la ejerce sobre su esposo. (Pérez López, 2003)

Las hormonas producen una función moduladora sobre el cerebro, ejerciendo síntomas y signos, pero las crisis vitales van más allá del cuerpo.

La menopausia es un hito en la vida femenina como lo fue la primera menstruación. Existe una falta de coincidencia sobre el impacto emocional que ocurre entre las diferentes mujeres al perder la capacidad reproductora. La identificación sociocultural de la maternidad como único fin de la mujer se transforma. El haber tenido o no hijos y ser éste hecho una decisión tomada en forma satisfactoria permite la aceptación del duelo a la fertilidad perdida. No es lo mismo “no querer” a ya no “poder”. (Pérez López, 2003)

Esta crisis es mucho más evidente que la de la adolescencia porque ocurre después que el organismo ha pasado su madurez y ha soportado las numerosas y, a veces, graves tensiones a que fue sometido en el diario vivir, y se llega así con el cuerpo y el espíritu a veces cansados.

Todos estos cambios físicos y psicológicos influyen determinantemente sobre la vida de una mujer, ya que, situaciones puntuales pueden ayudar o no a que estos cambios sean más soportables

Características de la etapa laboral.

En la adultez temprana, la persona tiene que desarrollar, específicamente en el ámbito laboral (pero también en cualquier otro), el compromiso fundamental de esta edad que es la “generatividad” (generación de nuevos productos, nuevas ideas). La generatividad incluye tanto el interés altruista por la productividad como la creatividad, que facultan para convertirse en mentor y modelo de la próxima generación. (Erikson, 2000)

El trabajo ocupa una considerable porción de la vida de un adulto y su influencia abarca casi todos los aspectos de la misma. Define la posición en la sociedad, y si se tiene suerte, da significado y proporciona una actividad satisfactoria. El concepto de yo está tan vinculado al trabajo que la mayor parte de las personas se definen a sí mismas según la labor que desempeñan. (Perlmutter y Hall, 1992).

Como se dijo anteriormente, el desarrollo de la creatividad, proporciona al trabajo y al resto de las tareas de esta edad, alicientes de disfrute, satisfacción de las necesidades de sabiduría, originalidad y sentimientos de plenitud y progreso personal. Por otra parte la creatividad favorece también la flexibilidad y el desempeño equilibrado de la multiplicidad de papeles y actividades que en esta época recaen sobre el individuo. (Zapata García, Cano Proas, Moyá Querejeta, 2002)

En la adultez intermedia no es solo el clímax por la única etapa por la que pasa una mujer, en el ámbito laboral se encuentran en la fase de **Pre jubilación** que se caracteriza por comenzar a separarse emocionalmente del trabajo y a fantasear sobre la vida de jubilado. Esto significa que las personas de esta edad ya no ven en el trabajo un ámbito para desarrollarse, ni siquiera ven en este lugar el futuro, al contrario, es la etapa donde ansían dejar de

trabajar y tener tiempo para dedicarse a las cosas que realmente desean. (Hoffman, 1996)

El lugar que tiene el trabajo en la vida de muchas personas sufre un giro decisivo en esta edad, la ocupación continúa siendo importante, pero la actitud hacia el mismo puede que cambie. (Hoffman, 1996)

La realidad indica que las mujeres deben jubilarse a los 60 años, entonces hay que pensar que pasa con la tolerancia a situaciones estresantes y la capacidad de poder afrontar las mismas, ya que como se observó anteriormente, ni el cuerpo ni la psiquis poseen la misma fortaleza que en la adultez temprana. Sin embargo la población en estudio tiene las mismas exigencias que tenían hace 20 años atrás.

Estrés:

La definición que plantea el diccionario de la Real Academia Española (2001) de estrés es:

“Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar”.

No todos los autores coinciden con esta definición, Miller (1953) (citado por Lazarus y Folkman, 1984) en el campo de la psicología y la sociología, define estrés como “Cualquier situación vigorosa, externa o inusual que, representando una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta”.

El uso del término estrés se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste el mismo. Al revisar la amplia literatura sobre el tema, se encuentran multitud de definiciones, algunas de las cuales lo abordan indistintamente desde la perspectiva del estrés como estímulo, como respuesta o como consecuencia. Sin entrar a polemizar teóricamente sobre su definición, se aborda el estrés como: la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores, (Hans Selye, 1936).

Se utiliza el término "respuesta de estrés" al referirse a la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda, y el término de "estresor" o

"situación estresante" referida al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés. (Hans Selye, 1936).

En un principio el estrés fue considerado unidimensional, o sea, un continuo entre alto y bajo, pero tanto Hans Selye (1980) como Lazarus (1980), influyeron para que el estrés fuera considerado como un concepto multidimensional.

En la actualidad han cobrado auge las teorías interaccionistas del estrés, que plantean que la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Es decir, depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él (Lazarus y Folkman, 1984), o avanzando un poco más, de las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas (Lazarus y Folkman, 1984).

Según Benjamin Stora "el estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo". Este instinto es bueno en emergencias, pero éste puede causar síntomas físicos si continúa por mucho tiempo.

Según estudios recientes el estrés (Belloch y Sandin, 1995):

- Debilita el sistema inmunológico,
- Aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas y cáncer,
- Influencia nuestro ánimo y nuestro funcionamiento,
- Distorsiona el ciclo normal del sueño,
- Contribuye al desarrollo de disfunciones sexuales,
- Destruye las relaciones interpersonales,
- Produce una sensación general de insatisfacción. (Belloch y Sandin, 1995)

En cambio, si por un largo tiempo se padece de estrés elevado, los efectos pueden ser más severos (Belloch y Sandin, 1995):

- Fatiga y agotamiento
- Depresión
- Cansancio extremo
- Colapso nervioso

El estrés puede ser causado por el estilo de vida o de trabajo de cada uno, como por el medio que nos rodea y hasta la comida y bebida que ingerimos. Entre las fuentes del estrés se encuentran (Belloch y Sandin, 1995):

- Estrés por instinto de conservación.
- Estrés debido a la ansiedad.
- Estrés ambiental.
- Estrés por trabajo y estilo de vida.
- Estrés debido a fatiga y por trabajo en exceso.
- Estrés por personalidad tipo A.

El **estrés de trabajo** se puede definir como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador. El estrés de trabajo puede llevar a la mala salud. (NIOSH,1999)

El concepto del estrés de trabajo muchas veces se confunde con el desafío, pero estos conceptos no son iguales. El desafío nos vigoriza psicológicamente y físicamente, y nos motiva a aprender habilidades nuevas y llegar a dominar nuestros trabajos. Cuando nos encontramos con un desafío, nos sentimos relajados y satisfechos. Entonces el desafío es un ingrediente importante del trabajo sano y productivo. Probablemente a la importancia del desafío en nuestra vida de trabajo refieren los que dicen “un poco de estrés es bueno.”(NIOSH, 1999).

Importante es aclarar en este sentido, como interviene el componente cognitivo individual, ya que la interpretación que se puede adjudicar a la frase, anteriormente citada, depende de la manera de afrontar las diferentes situaciones laborales de cada persona. Está condicionada también por la tolerancia a la frustración que posee cada individuo, ya que, mientras algo que

para algunos significa un pequeño desafío y produce motivación, para otros puede ser motivo de una gran tensión que provoque estrés. Algunas personas perciben la presencia de un desafío como presión y esto es lo que genera tensión. Por lo tanto en este sentido, dejaría de ser producto de motivación y relajación, sino todo lo contrario; y cuando es así, influye de manera negativa en el desempeño laboral.

Importante es preguntarse en este sentido, si un individuo en edad adulta intermedia, y que hace 25 años que trabaja con la salud de otras personas, posee la misma tolerancia a la tensión producida por factores cotidianos del trabajo, que una persona de 25 o 30 años de edad que tiene toda su energía avocada a su trabajo. En otras palabras, ¿Puede afrontar, este grupo de personas, las mismas exigencias laborales cotidianas, que afrontaban hace 25 años? En el caso de que la respuesta sea positiva, ¿Qué consecuencias produce a nivel individual?

Un problema común en trabajadores de la salud referido al estrés, y que ha sido estudiado en los últimos años, es el Síndrome de Burnout o Síndrome de quemarse por el trabajo.

¿Qué sucede cuando la situación valorada o percibida como estresante se vuelve crónica? ¿Cuándo ya deja de ser una situación la estresante y se convierte en un continuum de presiones ambientales y personales?

Es en este momento cuando surge el concepto de Burnout. El Síndrome de Burnout aparece cuando un sujeto esta sometido a una situación crónica de estrés o de presiones que llevan a una sobre exigencia. Esta situación compleja lleva al sujeto por diferentes estadios, hasta llegar a un nivel irreversible que puede alcanzar desde el abandono de la carrera profesional al suicidio.

El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout):

Se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse

emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. (Gil Monte, 2000)

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización, por ejemplo, ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad de trabajo. (Gil Monte, 2000)

Se trata de un Síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach (1974), estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de la salud, calificó a los afectados de “Sobrecarga emocional” o síndrome del Burnout (quemado.) Esta autora lo describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

A principios de los 80, el fenómeno Burnout es casi exclusivamente estudiado en EEUU, gradualmente se incorporan a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, hasta el momento actual, en el que podemos encontrar estudios por todo el mundo. (Rios, Williams 2006)

La literatura actual se caracteriza fundamentalmente por los siguientes aspectos:

- a. Se sigue estudiando el Burnout dentro de ocupaciones laborales de servicios humanos aunque la variedad de profesiones se amplía constantemente.
- b. El concepto de Burnout se extiende a otro tipo de ocupaciones así como a áreas no ocupacionales como (mundo de negocios, deportes, política, ámbito familiar, etc.).
- c. La mayoría de los estudios tienden a focalizar más su atención sobre factores relacionados directamente con el trabajo que con otro tipo de variables. (Rios, Williams 2006).

Modelos explicativos del Burnout

- a. **Modelo clínico.** Desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1974), empleó por vez primera el término Burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. Este enfoque sostiene que Burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.

En esta misma línea, Fischer (1983) consideró el Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988), lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Este estado según estos autores iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de

desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

- b. **Modelo psicosocial.** Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981 y 1986) argumentan que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características:

- **Agotamiento emocional:** Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder más de sí mismo a los demás. (Maslach y Jackson 1981 y 1986). *“Se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. (Gil Monte, 2000)”*

- **Despersonalización:** Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e

incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

- Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal: Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados. De lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

- Gil Monte añade a estas tres dimensiones una cuarta: Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. (Gil Monte,2000)

Manifestaciones clínicas

En cuanto a los síntomas, diversos autores (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980 y Maslach, 1982) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas:

- Síntomas psicósomáticos: Destacan los dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.
- Síntomas conductuales: Engloba síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc.
- Manifestaciones emocionales: El distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima. (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980 y Maslach, 1982)
- Síntomas defensivos: Los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable (Álvarez y Fernández, 1991).

Factores asociados al Síndrome de Burnout

- **La edad** parece no influir en la aparición del síndrome.
- Según **el sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas

especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (Barría, 2002)

- **El estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. (Barría, 2002)
- **La turnicidad laboral** y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor. (Barría, 2002)
- Sobre **la antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. (Barría, 2002)

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de

Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. (Barría, 2002)

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, 1997):

- a) En el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.
- b) En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.
- c) Desde un *nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la

dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

- d) Por último, en el *entorno social*, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.)

Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998) han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional.

Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de tal forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, manifestándose como enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, ausentismo, rotación no deseada, abandono, etc.).

Susana Albanesi de Nasetta (2004), plantea diferentes estadios y los caracteriza diciendo: "(...) el Síndrome de Burnout tiene varios estadios que la persona afectada va pasando sucesivamente del entusiasmo al estancamiento, luego a la frustración y finalmente la apatía. Además, como el Burnout presenta

síntomas semejantes a los que se dan en los casos de cuadros depresivos, pueden afectar todos los aspectos de la vida personal”.

Calidad de vida Laboral:

“La Calidad de vida Laboral implica diferentes cosas para diferentes personas. Para algunos se refiere a la democracia industrial, un incremento de la participación de los trabajadores en la toma de decisiones corporativas, o una culminación de los objetivos del movimiento de las relaciones humanas de hace dos décadas. Para otros especialmente desde el management, el término sugiere una variedad de esfuerzos para mejorar la productividad a través de la mejora en lo humano antes que en el capital o en lo tecnológico. Los sindicatos y los representantes sindicales a menudo ven los cambios en la calidad del vida en el trabajo como un avance hacia una mas equitativa distribución de lo ingresos y de los recursos de la organización del trabajo, así como hacia unas más humanas y saludables condiciones de trabajo. Alternativamente, algunos líderes sindicales sospecharán que los esfuerzos por mejorar la calidad de vida laboral son poco más que intentos para obtener una mayor productividad de los trabajadores sin incrementar los salarios. Finalmente muchos verán la calidad de vida, o bien muy vinculada o bien un termino mas amplio y actualizado de satisfacción laboral, humanización del trabajo o individualización del trabajo. De esta forma, los esfuerzos por mejorar la calidad de vida laboral son vistos como muy afines a programas de desarrollo organizacional” (Suttle, 1977).

La calidad de vida laboral es la oportunidad para todos los empleados, a todos los niveles de la organización de influenciar eficazmente su propio ambiente de trabajo a través de la participación en las decisiones que afectan el mismo, logrando así una mayor autoestima, realización laboral y satisfacción en su trabajo. (Mateu, 1984)

La calidad de vida laboral se refiere al carácter positivo o negativo de un ambiente laboral. La finalidad básica es crear un ambiente que sea excelente para los empleados, además de que contribuye a la salud económica de la organización. Los elementos de un programa típico comprenden muchos

aspectos como: comunicación abierta, sistemas equitativos de premios, interés por la seguridad laboral de los trabajadores y la participación en el diseño de puestos. Los programas de vida laboral ponen en relieve el desarrollo de habilidades, la reducción del estrés ocupacional, y el establecimiento de relaciones más cooperativas entre la dirección y los empleados. (Navajas Adan 2003).

La calidad de vida laboral está compuesta por los siguientes factores:

Autonomía: definida como el grado en el cual un individuo tiene influencia sobre su trabajo.

Rutina: Grado en el cual la tarea es rutinaria.

Riesgos Laborales: el grado en el cual los empleados son expuestos a condiciones de trabajo perjudiciales.

Ambigüedad de rol: grado en el cual las expectativas que conlleva el puesto de trabajo no son claras.

Conflicto de rol: Grado en el cual las expectativas de rol del empleado son incompatibles.

Sobrecarga de trabajo: cuando el rendimiento requerido de un puesto de trabajo es excesivo.

Soporte del supervisor: grado de consideración del supervisor inmediato.

Soporte de los compañeros: grado de consideración expresado por los compañeros. (Navajas Adan 2003).

Una de las críticas que se le hace al término Calidad de vida laboral es su alejamiento y falta de precisión con respecto a la productividad, cuando lo cierto, es que la calidad de vida laboral desde un origen eminentemente humanista, acabó transformándose en un instrumento de dominación y control de los trabajadores, centrado en el incremento de la productividad. (Navajas Adan 2003).

Satisfacción laboral: Locke (1976) definió la satisfacción laboral como un "estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto".

En general, las distintas definiciones que diferentes autores han ido aportando desde presupuestos teóricos no siempre coincidentes reflejan la multiplicidad de variables que pueden incidir en la satisfacción laboral: circunstancias personales, circunstancias del trabajo, balance entre lo obtenido y lo esperado de ambas.

- Estas características personales son las que acabarán determinando los umbrales personales de satisfacción e insatisfacción. Aspectos como la propia historia personal y profesional, la edad o el sexo, la formación, las aptitudes, la autoestima o el entorno cultural y socioeconómico van a ir delimitando unas determinadas expectativas, necesidades y aspiraciones respecto a las áreas personal y laboral, las cuales, a su vez, condicionarán los umbrales mencionados.(Pérez Bilbao, Hidalgo Vega, 2006)

La satisfacción laboral ha sido estudiada en relación con diferentes variables en un intento de encontrar relaciones entre aquella y éstas. Diferentes estudios han hallado correlaciones positivas y significativas entre satisfacción laboral y:

- Buen estado de ánimo general y actitudes positivas en la vida laboral y privada.
- Salud física y psíquica. La insatisfacción laboral correlaciona de forma positiva con alteraciones psicósomáticas diversas, estrés, cansancio, etc.
- Conductas laborales. Se han encontrado correlaciones positivas entre insatisfacción y ausentismo, rotación, retrasos, etc.(Pérez Bilbao, Hidalgo Vega, 2006)

Un aspecto sobre el que no se ha podido establecer conclusiones claras y comúnmente aceptadas es la relación entre satisfacción laboral y productividad o rendimiento en el trabajo.

Una de las teorías que más ha influido en el área de la satisfacción laboral es la formulada por Herzberg (1959), denominada teoría de los dos factores o teoría bifactorial de la satisfacción.

Herzberg postuló la existencia de dos grupos o clases de aspectos laborales: un grupo de factores extrínsecos y otro de factores intrínsecos. Los primeros están referidos a las condiciones de trabajo en el sentido más amplio, tales como el salario, las políticas de empresa, el entorno físico, la seguridad en el trabajo, etc. Según el modelo bifactorial estos factores extrínsecos sólo pueden prevenir la insatisfacción laboral o evitarla cuando ésta exista pero no pueden determinar la satisfacción ya que ésta estaría determinada por los factores intrínsecos, que serían aquellos que son consustanciales al trabajo; contenido del mismo, responsabilidad, logro, etc.

El modelo planteado por Herzberg señala que la satisfacción laboral sólo puede venir generada por los factores intrínsecos (a los que Herzberg llamó "factores motivadores") mientras que la insatisfacción laboral sería generada por los factores extrínsecos (a los que Herzberg dio la denominación de "factores higiénicos").

Motivación: la motivación comprende aquellos factores (impulsos internos y fuerzas externas) capaces de provocar, dirigir y mantener la conducta hacia un objetivo. (Arana Mayorca 2004).

Conocer los móviles de la motivación es tan complejo como compleja es la naturaleza humana. Si analizamos los motivos por los cuales una persona trabaja o aporta su esfuerzo a una organización, encontraremos que existen muchos factores, desde querer tener dinero que le permita por lo menos cubrir sus necesidades básicas, hasta aspiraciones superiores como la autorrealización. (Arana Mayorca 2004).

Para acercarnos a la comprensión de la motivación se debe tener en consideración el aspecto socio-cultural de la sociedad donde se desenvuelve el trabajador y por otro lado, la individualidad de éste. Sucede que lo que una persona considera recompensa importante, otra persona podría considerarlo como inútil. Pues, las personas difieren enormemente en el concepto y la forma

de percibir las oportunidades de tener éxito en el trabajo. (Arana Mayorca 2004).

Ha quedado demostrado en diferentes investigaciones que el efecto del incremento de remuneraciones no necesariamente eleva la productividad. Al respecto, Herzberg señala que las necesidades de nivel bajo, el sueldo entre ellos, quedan satisfechas rápidamente, y una vez que están satisfechas, la única manera de motivarla es ofrecer más de lo mismo. Por lo tanto, se convierte en un círculo vicioso.

Hasta aquí se ha hablado de dos tipos de motivos, los extrínsecos y los intrínsecos. Pero hay un tercer tipo de motivos, a los que Pérez López, citado por Velaz Rivas, ha bautizado motivos trascendentales y se refiere a las consecuencias que una acción puede tener para otras personas, con independencia del resultado inmediato para quien la realiza. No se trata de motivos tan ajenos al comportamiento cotidiano como pudiera parecer, ya que se encuentra con facilidad a personas que trabajan por sacar adelante su familia, se sacrifican por su patria o procuran ser de utilidad para sus colegas. Estos motivos responden bien a la preocupación Frankliana por buscar el sentido fuera del sujeto. (Velaz Rivas 1996)

Teniendo en cuenta estas variables se puede contextualizar la calidad de vida laboral de una mujer, pero también hay que tener en cuenta el lugar físico en donde se realiza el trabajo diario. En este caso en particular se ha tomado un Hospital, específicamente un Laboratorio de análisis clínicos.

En ámbitos de la salud el trabajo suele ser más estresante porque el mismo, exige el involucramiento y atención continua a las distintas problemáticas de las personas, estos factores inciden de manera importante en la calidad de vida laboral de un profesional.

PARTE II

RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL

Instrumentos para la recolección de datos:

Para obtener datos sobre la primera parte del diagnóstico se realizó una primera visita al Hospital Militar Córdoba, a modo de introducción y para obtener la aprobación de los Directivos del mismo para realizar este trabajo. En la misma se presentaron los objetivos del trabajo y la finalidad, explicando cuales son los puntos del trabajo y sobre que población se va a realizar. Los Directivos no mostraron oposición alguna y se interesaron por el tema del trabajo, ofreciendo su disponibilidad ante cualquier necesidad.

Se realizó una segunda visita para obtener información acerca de los siguientes puntos:

- Historia de la Institución.
- Funciones.
- Organigramas.
- Normas con las que se rige la Institución.

Se logró acceder a esta información, la cual fue brindada por el Jefe del Servicio de Laboratorio, mediante documentación impresa, oral e informática. La misma fue resumida y organizada como se detalla a continuación.

La Situación del Hospital Militar Córdoba

Reseña Histórica

En Abril de 1903 bajo la presidencia de Julio A. Roca, queda habilitado el primer Hospital Militar Regional Córdoba, asumiendo la dirección el Dr. Vicente Nuñez. El Hospital ocupaba el sector este, de las que fueron instalaciones de una fábrica alemana de porcelana, en la calle Mariano Fragueiro al 400.

En 1905, por movimiento de unidades militares fue trasladado a la Ciudad de Río Cuarto.

A principios de 1906, bajo la presidencia del Dr. Manuel Quintana se inaugura el segundo emplazamiento del hospital siendo su director el Dr. Nuñez, esta vez, con una casona de dos plantas ubicada en la entonces estrecha calle Colón, hoy desaparecida por la ampliación de esta Avenida.

En 1907 bajo la presidencia del Dr. José Figueroa Alcorta, pasa a ocupar la dirección del Hospital el Dr. Manuel Escobar, quién gestionó y obtuvo en Agosto de 1910 el traslado a su tercer sector: un antiguo caserón ubicado en la esquina de las calles Olivos y Salta, hasta entonces utilizada como Casa de Niños Expósitos.

El 26 de Junio de 1920 durante la primera presidencia de Hipólito Irigoyen se aprueba un proyecto de ley impulsado por el Diputado Nacional, Dr. Juan F. Cafferata. Pasó a llamarse Hospital Militar Divisionario de Córdoba.

Los terrenos donde se encuentra actualmente fueron donados por la Provincia según escritura el 19 de diciembre de 1899 para la instalación de una escuela práctica de agricultura y ganadería, con la cláusula de que por si cualquier motivo dejara de funcionar la escuela y en cualquier tiempo, los terrenos cedidos volverían al poder de la provincia. Lo donado fue de 19 hectáreas equivalente a 2857 mt².

Por convenio suscripto el 18 de febrero de 1926, entre el Director General de enseñanza agrícola, por el Ministerio de Agricultura y Ganadería de la Nación, y el Director General de Ingenieros, por el Ministro de Guerra, en

virtud de lo dispuesto por el decreto de fecha 30 de noviembre de 1925, se acordó la sesión a este último de la superficie de 79.632, 50 mt² con destino a la instalación del Hospital Militar Divisionario Córdoba. Dicho convenio se aprobó por el decreto número 103.333 con fecha 18 de octubre de 1941, bajo la gobernación del Dr. Santiago H. Del Castillo y la presidencia del Dr. Roberto M. Ortiz.

El 16 de junio de 1952 por resolución del Boletín Público Militar del Ejército (BRME) N° 2387 fue honrado en la memoria del Cirujano Mayor Eleodoro Damianovich. Jefe de apoyo sanitario en la Guerra del Paraguay.

En 1966 bajo la presidencia del General Juan Carlos Onganía, pasa a llamarse Hospital de Evacuación 141- Hospital Militar Córdoba. Debía prestar apoyo al Comando del Tercer Cuerpo de Ejército (cdo. cpo. ej. III), del cual dependía. Prestaba apoyo en forma operacional (cubriendo operaciones militares), formaban así dos cuerpos de socorro.

En tiempos de guerra o conflicto el H-evac salía a cargo del subdirector hacia la zona conflictiva. Al Hospital llegaban evacuados los enfermos militares de unidades militares que dependían del Cdo. Cpo. Ej. III. Después según su diagnóstico o tratamiento necesario eran trasladados al Hospital Militar Central.

En enero de 1999 por resolución del Estado Mayor General del Ejército (emge) se le quita la denominación de Hospital reevacuación 141 y por su categorización pasa a llamarse únicamente Hospital Militar Córdoba. Deja de depender del Cdo. Cpo. Ej. III para hacerlo de la Dirección de Sanidad.

En la actualidad el Hospital Militar Córdoba cuenta con un Pabellón Materno Infantil con sala de parto y neonatología, creado en el año 1994. También posee un Pabellón de Hemodiálisis fundado en febrero de 2004.

Creación de la unidad

El Hospital Militar Córdoba fue construido mediante un proyecto de Ley, presentado por el Diputado Nacional Dr. Juan F. Caferata en junio del año 1920. La ley del proyecto fue aprobada en el año 1923 bajo el N° 11.260. Fue inaugurado oficialmente el día 06 de octubre del año 1931, y su terminación

edilicia en general data del año 1930, llevando el nombre del Cir. Mayor Eleodoro Damianaovich.

Asiento del Hospital

Se encuentra edificado sobre un predio de aproximadamente siete hectáreas de superficie con 30 cuerpos en plano horizontal y un cuerpo con planta baja y alta, cubriendo así un total de 9.782,71 metros cubiertos de edificación.

Ubicación Geográfica

Se encuentra en la parte Sur de la Ciudad de Córdoba, en el Barrio Rogelio Martínez. Limita al frente (lado sur) con la Avenida cruz roja Argentina, al Norte con la calle Pedro Gómez Clara, al este con la calle Anatole France y al oeste con la Avenida Nores Martínez.

Servicios que brinda el Hospital Militar Córdoba

- Alergia
- Anatomía Patológica y Citopatología.
- Anestesiología.
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y Videolaparoscopia.
- Cirugía de cabeza y cuello.
- Cirugía Plástica reconstructiva.
- Cirugía de Tórax.
- Cirugía VasculArteriovenosa.
- Clínica.
- Dermatología.
- Dietología y Nutrición.
- Ecografía, mamografía, tomografía computada.

- Eco-dopler cardiovascular.
- Endocrinología.
- Espirometría y Neumonología.
- Servicio de fisioterapia (Cátedra Universitaria).
- Flebología.
- Departamento de Gastroenterología.
- Ginecología y Obstetricia.
- Citología Ginecológica
- Hemoterapia.
- Hemodinamia.
- Infectología.
- Laboratorio de Análisis.
- Materno Infantil.
- Neurología.
- Neurocirugía.
- Servicio de Neurología General (Cátedra Universitaria).
- Oftalmología.
- Hematología y Hemostasia.
- Oncología (Atención Centro Privado)
- Odontología.
- Otorrinolaringología.
- Ortopedia y Traumatología.
- Pediatría.
- Proctología.
- Psicología.
- Psiquiatría.
- Reumología.
- Urología.

Sección Adelantada- Barrio Militar "General Deheza"

Dicha sección tiene dependencia directa con el Hospital Militar Córdoba y tiene como fin brindar apoyo como primer escalón a familiares y personal de la zona y aledaños a dicho Barrio Militar. Cuenta con las siguientes atenciones primarias en lo que hace a:

- Alergia.
- Cardiología.
- Clínica.
- Dermatología.
- Infectología.
- Endocrinología.
- Psiquiatría.
- Ginecología.
- Odontología.
- Otorrinolaringología
- Pediatría.
- Psicología.
- Traumatología.
- Psicopedagogía.
- Oftalmología.
- Fonoaudiología.
- Nutrición.

Funciones y Competencias del Hospital Militar Córdoba

Durante toda su trayectoria este Hospital se caracterizó por la participación continua en el apoyo cívico militar a la comunidad cordobesa, como así también provincias vecinas y las correspondientes al III Cpo. del que dependía. Así fue como el 23 de noviembre de 1977 tuvo una acción importante en el desempeño sanitario en apoyo a las víctimas del terremoto de Caucete en la Provincia de San Juan.

En 1991 prestó ayuda en las inundaciones de San Carlos Minas.

En 1995 cuando se produjo la explosión de la Fábrica Militar de Río Tercero el H- evac 141 envió apoyo médico y de enfermería interviniendo también en la evacuación de pacientes a este establecimiento.

También prestó ayuda sanitaria cuando ocurrió la explosión de la mezquita, zona de la IV Brigada.

En las acciones bélicas del Atlántico Sur por la recuperación de las Islas Malvinas, este Hospital brindó apoyo con el envío de personal especializado, con el fin de dar participación en el tratamiento sanitario a los combatientes.

Actualmente el personal del Hospital Militar Córdoba participa activamente integrando los contingentes de las fuerzas de paz de la ONU.

Desde hace dos años envía médicos y enfermeros a la provincia de Tucumán en apoyo sanitario mediante la participación en el operativo rescate.

Capacitación y Docencia

En septiembre de 1992 el entonces Director del Hospital Militar Córdoba, ordena por nota al Jefe de Terapia Intensiva elevar el programa de educación para la Residencias Médicas a cumplimentar en este Hospital.

En ese momento se eleva el Régimen de Actividades, Reglamento Básico y programa para el servicio de Terapia Intensiva. Los mismos se dividen en tres años con formación teórica de 360 horas de duración y formación practica de 2700 horas. Por último actividades complementarias de 90 horas de duración que abarcan: Ateneos, Bibliografía, etc.

En el mismo año se eleva la residencia para Traumatología y Ortopedia, Clínica Médica y Cirugía General.

Servicio de Laboratorio

El presente trabajo se realizará sobre un sector especial de este Hospital. El Servicio de Laboratorio de Análisis clínico, caracterizado principalmente por estar formado por profesionales femeninos. En el mismo, el

ritmo de trabajo es similar al resto del Hospital, ya que este depende para su funcionamiento, del Servicio del Laboratorio. Es por esto que se realizan guardias los días hábiles y feriados. El trabajo en este sector requiere de constante dedicación, ya que el Hospital no podría realizar su diagnóstico sin este Servicio, por ejemplo una de las tareas fundamentales (además de la realización de análisis) es la extracción de sangre en la guardia médica y salas de internación.

Para profundizar mas en la situación del Laboratorio del Hospital Militar Córdoba, se describe a continuación las normas mediante las cuales se rige este Servicio y hacen a su funcionamiento.

Normas y Reglamentos.

El Hospital Militar se rige por una serie de normas que son comunes a todas sus sedes, estas se denominan: **P.O.N.** "Procedimiento Operativo Normal". A su vez cada servicio del Hospital posee normas propias, así el **Laboratorio Central del Hospital Militar Córdoba** tiene su procedimiento que se actualiza anualmente. Características del P.O.N:

1-Finalidad:

En base a la complejidad alcanzada, metodologías de trabajo, infraestructura, actualización profesional y ubicación dentro del marco del Sistema de Salud Pública del Estado, de la sanidad militar y del medio Civil Regional donde nos encontramos inmersos, el Servicio de Laboratorio Central, se inducirá y coordinará en todo tipo de actividades científicas relacionadas a la labor bioquímica, tanto clínica como experimental, con entidades y Universidades, para lograr una mayor capacitación de sus profesionales, adquiriendo mayor habilidad técnica, sensibilidad humana y reconocimiento regional.

2-Bases Legales:

➤ Marco Jurídico:

Constitución Nacional (Art. 41 y 43)

Ley Nacional N° 24.557 “Riesgos de Trabajo y su Reglamentación”

Ley Nacional N° 19.587 “Seguridad e Higiene en el Trabajo”

Ley Nacional N° 20.284 “Disposiciones para la Prevención de los recursos de Aire.

Ley Nacional N° 24.021 “Residuos Peligrosos”

Ley Nacional N° 23.798 “De Sida y Decreto Reglamentario”

Ley Nacional N° 22.990 “De Sangre y su Decreto Reglamentario”.

Ley Nacional N° 24.804 “De la actividad nuclear”.

➤ Marco Institucional:

Régimen Funcional de Sanidad.

Normas y Directivas Técnicas para el Servicio de Sanidad.

Cloración de agua de consumo.

Higiene y medicina preventiva.

Disciplina de Sanidad y Primeros Auxilios.

Técnicas tipo para la aplicación en los Laboratorios del Ejército.

Laboratorios químicos y microbiológicos.

Hospitales Militares.

Conducción del Servicio de Sanidad.

Seguridad contra accidentes.

Servicio Interno

Servicio en guarnición.

Apoyo de Personal.

Normas de bioseguridad sobre SIDA.

Guía para la profilaxis pos exposición ocupacional al H.I.V.

Directivas Técnicas de Sanidad: “Tratamiento y Protección del Medio Ambiente en el área de la Sanidad Militar”.

Directivas Técnicas del Director de Sanidad N° 02/96 “Mantenimiento de equipos de Sanidad”.

Directivas Técnicas del Director de Sanidad N° 209/01 “Implementación de normas básicas de bioseguridad para Laboratorios de análisis clínicos y/o diagnóstico e investigación”.

Directivas Técnicas del Director de Sanidad N° 291/01 “Normas de Organización y Funcionamiento de Análisis Clínicos”.

Directivas Técnicas del Director de Sanidad N° 292/01 “Normas de documentación para Laboratorios Bioquímicos”.

P.O.N. N° 03/06 “Procedimiento Operativo Normal ante un accidente al personal que desarrolla, por cualquier causa, tareas dentro del Hospital Militar Córdoba y sus áreas de influencia”.

P.O.N. N° 16/06 “Procedimiento Operativo Normal sobre las conductas y prevenciones generales, mínimas, de bioseguridad a tener en cuenta en todo el ámbito del H.M. Córdoba y áreas de influencia”.

P.O.N. N° 16/06 “Procedimiento Operativo Normal para la detección de enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes transmisibles y control de portadores sanos, para todo el personal que directa o indirectamente, manipula alimentos en el H.M. Córdoba y áreas de influencia”.

P.O.N. N° 15/06 “Procedimiento Operativo Normal para el funcionamiento, operatividad y control, de los vehículos ambulancias del H.M. Córdoba”.

P.O.N. N° 08/06 “Procedimiento Operativo Normal y plan general centralizado de lucha contra el fuego y medidas preventivas contra incendios para todo el ámbito del H.M. Córdoba y áreas de influencia”.

3-Objetivos:

- Lograr que el Servicio de Laboratorio del H. M. Córdoba, al completo con todas sus especialidades, brinde la cobertura mas eficiente en Análisis de “baja, media y alta complejidad”, aplicables a la clínica humana y cuya finalidad prioritaria la preservación, conservación y recuperación de la salud del Personal Militar en Actividad y retirados y su correspondiente grupo familiar.
- Lograr que todo el Personal Profesional de este Servicio, se incluya en el Equipo de Salud del Hospital Militar Córdoba, y que siga siendo un “Escalón

Determinante” en el Diagnóstico y Tratamiento Profesional, tanto en la Prevención, Conservación y Recuperación de la Salud.

- Lograr una Inserción completa con las Entidades y los Organismos Estatales y Entidades Intermedias del Medio, para coordinar todo tipo de Actividad Científica relacionada a la labor bioquímica, tanto clínica como experimental, a fin de lograr mantener o lograr una mayor Capacitación Profesional, adquiriendo mayor habilidad técnica y sensibilidad humana, necesario a diario para poner los conocimientos plenos en el bien del enfermo.

4-Misión:

El Jefe del Servicio del Laboratorio, con la Infraestructura, Aparatología, el Personal Profesional con el que cuenta, brindará, al personal militar en actividad o retirado y su grupo familiar por intermedio de I.O.S.E. (Instituto de Obra Social del Ejército) y a toda otra persona afiliada a O.O.S.S.(Obra Social), seguros médicos y/o A.R.T.(Aseguradora de Riesgo de Trabajo), con convenio con el Hospital Militar Córdoba, una cobertura Bioquímica integral, a plena prestación, con derivación, incluyendo todas las Especialidades Bioquímicas, análisis clínicos, bacteriológicos, parasitológicos, micológicos y virológicos de baja, mediana y alta complejidad, aplicables a la Clínica Humana a fin de ser un escalón determinante en el apoyo al diagnóstico y tratamiento médico, en la prevención conservación y/o recuperación de la salud de los pacientes.

El Servicio de Laboratorio Central, para cumplir con su misión se regirá, en un todo, por lo estipulado en las bases legales y la orientación dada por el Director General del Hospital Militar Córdoba para el año 2006.

5-Alcance:

Para el conocimiento y cumplimiento de todo el personal Profesional o Técnico, Militar y Civil, que desarrolle actividades y/o funciones en el Servicio de Laboratorio Central del Hospital Militar Córdoba.

6-Organización:

Personal:

- Distribución de personal (Áreas y Secciones)
- Distribución de Tareas Generales.
- Horario de atención Bioquímica del Servicio (Extracciones de sangre, recepción de material biológico y especímenes. Horario de funcionamiento del Servicio. Organigramas)

Ejecución:

Directivas particulares (para el área de extracciones de material biológico, para la recepción y mesa de entrada, salas y guardia bioquímica).

Funciones y Responsabilidades particulares:

Del Jefe de Sección o Área.

Del Jefe de Personal.

Encargado de Áreas de Extracciones y Salas.

Encargado del Servicio.

Encargado del Depósito de drogas y reactivos.

Encargado de Depósito de Intendencia.

Encargado de la Guardia Bioquímica.

Encargado de Control patrimonial.

Encargado de la Sección Enseñanzas y Actividades Científicas.

7-Seguridad y Control

Medidas de Seguridad Preventivas Generales:

Todo personal por cualquier motivo deba ausentarse del Servicio en el horario de trabajo deberá solicitar autorización al Jefe del Servicio o Segundo Jefe, y en caso de ausencia de estos, al personal militar más antiguo que se encuentra en el Servicio.

Toda novedad que surgiera en el Servicio deberá ser puesta en conocimiento del Jefe de cada área en el menor tiempo posible.

Fuera del horario de actividades, el personal que cubre la guardia a la tarde o noche, feriados y domingos deberá, en caso de trasladarse

momentáneamente a otras dependencias del hospital, cerrar la puerta del laboratorio.

Está prohibido al personal, dentro del Laboratorio de trabajo, realizar tareas ajenas al Servicio.

El personal que realiza tareas de limpieza deberá controlar al finalizar sus tareas, el correcto cierre de ventanas de planta alta y baja y maquinaria, lo cual será supervisado por el Encargado del Servicio.

Realizar periódicamente controles de equipos que funcionan con energía eléctrica y/o gas.

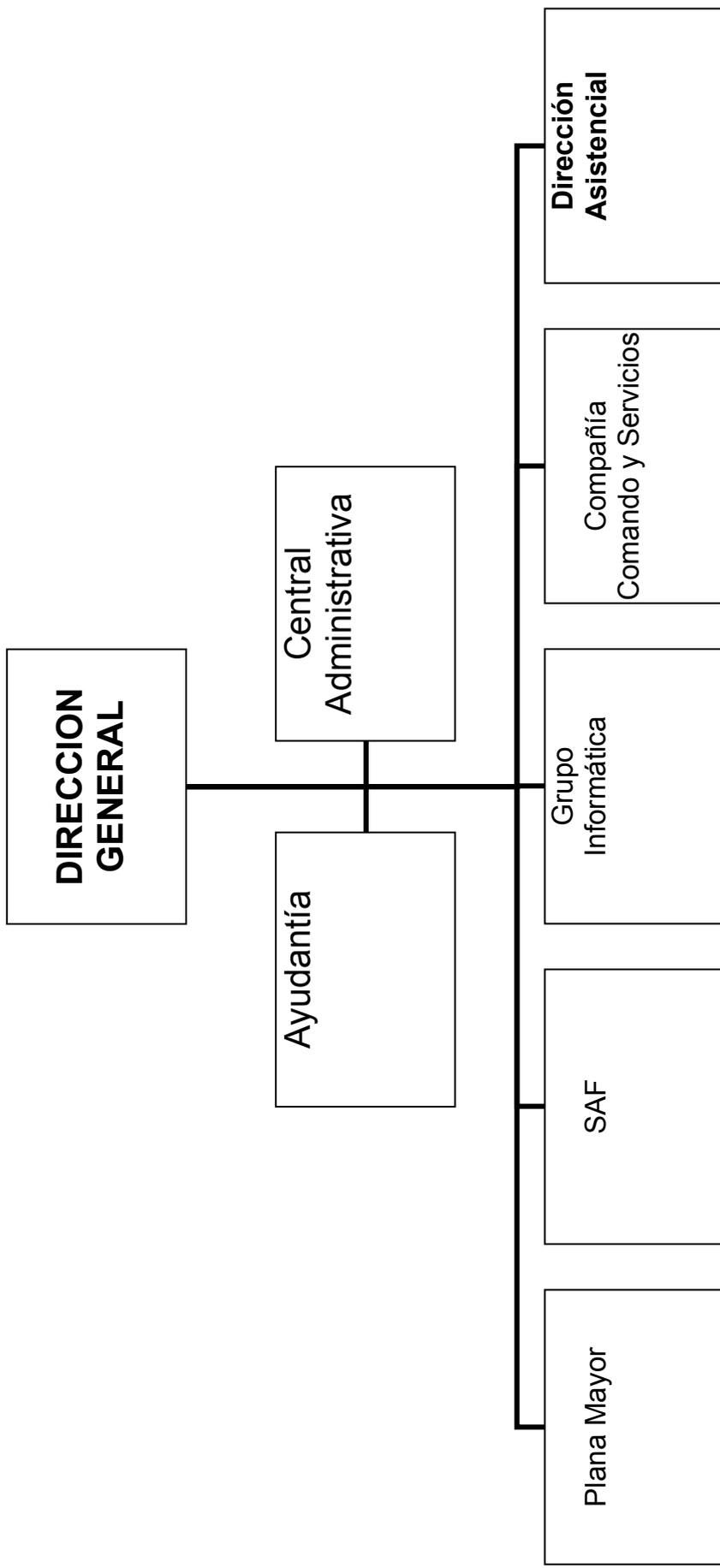
El personal que manipula drogas o reactivos, deberá manejarlos con las medidas de seguridad necesarias para cada caso, como así también al finalizar su uso deberá guardarlos en el droguero a tal efecto, para evitar accidentes posteriores.

Se preverá inmediatamente de terminadas las extracciones ambulatorias, en el área de extracciones, la limpieza con esterilización usando métodos químicos y la correspondiente recolección de residuos en forma integral.

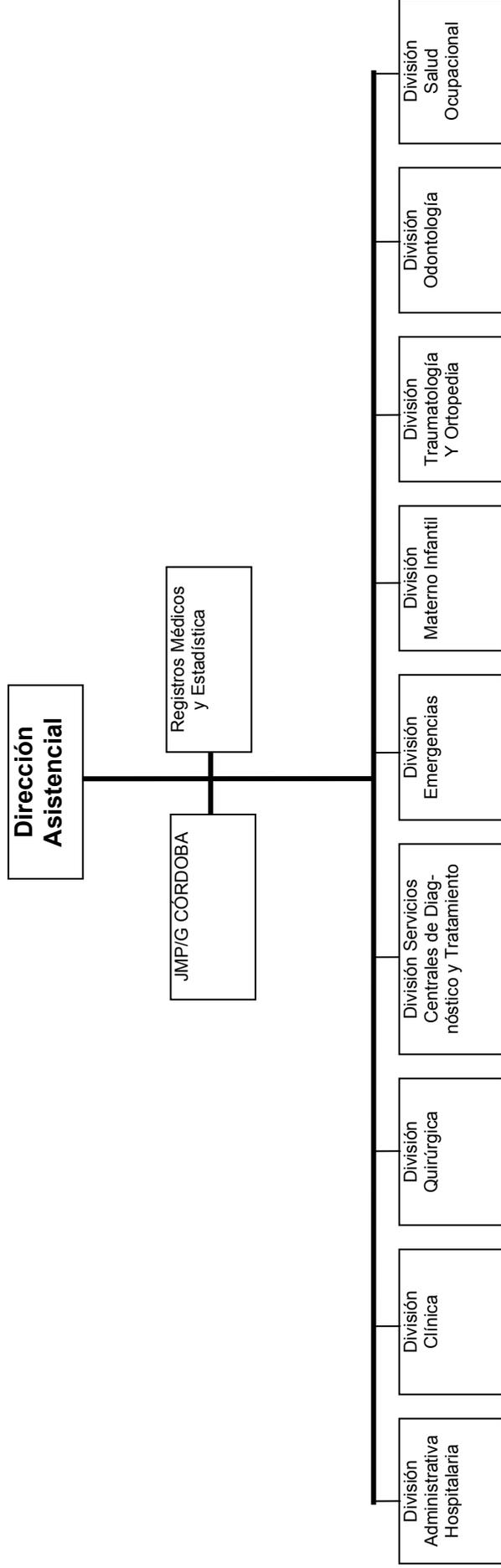
El personal tomará conocimiento de las medidas básicas de seguridad a adoptar, recibirá la instrucción pertinente y conocerá las zonas de riesgo en el Servicio.

Mantendrá la higiene en todos los sectores evitando el cúmulo de papeles, cartones, algodones u otro elemento inflamable.

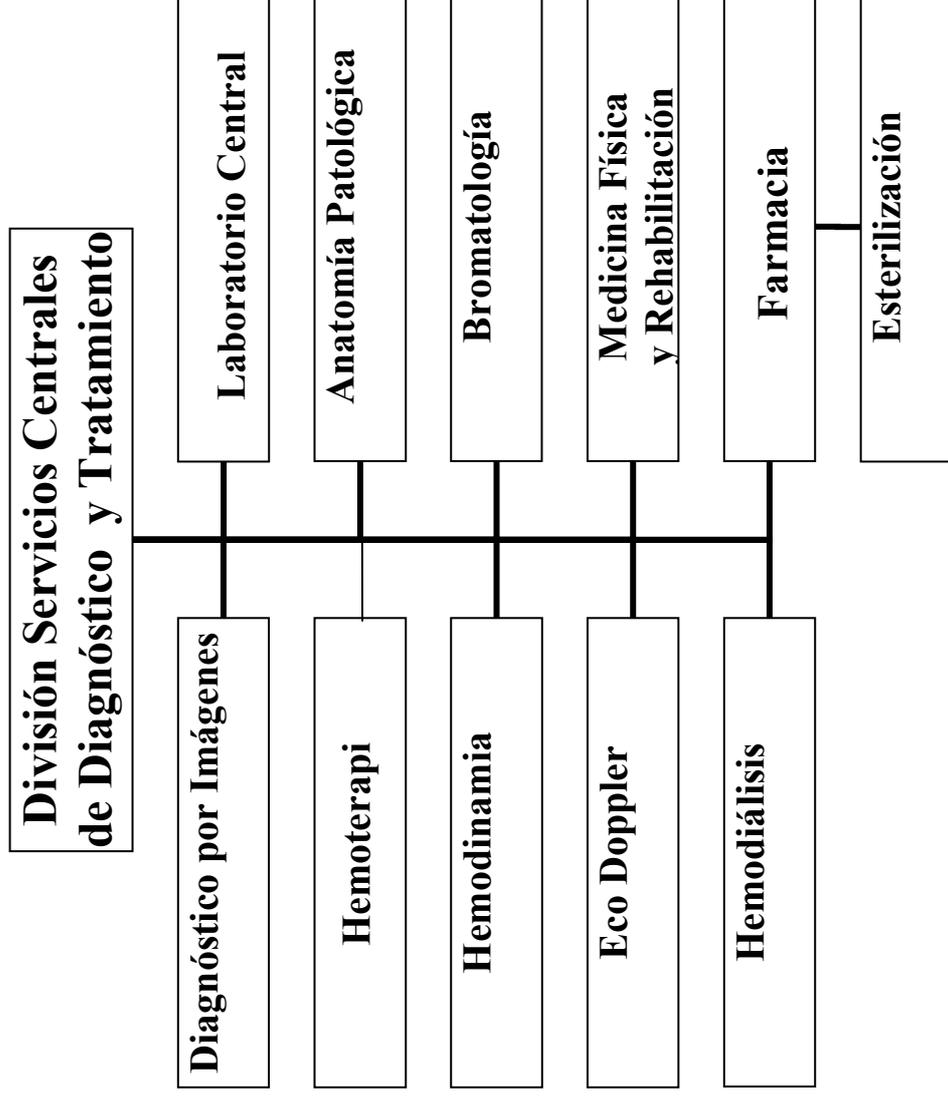
ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CÓRDOBA



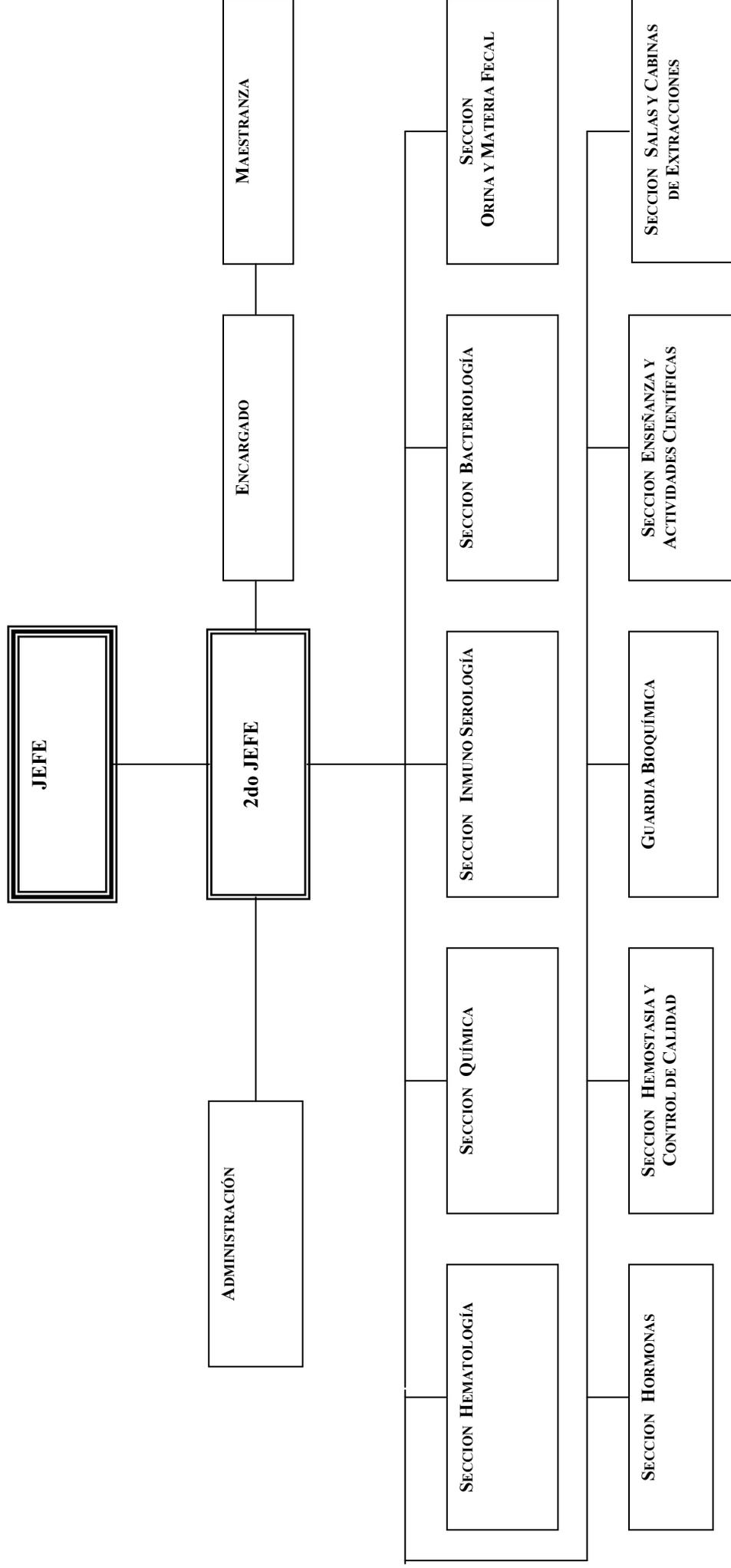
ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL



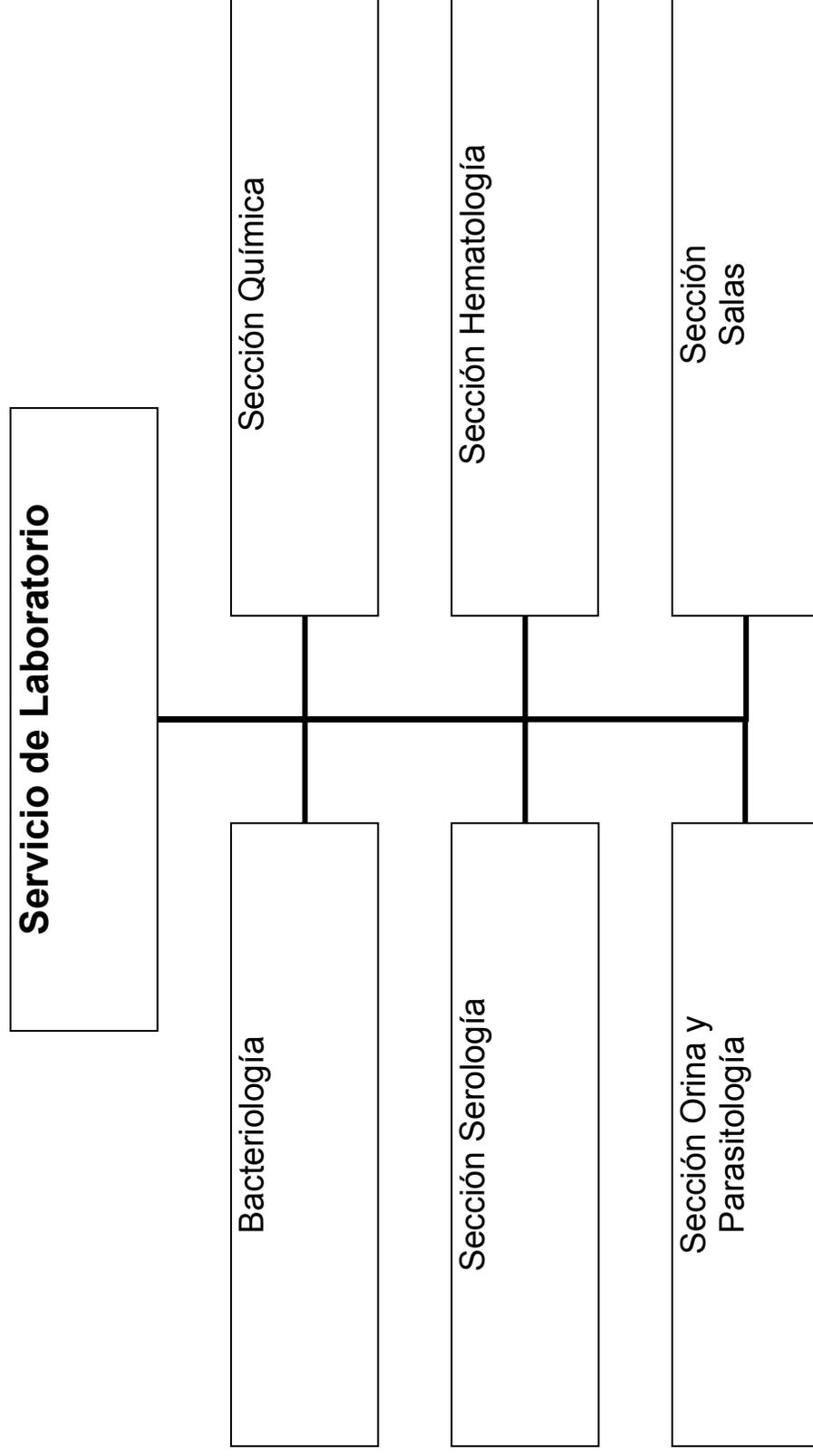
Ejército Argentino
Hospital Militar Regional Córdoba



ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE LABORATORIO DEL
HOSPITAL MILITAR REGIONAL CÓRDOBA



Ejército Argentino
Hospital Militar Regional Córdoba



Metodología utilizada para el diagnóstico

Muestra:

La muestra está conformada por 14 mujeres que trabajan como bioquímicas en el Servicio de Laboratorio del Hospital Militar Córdoba.

La misma se divide en dos grupos:

GRUPO 1: Siete (7) mujeres en edad adulta intermedia (se extiende de los 40 a 65 años). Las mismas poseen una antigüedad igual o mayor a veinte años en el Servicio.

GRUPO 2: Siete (7) mujeres en edad adulta temprana (se extiende de los 17 a los 45 años). Estas personas poseen una antigüedad menor a cinco años en el Servicio.

Como se mencionó anteriormente se utilizarán dos grupos con el objetivo de comparar el grado de existencia de síntomas del Síndrome de Burnout entre los grupos. Se pretende demostrar la ausencia o menor grado de estos síntomas en el grupo dos, y la presencia en mayor grado en el grupo uno. Esto, con la finalidad de realizar un abordaje preventivo en el grupo uno para que estos síntomas no evolucionen a un Síndrome de Burnout propiamente dicho. La comparación entre los grupos tiene la finalidad de comprobar que en los primeros años de trabajo estos síntomas no existen o no en la misma intensidad que en el grupo 1, y que estos son producto de un trabajo que provoca estrés y cansancio en personas con mas de 20 años de antigüedad trabajando en la sanidad.

Descripción y características de la muestra:

GRUPO 1:

La mayoría de las mujeres que componen este grupo, superan los 50 años, están casadas y con hijos. Para recabar información básica sobre este grupo se utilizó a un informante clave, miembro del este grupo.

- Mujer 1:

Edad: 58 años. Soltera, sin hijos. Vive en las afueras de la ciudad (Mendiolaza). Hace 33 años que trabaja en el Laboratorio. Ingresó al Hospital por concurso a los 24 años.

Trabajó en los consultorios de extracciones algunos años hasta que empezó a trabajar en la guardia en el turno tarde. Realizó este trabajo por más de 15 años, en esa época trabajaba sola y con muy poca aparatología. A los 40 años sufrió un infarto, luego de los estudios se diagnosticó que el mismo fue provocado por estrés. Tuvo 5 meses de carpeta psiquiátrica, en ese período estuvo asistida con tratamiento psicológico y psiquiátrico y medicada con ansiolíticos. Debido a esto le cambiaron el horario de trabajo con la prescripción médica de no realizar más guardias.

En el 2005, fue trasladada a mesa de entrada de atención al cliente del laboratorio, período en que volvió a tener síntomas de estrés. Pidió que la trasladen nuevamente a su lugar de trabajo (consultorio de extracciones), pero no fue posible porque no había quien la reemplazara. A los pocos meses de realizar este trabajo sufrió un pico hipertensivo y le dieron cuatro meses de carpeta médica.

Actualmente volvió a su lugar de trabajo original, la realización de análisis. Pero continúa con problemas cardíacos y de estrés.

- Mujer 2:

Edad: 58 años. Casada, tiene 2 hijos de 30 y 26 años (ninguno de ellos vive en casa paterna). Tiene 2 nietos de 5 y 8 años. Vive en el Cerro de las Rosas. Hace 27 años que trabaja en el laboratorio.

Se recibió de bioquímica en 1975, realizó su práctica en el Hospital Italiano (1 año) y en el Hospital Militar Córdoba (1 año) ambos trabajos Ad Honorem. Luego quedó como personal efectivo del Hospital Militar Córdoba. En el transcurso de sus años de trabajo, brindó servicio en diferentes Hospitales Militares del Sur y Norte del país. Durante estos años tuvo que realizar guardias activas en muchas oportunidades, lo que implica trabajar de 13.00 hs. a 19.00 hs. o de 19.00 hs. a 07.00 hs. en vigilia permanente.

Sufre de osteoporosis, lo que hace que no pueda hacer más guardias por el esfuerzo físico que esto significa

- Mujer 3:

Edad: 51 años. Casada, tiene 3 hijos de 23, 20 y 12 años.

Hace 25 años que trabaja como bioquímica.

Se recibió a los 26 años, a los 24 empezó a trabajar como practicante Ad Honorem en el Hospital Rawson. Trabajó 2 años allí y cuando finalizó sus estudios empezó a trabajar en el Hospital Militar Córdoba. Recientemente cumplió 25 años de servicio.

Realizó también muchos años de guardia, inclusive de 24 hs.

Posee dos hernias de disco en la zona de las vértebras cervicales que le provocan grandes dolores de cabeza cuando sufre situaciones estresantes. Manifiesta que la situación que mas le provoca estrés es hacer guardias y trasladarse a la sala a realizar extracciones, le provoca angustia el contacto con pacientes en estado de gravedad.

En el 2005 le diagnosticaron estrés y le dieron carpeta médica. Tuvo una crisis un día lluvioso (cabe destacar que para ir desde el laboratorio hacia las Salas de internación hay que atravesar varias zonas al aire libre) en la que tuvo que trasladarse 14 veces a la sala a sacar sangre. Esa mañana todos los médicos le solicitaban con urgencia los resultados de los análisis, esto hizo que se sintiera sobrepasada por la demanda, se sintió muy mal, fue al medico encargado de la salud de los que trabajan en el Hospital y le indicó reposo por cuatro días.

Cuando el dolor de cabeza y de cuello es muy intenso se tiene que medicar con Valium. Expresa, que el estrés no se vive solo yendo a la sala, sino también cuando hay mucho trabajo y está apurada por volver a su casa (tiene un hijo de 12 años que llega del colegio).

- Mujer 4:

Edad: 48 años. Casada, tiene 3 hijos de 21, 14 y 12 años.

Trabaja en el Laboratorio hace 20 años.

Realizó prácticas en el Hospital de Clínicas, luego empezó a trabajar en el Hospital Militar Córdoba y obtuvo rango militar.

Esta mujer no tiene problema en realizar el trabajo de la sala, no manifiesta molestia alguna en su trabajo.

Actualmente manifiesta algunos problemas en el orden familiar.

- Mujer 5:

Edad: 50 años. Casada con una persona viuda (de 56 años) que es retirado del Ejército, no tiene hijos propios. Su marido tiene dos hijas, una de 23 años que vive en Buenos Aires con su esposo y otra de 26 años que vive con ella.

Realizó 3 años de prácticas Ad Honorem en la Maternidad Nacional de Córdoba y luego entró a trabajar en el Hospital Militar.

Esta persona no puede realizar el trabajo de extracción en el consultorio del Laboratorio (implica sacar sangre de 07.30 hs. a 10.30 hs parada en un box) porque sufre de agudos dolores de espalda. Por eso, si tiene que elegir a ella no le disgusta el trabajo de la sala. También tiene gastritis y sufre de insomnio

- Mujer 6:

Edad: 58 años. Es casada, tiene 3 hijos de 32, 30, y 23 años, el cual vive con ella. Tiene 2 nietos.

Trabaja hace 24 años en el Laboratorio.

A diferencia de las otras personas de la muestra, trabaja como directora de una escuela en horario nocturno y realiza guardia de 24 horas una vez por semana los días miércoles en un Hospital de Cosquín (Provincia de Córdoba). Por esta razón trabaja en el Hospital Militar Córdoba los lunes, martes, jueves y viernes; y cumple una hora más por día.

Tiene serios problemas de cervicales, lo que le produce mareos, dolores de cabeza y hormigueos en los brazos, algo que a veces le impide realizar su trabajo correctamente. Tuvo varias carpetas médicas por estos motivos.

Pese a esto no puede dejar de trabajar porque en dos años obtiene la jubilación ordinaria y no quiere perder los aportes realizados durante tantos años

- Mujer 7:

Edad: 52 años. Es casada y tiene 2 hijas. Una de 26 años, casada, su otra hija tiene 24 años y vive con ella. Realizó su práctica de un año y medio aproximadamente en el Hospital Militar y luego pasó a ser personal efectivo.

Trabajó como ayudante de Cátedra de Química Analítica en la Universidad Nacional de Córdoba

Se manifiesta como una persona ansiosa cuando tiene mucho trabajo lo que la hace vivir situaciones de estrés.

GRUPO 2:

Las mujeres de este grupo tienen entre 20 y cuarenta años, la mayor parte de la información se obtuvo del cuestionario y otra parte del informante clave.

Este grupo se utilizará como grupo control, con el objetivo de realizar comparaciones con el primer grupo en la conclusión diagnóstica, por lo que no se ha recabado información de manera exhaustiva, como del primer grupo.

Mujer 8: Tiene 26 años. Vive en la ciudad de Córdoba, con su pareja. Hace menos de dos años que trabaja en el Hospital. Realizó su práctica profesional en esta institución. Trabaja de lunes a sábados 5 horas por día en el Laboratorio del Hospital Militar y realiza guardias.

Mujer 9: Tiene 28 años. Es Soltera, hace menos de un año que se recibió de bioquímica, e ingresó a trabajar al Hospital. Trabaja de lunes a sábado cinco horas por día.

Mujer 10: Tiene 26 años. Vive en la ciudad de Córdoba y es soltera. Trabaja de lunes a sábado cinco horas por día y además realiza guardias. Es una persona que demuestra estar muy contenta con su trabajo.

Mujer 11: Tiene 30 años. Es oriunda de Río Tercero, pero vive en Córdoba Capital. Hace 5 años que convive con su pareja y tiene un hijo de tres años.

Hace aproximadamente tres años que trabaja en el Hospital Militar, su jornada laboral es de lunes a viernes 5 horas por día. Suele sentir cansancio cuando tiene que ir a trabajar.

Mujer 12: Tiene 27 años. Es soltera, vive en la ciudad de Córdoba y está de novia hace tres años.

Se recibió a los 25 años, pero hace un año que trabaja en el Hospital Militar Córdoba. Su jornada laboral es de lunes a viernes cinco horas por día.

Mujer 13:

Tiene 28 años. Es soltera y no tiene pareja. Hace más de dos años que trabaja en el Laboratorio del Hospital, porque realizó su práctica profesional en esta Institución. Su jornada laboral es de lunes a sábados, cinco horas por día.

Mujer 14:

Tiene 29 años, vive en la ciudad de Córdoba, es soltera y no tiene pareja. Hace más de tres años que trabaja en el Hospital Militar

Su horario es de lunes a sábados, cinco horas por día. Además realiza guardias

Antes de obtener información directa de la muestra, se realizó una visita al Hospital en donde se llevó a cabo una entrevista abierta al Jefe del Laboratorio (*Anexo 1*) cuyos ejes principales fueron:

- Características del puesto que ocupa la persona entrevistada, antigüedad en el mismo, funciones que cumple. Con que áreas del Hospital se relaciona principalmente y modalidad de trabajo del Laboratorio.
- Como percibe el entrevistado la situación laboral actual, las ventajas y desventajas de la misma. Características de las relaciones interpersonales.
- Ejemplos concretos de algún problema en la situación laboral, como se resuelven los mismos. Cual sería la situación ideal.
- Quejas mas comunes que recibe del personal a cargo.

Diagnóstico de necesidades:

Se puede observar que este ámbito particular de trabajo está estandarizado, al punto de que ya cada profesional está acostumbrado a realizar siempre el mismo trabajo con su metodología correspondiente. Una de las razones de que esto suceda podría ser la antigüedad que tienen los profesionales del Laboratorio. Esto parece ser una preocupación para el Jefe del Servicio, ya que, a nivel profesional, es conveniente que las personas conozcan, en general, el trabajo que se desarrolla en todas las secciones bioquímicas. De todos modos, es importante destacar que el trabajo del bioquímico es estandarizado en sí mismo y cada tipo de análisis tiene un protocolo específico.

Parece ser que este grupo de profesionales no está interesado en seguir aprendiendo el uso de nueva aparatología y/o nuevas metodologías que no pertenezcan a su sección. Una de las causas de esta falta de interés es el cansancio. Esto resulta un problema a la hora de atender a un paciente, porque si el especializado en el área de necesidad del paciente no está (por ausencia, licencia u otros motivos) se dificulta la atención, y esta persona puede quedar sin atención o tendrá que esperar a que llegue el especialista en dicha área.

Un problema común al personal es la tarea específica de tener que ir a la sala de internaciones a realizarles extracciones de sangre a los pacientes internados. Esto es algo que genera mucho estrés en las bioquímicas, y les genera un desgaste físico aún mayor, ya que los elementos necesarios no están a mano, en la Sala no hay comodidad para poder hacer el trabajo como se debe y el contacto con ese tipo de enfermos genera una angustia particular. Las profesionales más grandes ya no tienen ganas de realizar ese tipo de tareas. Si hacen análisis, pero ya no quieren lidiar con pacientes, y menos aún con los que están en la Sala. Además la estructura edilicia no simplifica de ninguna manera este trabajo, ya que el Laboratorio está separado del resto del edificio.

El paso del tiempo produce un cansancio mayor en las personas que cuando eran jóvenes, luego de muchos años de realizar guardias nocturnas y

atender urgencias, el cuerpo y la mente no tienen la misma resistencia, lo que provoca un desgaste que se podría definir como estrés, la capacidad de soportar el estrés no es la misma a los treinta que a los cincuenta o sesenta años. Como consecuencia de esto, estas profesionales se rehúsan a hacer este trabajo estresante que hace veinte años lo podían realizar perfectamente, las consecuencias conductuales son tener que pagarle a una persona más joven para que lo haga. Otras consecuencias son el pedido de carpeta médica o las ausencias prolongadas.

Otros problemas se observan en el Servicio algunos relacionados con falta de tecnología y recursos económicos. En el Laboratorio falta aparatología, lo que tiene grandes consecuencias en la tarea de los profesionales *“el bioquímico es mitad bioquímico y mitad aparato”* y si estos aparatos no están, el desempeño no es perfecto. Pero el problema es que unos años atrás tenían esos aparatos, el tema es que se fueron arruinando por distintos motivos y el producto de esto fue la declinación del Laboratorio, siendo que tenía los recursos para seguir creciendo. Una inferencia que se puede realizar de esto, es que no se invirtió en capacitación del personal cuando fue necesario, no es común en este Servicio capacitar al personal constantemente, si funciona como Hospital escuela, pero a los profesionales no se les exige la capacitación. Hasta a veces es complicado poder acceder a cursos o programas que se dictan de manera independiente al Hospital Militar.

Algo que se relaciona con esto a nivel Hospital en general, es la falta de herramientas tecnológicas, la visión de futuro es algo de lo que carece, según la opinión del Jefe de Laboratorio. Según su punto de vista hay que aumentar las obras sociales que atiende el Hospital, no hay que quedarse solo con la que atienden ahora porque según él es *“cautiva”*, así se podría implementar una estrategia de venta de los servicios que brinda el Hospital, lo que tendría como consecuencia un crecimiento y mayor afluencia de pacientes.

Luego de la entrevista con el Jefe de Laboratorio se mantuvo una conversación informal con una Licenciada en Psicología que trabaja en el Hospital. El objetivo fue informarla del trabajo de prevención y obtener su punto de vista, a demás conocer la posibilidad de aplicación. Se mostró muy

interesada en el proyecto, ya que ella quiso realizar un diagnóstico Organizacional del Hospital Militar, y no obtuvo el consentimiento que esperaba. Esto fue así debido a la política particular con que se manejan este tipo de Instituciones, en donde no está permitido que alguien de un grado inferior evalúe a su superior, lo que no significa que no tenga una opinión formada sobre él.

Las Instituciones Militares son estructuradas, lo que hace que el trato con el personal sea diferente a otro tipo de Instituciones, no es común por ejemplo pedir días en el trabajo para realizar un curso de capacitación externo, está permitido, pero no es fácil acceder a ese permiso. Así como también la asistencia a determinados actos en fechas patrias es obligatorio para el personal militar, no así para el personal civil, pero si el mismo deja de asistir, no es bien visto tampoco.

En otras palabras la Licenciada manifestó la necesidad de que el personal se pueda manifestar libremente, y que este proyecto puede ser una vía para que esto suceda.

Otro punto donde se realizó hincapié fue en el trabajo rutinario de tantos años, el cansancio y el estrés pueden ser producto de una acumulación de muchos años de trabajo de realizar siempre lo mismo, y a este factor se le suma la edad y el período vital por que transitan estas personas. Es por eso que proponer un abordaje desde la psicología para este grupo de personas, teniendo también en cuenta como afecta el cansancio y estrés en el trabajo cotidiano, puede resultar positivo para este Servicio.

Un abordaje de este tipo supone dejar de lado la cotidianeidad de las tareas y poder reflexionar a nivel grupal e individual sobre los puntos que provocan estrés en el trabajo y donde existe disconformidad por parte del personal. El solo hecho de que los profesionales puedan percibir esto, es un importante elemento motivador.

Problemas relevados, Orden de prioridades:

1-Se relevó como principal problemática el estrés y cansancio de las bioquímicas en edad adulta intermedia al realizar determinadas tareas cotidianas, como por ejemplo hacer extracciones en la Sala de internaciones. ¿Qué produce este malestar? ¿Qué es específicamente lo que sienten al realizarlo? ¿Por qué ya no tienen ganas de hacerlo?

Relacionado con esto, los problemas de estrés que tienen las profesionales, y que consecuencias tiene esta situación, como por ejemplo las carpetas medicas, lo que produce ausentismo.

2-La carencia de capacitación para el uso de aparatología nueva es otra problemática relevada. La capacitación constante en el ámbito laboral motiva al trabajador, al sentirse este útil y que lo tienen en cuenta.

Un punto importante a tratar podría ser proponer determinadas horas de capacitación por año. Por supuesto que esto siempre y cuando se cuente con los recursos económicos para acceder a la nueva tecnología, porque sino sería en vano. Pero la capacitación en cuestiones técnicas, sería un punto a tratar en otro tipo de trabajo en donde se pueda abordar de manera exhaustiva el tema y las falencias que existen.

La estrategia de abordaje general de la problemática pretende, capacitar a las profesionales en métodos y técnicas de relajación frente a situaciones estresantes. Esto con la finalidad de evitar que estas personas se sientan desbordadas y poder prevenir así la aparición o evolución de síntomas del Síndrome de Burnout.

3- Otras problemáticas relevadas son la carencia de un sistema de publicidad propio que venda lo que se hace en el Hospital para lograr tener mayor afluencia de pacientes. Algo que está relacionado con la necesidad de expandir la atención a otras obras sociales que no sean solo las de Ejército y Fuerza Aérea.

Instrumentos

Para la recolección de datos sobre la problemática específica relevada en primer lugar en el orden de prioridades: el estrés y el cansancio de estas profesionales, se utilizarán tres instrumentos.

En primer lugar un cuestionario para la muestra (realización propia). En segundo lugar se aplicará la Escala de Maslach (Maslach, 1986) y por último esto será completado con entrevistas en profundidad a algunas de las integrantes de la muestra. Los instrumentos se detallan a continuación:

Cuestionario para la muestra:

Los procedimientos de investigación usando encuestas establecen reglas que nos permiten acceder de forma científica a lo que las personas opinan. Uno de los principales objetivos de esto es que un segundo investigador pueda repetir el proceso siguiendo los mismos pasos, es decir, debe ser sistemático. (León, Montero, 2003)

Con encuestas se pueden conocer opiniones, actitudes, creencias, actividad laboral, hábitos sexuales, etc. Con esto se quiere indicar que son procedimientos utilizados por un amplio espectro de investigadores. Incluso existen organismos que los emplean en forma exhaustiva. Por ejemplo, en España el Instituto Nacional de Estadística, Centro de Investigaciones Sociológicas, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, Partidos Políticos, Cáritas, etc. (León, Montero, 2003)

Aunque en el lenguaje coloquial se utiliza indistintamente la palabra encuesta y cuestionario, los autores se refieren con encuesta al conjunto de todas las actividades de investigación, mientras que se reservan la palabra cuestionario para las preguntas. (León, Montero, 2003)

El presente cuestionario se realizó teniendo en cuenta la problemática a tratar en el trabajo, para obtener información de la muestra, detectar signos de estrés y poder establecer diferencias entre los dos grupos. En este caso se realizó un *muestreo a intencional*, con el objetivo de que sus integrantes

cumplan con algún requisito específico (León, Montero, 2003). Concretamente, hablamos de mujeres que trabajen como bioquímicas en el Laboratorio del Hospital Militar, y que pertenezcan a dos grupos en edades diferentes (adultez temprana y adultez intermedia). Esto para poder establecer relaciones entre los resultados de los cuestionarios de ambos grupos, sobre la existencia de síntomas de Síndrome de Burnout.

En este caso la muestra es la misma que la población, porque son todas las mujeres que trabajan como bioquímicas en el Hospital Militar, es por eso tal vez que no sea generalizable. Pero esto puede abrir las puertas para futuras investigaciones en otras instituciones verticalistas con características similares.

El cuestionario está compuesto por 30 preguntas, la totalidad de ellas están determinadas, se denominan cerradas y puede ser respondido sin la presencia del entrevistador, con una previa explicación sobre la forma de contestar. (León, Montero, 2003)

Las preguntas del cuestionario son variadas, algunos ejemplos son:

Preguntas de si o no, algunos ejemplos son: la pregunta N° 7. ¿Tiene otro empleo? a. Si b. No. La pregunta N° 8. Si tiene pareja, ¿Su conyugue trabaja? a. Si b. No

Preguntas de evaluación de frecuencia, ejemplos: pregunta N° 16. ¿Se siente agotado al final de la jornada laboral? a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Nunca. Pregunta N° 25. ¿Siente al trabajo como el centro de su vida? a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Nunca

Preguntas en las que se solicita evaluar la magnitud de una variable, algunos ejemplos son: Pregunta N° 9. En su trabajo, su puesto requiere trabajar a un ritmo: a. Muy rápido b. Rápido c. Regular. Pregunta N° 10. Su trabajo demanda un grado de atención: a. Alto b. Medio c. Bajo

En cuanto a la elaboración de las preguntas, la mayoría de ellas son sencillas, cortas y con lenguaje accesible, lo que facilita su lectura y entendimiento por parte del entrevistado.

El cuestionario es de forma autoaplicada, pero con la presencia del entrevistador para que eventualmente se puedan aclarar las preguntas que no resulten claras a los entrevistados.

Los resultados serán plasmados en gráficos de tortas con sus respectivos porcentajes por respuesta.

Cuestionario para la muestra:

1. Su edad:

- a. Entre 20 y 40
- b. Entre 40 y 65

2. ¿Cuál es su estado civil?

- a. Soltera
- b. En concubinato
- c. Casada
- d. Viuda
- e. Separada
- f. Divorciada

3. ¿Cuál es su profesión?

- a. Estudiante
- b. Recién Graduado
- c. Profesional con menos de 5 años de experiencia
- d. Profesional con más de 5 años de experiencia

4. Su jornada laboral es:

- a. Lunes a viernes
- b. Lunes a sábados
- c. Lunes a domingo con franco rotativo

5. ¿Cuántas horas cumple en su trabajo (semanales)?

- a. 20
- b. 25
- c. 30
- d. 40
- e. 44

6. ¿Cuál es su antigüedad laboral en el Hospital Militar?

- a. Menos de 2 años
- b. Entre 2 y 5 años
- c. Más de 5 años
- d. Más de 10 años

7. ¿Tiene otro empleo?

- a. Si
- b. No

8. Si tiene pareja, ¿Su cónyuge trabaja?

- a. Si
- b. No

9. En su trabajo, su puesto requiere trabajar a un ritmo:

- a. Muy rápido
- b. Rápido
- c. Regular

10. Su trabajo demanda un grado de atención:

- a. Alto
- b. Medio
- c. Bajo

11. El tiempo disponible diario que tiene para realizar sus tareas es:

- a. Excesivo
- b. Suficiente
- c. Insuficiente

12. ¿Se siente presionado al tener que tomar decisiones de mucha responsabilidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

13. Los valores que se privilegian en el Hospital ¿Coinciden con los de su vida personal?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

14. Su trabajo ¿Le permite cumplir con sus objetivos personales?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

15. Si los objetivos propuestos por el Hospital no son alcanzados ¿Se siente responsable?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

16. En su puesto de trabajo ¿Hay lugar para la creatividad y la iniciativa?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

17. ¿Sus superiores reconocen su trabajo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

18. ¿Tiene participación en la definición de los objetivos relativos a sus funciones?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

19. ¿Las condiciones físicas del Hospital para realizar su trabajo son?

- a. Malas
- b. Regulares
- c. Normales

d. Optimas

20. ¿Siente que las tareas cotidianas están bien distribuidas?

- a. Si
- b. No

21. ¿Traslada los problemas laborales a su casa?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

22. ¿Se toma los descansos correspondientes dentro de la jornada laboral?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

23. Fuera del horario de trabajo ¿Realiza actividades recreativas (deportes, espectáculos)?.

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

24. ¿Existen relaciones informales donde tiene contacto personal con sus compañeros de trabajo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

25. ¿Siente al trabajo como el centro de su vida?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

26. ¿Se siente agotado al final de la jornada laboral?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

27. (Contestar si la anterior es afirmativa) Cuando se levanta para ir a trabajar ¿Se siente cansado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

28. (Contestar si la anterior es afirmativa) Comenzó a sentirse agotado en su trabajo a partir de los...

- a. Menor a 4 años de trabajo en el Hospital
- b. De los 5 a 10 años de trabajo en el Hospital
- c. Más de 10 años de trabajo en el Hospital

29. ¿Siente que su trabajo le provoca estrés?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

30. (Contestar si la anterior es afirmativa) ¿Existe, en su lugar de trabajo, algún tipo de abordaje para el estrés?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

Escala de Maslach (para medir Síndrome de Burnout)

Una forma de medir el Síndrome de Burnout es el cuestionario Maslach (1986), que de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se completa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34.

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Escala de Maslach (1986):

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente, es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento "quemado" por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Se consideran puntuaciones bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado - elevado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas.

Los resultados de las Escala de Maslach serán plasmados en cuadros comparativos.

Esta Escala será complementada con entrevistas individuales que se realizarán a algunas de las mujeres para ampliar y confirmar la información recolectada.

Entrevista psicológica

La entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y es una técnica de investigación científica de la psicología. En cuanto técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no solo se amplía y verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica. Esta doble faz de la técnica tiene especial gravitación en el caso de la entrevista porque –entre otras razones- identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador y de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de los conocimientos científicos y al mismo tiempo posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel de conocimiento y la elaboración científica. Y todo esto en un proceso interrumpido de interacción. (Bleger, 1985)

Se entiende por entrevista psicológica, aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia, etc.). Es el instrumento fundamental de trabajo no solo para el psicólogo sino también para otros profesionales (psiquiatras, trabajadores sociales, etc). (Bleger, 1985)

La entrevista puede ser cerrada o abierta. Es cerrada cuando las preguntas ya están previstas, tanto como lo están el orden y la forma de plantearlas, el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones, esta entrevista es en realidad un cuestionario. En la entrevista, abierta el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones,

permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular. La entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda en la personalidad del entrevistado. (Bleger, 1985).

Otra forma de distinguir diversos tipos de entrevista deriva del beneficiario del resultado, se puede reconocer:

A- la que se realiza en beneficio del entrevistado, es el caso de la consulta psicológica o psiquiátrica.

B- la que se lleva a cabo con objetivos de investigación, en la que importan los resultados científicos de la misma.

C- la que se realiza para un tercero (una institución). (Bleger, 1985)

En el presente trabajo se tomarán entrevistas a algunas de las personas que forman parte de la muestra, estas entrevistas serán abiertas, pero girarán en torno a los ejes de investigación del trabajo, por lo que se denominan entrevistas semiestructuradas. Concretamente, se abordarán cuestiones relativas al trabajo de cada persona, pero con la finalidad de conocer como influyen estas cuestiones laborales a nivel personal y psicológico. Por eso son entrevistas con objetivos de investigación.

En la entrevista hay configurado un campo, esto es que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. Una sistematización que permite el estudio detallado de la entrevista como campo consiste en centrar el estudio sobre:

A- el entrevistador, en el que se incluye su actitud, su disociación instrumental, contratransferencia, identificación, etc.

B- el entrevistado, incluyendo aquí la transferencia, estructuras de conducta, rasgos de carácter, ansiedades, defensas, etc.

C- la relación interpersonal, se incluye la interacción entre participantes, el proceso de comunicación, proyección, introyección, identificación, etc. (Bleger, 1985)

Las entrevistas se utilizarán para ampliar preguntas de la Escala de Maslach como también del cuestionario, la intención es profundizar en aspectos como el trabajo en la sala y el sentimiento particular que este provoca, la vivencia personal de cada trabajadora y como la afecta a nivel

personal. Otros puntos a indagar en las entrevistas (en el caso de mujeres en edad adulta intermedia) serán la diferencia que observa cada profesional en su rendimiento actual con respecto a varios años atrás, si es que esta diferencia existe. Y en el caso de las mujeres en edad adulta temprana, indagar si el trabajo les produce estrés, o si hay alguna tarea específica que les produce este malestar. Un punto importante también es conocer la opinión de las entrevistadas con respecto a como se podría disminuir este estrés laboral (en los casos que exista este sentimiento)

De las intervenciones pueden surgir problemáticas personales que no serán trabajadas a nivel grupal, y se inferirá de esto la necesidad o no de realizar un abordaje a nivel individual.

PARTE III

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Resultado y Análisis del cuestionario

En una de las visitas al Hospital se le aplicó a la muestra el cuestionario de realización propia. Fue entregado en mano a las catorce integrantes de la muestra, ya que fue autoaplicado con la presencia del entrevistador, para poder aclarar preguntas que no resultaran claras. Se tuvieron que realizar dos visitas posteriores al Hospital porque no se pudo tener acceso a todas las integrantes de la muestra el primer día.

Los resultados del cuestionario se analizaron de manera porcentual en gráficos de tortas (*Anexo 2*).

Las primeras ocho preguntas del cuestionario se realizaron para obtener información directa de la muestra y poder diferenciar los dos grupos, por lo que cada grupo se analizará como el 100%.

El 86% de las mujeres del grupo uno son casadas y el 14% son solteras. En el grupo dos el 71% son solteras y el 29 % viven en concubinato (*Gráfico 2*). El 100% de las mujeres del grupo uno son profesionales con más de cinco años de experiencia, en el grupo dos el 86% posee menos de cinco años de experiencia y el 14% son recién graduadas (*Gráfico 3*). En cuanto a la jornada laboral el 71% de las mujeres del grupo uno trabaja de lunes a viernes (no se tuvieron en cuenta las guardias) y el 29% de lunes a sábado, en el grupo dos el 71% trabaja de lunes a sábados, y el 29% de lunes a viernes (*Gráfico 4*). El 57% de las mujeres del grupo uno trabaja 30 horas semanales y el 43% de ellas 25 horas, en el grupo dos el 71% trabaja 30 horas semanales y el 29% trabaja 25 horas. (*Gráfico 5*)

El 100% de las mujeres del grupo uno tiene una antigüedad mayor a diez años en el Hospital, mientras que en el grupo dos el 71% tiene una antigüedad entre dos y cinco años, y el 29% menor a dos años (*Gráfico 6*). Solo el 14% de las mujeres del grupo uno tiene otro empleo, y en el grupo dos ninguna. (*Grafico 7*)

En la pregunta nueve comienzan a observarse las diferencias entre los grupos. El 71% de las integrantes del grupo uno considera que su trabajo

requiere trabajar a un ritmo rápido y el 29% afirma que se necesita un ritmo muy rápido. En el grupo dos el 57% piensa que se necesita un ritmo rápido y el 43% considera que se necesita un ritmo regular. (*Gráfico 9*). Con esto se observa en cierta forma la diferencia de esfuerzo percibido por los dos grupos. El grupo uno percibe que tiene que trabajar a un ritmo mucho mayor que el grupo dos. Esto es lógico si se tiene en cuenta que realizan el mismo trabajo, pero tienen veinticinco años de diferencia, razón por la cual la fortaleza y el dinamismo son distintos.

El 100% de las mujeres del grupo uno respondió que su trabajo demanda un grado alto de atención, mientras que en el grupo dos el 71% afirma que requiere un grado medio y el 29 % alto. (*Gráfico 10*). Lo anterior pone en evidencia que, cinco de las siete mujeres del grupo dos ejercen un grado medio de atención en su trabajo y las siete mujeres del grupo uno ejercen la máxima atención posible. En este punto se observa también la gran diferencia existente entre los grupos, ya que el trabajo sigue siendo el mismo, pero las formas de percibirlo son distintas. Esto podría estar relacionado con la experiencia de cada profesional o con el área del laboratorio a la cual pertenecen, en reiteradas ocasiones la experiencia hace que se preste más atención a la tarea para no cometer errores, podría suceder que las personas de menor experiencia no consideren tan relevante la posibilidad de error. Por otro lado, trabajar constantemente con un alto grado de atención puede resultar mas cansador o desgastante que trabajar con un grado medio de ella.

En el grupo uno el 29% de las mujeres afirman que el tiempo que tienen para realizar el trabajo es insuficiente mientras que las restantes respondieron que es suficiente. En este caso el 29% de las profesionales pueden estar sintiendo sobrecarga de rol, estresor importante a tener en cuenta. El 100% del grupo dos considera que el tiempo para el trabajo, es suficiente. (*Gráfico 11*).

El 86% de las mujeres del grupo uno manifestaron que casi siempre se sienten presionadas al tener que tomar decisiones de mucha responsabilidad, y el 14% manifestó que esto es así siempre. Se observa en este caso la presencia de otro estresor, la presión al tener que tomar decisiones, sin duda la presión puede estar relacionada a múltiples factores de la tarea cotidiana y a

las consecuencias que implica tomar una decisión, innegable es que sentirse presionada puede provocar estrés. En el grupo dos el 57% no se siente presionado y el 43% se sienten presionadas a veces. (*Gráfico 12*)

En cuanto a la incidencia de los valores del Hospital con los de su vida, el 71% de las mujeres del grupo uno respondieron a veces, y el 29% casi siempre. Este factor se podría tener en cuenta desde el punto de vista de la motivación intrínseca hacia el trabajo, la mayoría de las mujeres de este grupo trabajan en una Institución, con la que solo a veces tienen valores en común, lo que podría influir también en el cumplimiento de los objetivos tanto personales como Institucionales, como se observa no tienen la misma dirección. Distinta es la situación en el grupo dos, donde el 42% contestó que los valores coinciden siempre, el 29% dijo que casi siempre y el restante 29% opina que a veces. (*Gráfico 13*) Es probable que las mujeres del grupo uno cuando comenzaron a trabajar tenían la misma percepción que el grupo dos sin embargo con el tiempo esta percepción fue modificándose. Por lo cual, es importante tener en cuenta la opinión del grupo dos para que esto continúe logrando incrementarse a favor de la Institución. Para lo cual sería importante reflexionar acerca de las diferencias en relación a valores con el grupo uno, intentando no cometer los mismos errores con el grupo dos.

Relacionado con el punto anterior es la pregunta 14, en cuanto a si el trabajo permite o no, cumplir los objetivos personales. El 71% del grupo uno contestó a veces, y el 29% casi siempre. La mayoría de las mujeres, sólo a veces cumplen sus objetivos personales en el ámbito laboral, no así el grupo dos, ya que el 86% respondió siempre mientras que el 14% casi siempre.

Lo anterior podría verse relacionado con la etapa del ciclo vital y laboral por el que transitan los diferentes grupos. El grupo dos se encuentra en plena etapa de generatividad, ocupando el trabajo una posición de importancia y por sobre todo teniendo en cuenta que el 71% de las mujeres del grupo dos son solteras. Los objetivos personales del grupo uno son diferentes, por ejemplo: un objetivo personal podría ser el de jubilarse para empezar otro tipo de vida ya alejada del ámbito laboral. (*Gráfico 14*).

El 57% de las mujeres del grupo uno respondió que a veces se siente responsable si los objetivos no son alcanzados, el 29% respondió casi siempre y el 14% nunca. En el grupo dos el 57% respondió a veces y el 43% casi siempre. De lo que podría deducirse un mayor compromiso por parte de este grupo, en parte por lo explicado en la pregunta anterior, y si la mayoría de las participantes del grupo uno solo a veces se sienten responsables de los objetivos, se podría hablar de una actitud negativa hacia el trabajo, lo cual indicaría un síntoma del Síndrome de Burnout. (*Gráfico 15*)

Otro aspecto en relación a esta pregunta, es la pertenencia a la institución de este grupo de mujeres. Se entiende por pertenencia al grado avanzado de filiación o de ligazón existente en el grupo o en (y para con) la institución. Ésta es fundamental para la organización y el desarrollo del grupo, y en lo personal es un sostén en cuanto atañe a la identidad de la persona. Si el sentido de pertenencia es bajo suceden cosas, como por ejemplo, no tener objetivos y valores en común entre la institución y sus integrantes, o no sentirse responsable por el logro o no de los objetivos, que a largo plazo termina influyendo de manera negativa en la vida del individuo. Es la institución la responsable de fortalecer el lazo de pertenencia, ya que es ella la que posee los elementos para lograr el sentido de pertenencia en sus integrantes. El programa de prevención propuesto en el presente trabajo podría resultar un elemento que afiance la pertenencia de las personas a la institución.

En la pregunta sobre si en el trabajo hay lugar para la creatividad e iniciativa, el 71% del grupo uno contestó a veces, y el 29% nunca. Marcada es la diferencia con el grupo dos en donde el 42% respondió a veces, el 29% casi siempre, y el restante 29% siempre, se observa que la mayoría de las mujeres de este grupo opinan que hay lugar para la creatividad e iniciativa. Esto está relacionado también con la motivación intrínseca. Por su parte, la mayoría de las mujeres del grupo uno respondieron a veces, lo que podría significar que estas mujeres poseen iniciativa y creatividad en el ámbito laboral, pero la Institución no permite su expresión. Puede suceder que esto no sea percibido así por el grupo dos por la escasa antigüedad en el Hospital. A pesar de ello es importante tener en cuenta que el trabajo del bioquímico es estandarizado y la

creatividad podría estar limitada por el tipo de tarea, más que por la Institución en sí, razón por la cual la misma juega un rol importante, ¿Utiliza la institución alguna vía para que su personal pueda expresar la iniciativa y creatividad? (Gráfico 16)

El 86% de las mujeres del grupo uno afirmó que sus superiores reconocen su trabajo a veces, y el 14% contestó nunca. Esto podría significar un problema, si se observa en proporción al esfuerzo realizado por este grupo, ya que como se afirmó anteriormente, la mayoría de las integrantes de este grupo consideran que su trabajo requiere un alto grado de atención y un acelerado ritmo de trabajo. Si esto no es reconocido, influye en la motivación y ganas de realizar el trabajo, también es un factor a tener en cuenta en las relaciones interpersonales entre jefes y subordinados, todos factores que influyen en el clima laboral. Es decir, por un lado tenemos un grupo de personas que consideran que trabajan excesivamente, y por el otro, superiores que no siempre reconocen este trabajo, ni la calidad de la tarea realizada, factor importante a tener en cuenta por el tipo de trabajo que se realiza en un laboratorio donde el margen de error debe ser casi nulo. En el grupo dos el 57% respondió que reconocen siempre su trabajo y el 43% casi siempre, esto resulta llamativo si se tiene en cuenta que los Jefes de las mujeres del grupo dos son los mismos que los del grupo uno. (Gráfico 17)

En cuanto a si tienen participación en la definición de objetivos relativos a sus funciones, en el grupo uno el 42% respondió casi siempre, un 29% a veces y el restante 29% nunca. En el grupo dos el 100% contestó a veces. Este punto podría relacionarse con una cuestión de rango y antigüedad en la Institución. (Gráfico 18).

El 57% de las mujeres del grupo uno respondió que las condiciones en el trabajo son regulares, el 29% dijo que son malas, y el restante 14% respondió que son normales. Se observa que la mayoría de las integrantes del grupo uno, no están conformes o consideran que podrían ser mejores las condiciones físicas de trabajo. Esto estaría directamente relacionado con las dificultades que provocan el traslado a la sala y la realización de guardias. Diferente son las respuestas del grupo dos, donde el 71% de las mujeres

afirman que las condiciones son óptimas y un 29% normales. (*Gráfico 19*) Es diferente el lugar y modalidad de trabajo que necesita una mujer de 50 años, que el que necesita una de 28. (Ver análisis cualitativo).

El 71% de las mujeres del grupo uno contestó que las tareas no están bien distribuidas, y el 29% respondió que si lo están. En el grupo dos el 100% respondió que están bien distribuidas (*Gráfico 20*). Las mujeres del grupo uno pretenderían dejar de realizar determinadas tareas que producen estrés y malestar. (Ver análisis cualitativo)

En la pregunta si traslada los problemas laborales a su casa, el 86% de las mujeres del grupo uno respondió a veces, y el 14% casi siempre. En el grupo dos, el 71% contestó nunca y el 29% a veces (*Gráfico 21*). En este punto el grupo uno podría verse más afectado a nivel personal por los problemas, que el grupo dos, esto también serían una fuente de estrés, porque implicaría no poder olvidar por completo los problemas laborales al llegar al hogar.

El 72% del grupo uno contestó que a veces se toma los descansos correspondientes en la jornada laboral, un 14% contestó casi siempre y el restante 14% nunca. En el grupo dos el 43% respondió casi siempre, otro 43% siempre, y el 14% a veces. Este punto estaría relacionado con la rapidez que se necesita en el trabajo, las personas más jóvenes al ser más dinámicas, quizás tengan mayor tiempo para los descansos que las mujeres del grupo uno. Sería importante en este punto profundizar en, como están distribuidas las tareas en el grupo de trabajo y con cuanto tiempo cuentan para realizarlas. No tomarse descansos en la jornada laboral podría ser también, un factor estresante (*Gráfico 22*).

En la pregunta relacionada a las actividades recreativas fuera del trabajo, el 72% del grupo uno contestó a veces, un 14% afirmó casi siempre mientras que el restante 14% siempre. Este aspecto es de suma importancia para la intervención, ya que realizar actividades recreativas, sobretodo deportes, ayuda a la relajación tanto de tipo corporal como mental. El 57% del grupo dos respondió que lo realiza siempre y el restante 43% casi siempre. (*Gráfico 23*)

El 86% del grupo uno contestó que a veces tienen relaciones informales con sus compañeros fuera del ámbito laboral y un 14% respondió nunca. En el grupo dos, el 42% respondió casi siempre, 29% siempre mientras que el restante 29%, afirmó que sólo a veces. (*Gráfico 24*).

En la pregunta a cerca del percibir el trabajo como el centro de su vida, el 57% del grupo uno contestó nunca, el 29% a veces y un 14% casi siempre. En el grupo dos, el un 86% respondió nunca y un 14% a veces. (*Gráfico 25*)

En cuanto a si se sienten agotadas al final de la jornada laboral, en el grupo uno un 43% contestó casi siempre, 43% a veces, y el restante 14% siempre. En el grupo dos, 43% contestó nunca, y el restante 57% a veces. (*Gráfico 26*)

El 57% de las mujeres del grupo uno contestó que a veces se sienten cansadas cuando se levantan para ir a trabajar, un 29% afirmó que casi siempre y un 14% siempre. En cuanto al grupo dos, un 57% contestó a veces y el restante 43% respondió nunca (*Gráfico 27*)

El 100% de las mujeres del grupo uno comenzó a sentirse cansadas a partir de los 10 años o más de trabajo. En el grupo dos el 57% comenzó a sentirse cansado con menos de cuatro años de trabajo y el 43% restante no contestó (43% que respondieron nunca a la pregunta anterior) (*Gráfico 28*).

En la pregunta si siente que su trabajo le provoca estrés, el 57% del grupo uno contestó a veces y el restante 43% siempre. En cuanto al grupo dos el 100% contestó nunca. (*Gráfico 29*)

En la pregunta sobre si existe en su trabajo algún tipo de abordaje para el estrés, el 100% de las mujeres del grupo uno contestaron nunca. El 57% del grupo dos dijo a veces y el restante 43% contestó casi siempre. Es evidente que las participantes del grupo uno sienten, en mayor o menor grado algo de estrés y que en la Institución no existen abordajes para esto, pero el grupo dos percibe que este tema si es abordado, ¿Esto será así debido a que las participantes del grupo dos no sienten estrés, o no lo sienten en la misma magnitud que el grupo uno? (*Gráfico 30*)

En las últimas cuatro preguntas se observa que la diferencia de pensamiento es marcada entre los dos grupos. Como se anticipó anteriormente

las mujeres del grupo uno sienten que su trabajo les provoca estrés, en mayor o menor grado, a diferencia del grupo dos que todas contestaron que nunca les produce estrés.

Esto puede deberse a la presencia de estresores en el grupo uno, como por ejemplo sentir la falta de apoyo de los superiores, o que no hay lugar para la creatividad e iniciativa en el trabajo, que las condiciones de trabajo no son buenas, que las tareas no están bien distribuidas, etc.

Estos factores percibidos por el grupo uno pueden llevar a una pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento. En este punto es importante no olvidar la etapa de la vida por la que pasan este grupo de mujeres, la pérdida de energía puede, no ser producto solo de factores laborales sino también personales. Entonces hay que (teniendo en cuenta factores laborales y personales) realizar un abordaje para que esto no devenga en un agotamiento crónico, o peor aún en ansiedad o depresión.

Resultado y Análisis de la Escala de Maslach

Luego del cuestionario se aplicó a la muestra la Escala de Maslach (1986), esta se compone de 22 ítems que miden cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

La escala fue entregada a cada una de las integrantes de la muestra para que la completen. (*Anexo 3*)

Para el análisis de los resultados, se sumaron las respuestas de cada participante a cada una de las preguntas (separando al grupo uno y al dos). Luego se dividieron las preguntas que pertenecen a cada una de las variables (cansancio emocional – despersonalización – realización personal) y se sumaron los totales de las respuestas de cada variable. Por último para conocer el grado en que se presenta cada variable en el grupo, se dividió el total por la cantidad de participantes de la muestra (7 en cada grupo) y se estableció el rango.

Para medir el grado (bajo, medio o alto) en que cada una de las tres variables aparece en los dos grupos se estableció el siguiente rango, esto con la finalidad de lograr un estándar común para el análisis de los resultados:

| VARIABLES | | | | | |
|----------------------------|------------|---------------------------|------------|-----------------------------|-----------|
| Cansancio Emocional | | Despersonalización | | Realización Personal | |
| Grado | Respuestas | Grado | Respuestas | Grado | Respuesta |
| Bajo | 0 a 18 | Bajo | 0 a 10 | Bajo | 0 a 16 |
| Medio | 19 a 36 | Medio | 11 a 20 | Medio | 17 a 32 |
| Alto | 37 a 54 | Alto | 21 a 30 | Alto | 33 a 48 |

En el grupo uno se obtuvieron los siguientes resultados:

| CUADRO 1: Edad Adulta Intermedia | | | | | |
|---|---------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| Cansancio Emocional | | Despersonalización | | Realización Personal | |
| Pregunta | Total de Respuestas | Pregunta | Total de Respuestas | Pregunta | Total de Respuestas |
| 1 | 30 | 5 | 8 | 4 | 32 |
| 2 | 35 | 10 | 8 | 7 | 26 |
| 3 | 31 | 11 | 13 | 9 | 24 |
| 6 | 32 | 15 | 7 | 12 | 20 |
| 8 | 28 | 22 | 9 | 17 | 31 |
| 13 | 17 | | | 18 | 27 |
| 14 | 31 | | | 19 | 27 |
| 16 | 37 | | | 21 | 27 |
| 20 | 13 | | | | |
| Total | | | 45 | | 214 |
| Promedio | | | 6,43 | | 30,5 |

- Las respuestas a las afirmaciones que miden la primer variable de la escala, cansancio emocional, fueron moderadas con un promedio de 33,4 puntos, teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 54.
- Las respuestas a las afirmaciones que miden la segunda variable de la escala, despersonalización, fueron bajas con un promedio de 6,43 puntos, teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 30.

- Las respuestas a las afirmaciones que miden la tercera variable de la escala, realización personal, fueron moderadas con un promedio de 30,5 puntos, teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 48.

En el grupo dos los resultados obtenidos fueron los siguientes:

| CUADRO 2: Edad Adulta Temprana | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| Cansancio Emocional | | Despersonalización | | Realización Personal | |
| Pregunta | Total de Respuestas | Pregunta | Total de Respuestas | Pregunta | Total de Respuestas |
| 1 | 3 | 5 | 5 | 4 | 39 |
| 2 | 5 | 10 | 1 | 7 | 41 |
| 3 | 6 | 11 | 6 | 9 | 42 |
| 6 | 9 | 15 | 15 | 12 | 42 |
| 8 | 0 | 22 | 3 | 17 | 40 |
| 13 | 0 | | | 18 | 39 |
| 14 | 6 | | | 19 | 42 |
| 16 | 4 | | | 21 | 34 |
| 20 | 0 | | | | |
| Total | 33 | | 30 | | 319 |
| Promedio | 4,7 | | 4,28 | | 45,6 |

- Las respuestas a las afirmaciones que miden la primer variable de la escala, cansancio emocional, fueron bajas con un promedio de 4,7 puntos, teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 54.
- Las respuestas a las afirmaciones que miden la segunda variable de la escala, despersonalización, fueron bajas con un promedio de 4,28 puntos, teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 30.
- Las respuestas a las afirmaciones que miden la tercera variable de la escala, realización personal, fueron elevadas con un promedio de 45,6 puntos, teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 48.

Como conclusión general de los resultados de esta escala, se puede observar que ninguna de las integrantes de la muestra padece Síndrome de Burnout, lo que no garantiza que no existan síntomas del mismo.

Como se observa, los puntajes en la variable cansancio emocional del grupo uno, son muy superiores a los del grupo dos (Promedio grupo uno: 33,4 puntos, Grupo dos: 4,7 puntos). Esto muestra una tendencia importante, no obtuvieron el puntaje mayor en ninguna respuesta, pero el grupo uno está al límite y es por eso la importancia de la prevención.

Esto señala (en el grupo uno) un importante signo de cansancio emocional frente al trabajo, sentimiento de estrés, fatiga y sentimiento de realizar demasiado esfuerzo por las demandas del trabajo. Tiene estrecha relación con la pregunta 26 del cuestionario (se siente agotado al final de la jornada laboral) en la que el 43% contestó casi siempre. De la misma forma que el 43% de las mujeres respondieron que su trabajo les provoca estrés siempre.

En el grupo uno la pregunta que obtuvo mayor puntaje fue la 16: *“trabajar directamente con personas me produce estrés”* (ver cuadro 1: 37 puntos), seguida de la pregunta 2: *“me siento cansado al final de la jornada de trabajo”* (cuadro 1: 35 puntos). Como se puede observar ambas preguntas son prácticamente similares a las realizadas en el cuestionario y los resultados obtenidos fueron altos, lo que es signo de la coherencia del pensamiento en el grupo y demuestra que los instrumentos no fueron contestados al azar.

Volviendo al análisis de la variable, sería interesante preguntarse ¿Serán estos resultados consecuencia de que este grupo de mujeres está realizando un sobreesfuerzo? Según Freudenberger (1974) es típico de las profesionales de servicios de ayuda sentir este estado de agotamiento como consecuencia de trabajar incesantemente, sin tener en cuenta las propias necesidades.

El cansancio emocional se puede expresar de manera física o psíquica, en el análisis cualitativo se confirma la existencia de este cansancio y como es vivido por el grupo uno.

En el grupo dos no hay signos de cansancio emocional, la respuesta que mayor puntaje obtuvo (9 puntos) fue la seis, *“trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo”*, lo que indica que las profesionales más jóvenes pocas veces al año o menos de una vez al mes sienten este esfuerzo. Hay que prestar atención a estas respuestas, porque con el paso del tiempo este

esfuerzo se puede incrementar, ya que en el grupo uno, los puntajes fueron notablemente mas elevados (32 puntos). Lo interesante sería lograr que este sentimiento no solo no se incremente sino que tampoco se vuelva crónico.

En la segunda variable del grupo uno los resultados fueron bajos, lo que señala que no existen importantes conductas de frialdad y distanciamiento hacia los pacientes. En la pregunta 11 solo una de las mujeres contestó que todos los días le preocupa que este trabajo la endurezca emocionalmente (6 puntos), dos mujeres contestaron una vez al mes o menos (2 puntos), y tres mujeres pocas veces al año o menos (1 punto) (ver cuadro1). Esto parece corresponder con los supuestos del presente trabajo, en donde se afirma que al aumentar la edad, puede en algunos casos, aumentar la sensibilidad, y disminuir la tolerancia a enfrentarse con situaciones dolorosas como son por ejemplo el contacto con pacientes de la sala de internaciones. Entonces es coherente que las puntuaciones en esta variable sean bajas, ya que estas personas no se comportan con frialdad y distanciamiento ante los pacientes, sino todo lo contrario, las problemáticas las afectan demasiado (y esto si puede producir distanciamiento, pero no por frialdad), tanto que a veces puede llevar a provocar un cansancio profundo, estrés o angustia.

Es importante en este punto tener en cuenta el sentimiento individual que puede provocar tratar con pacientes a esta edad, y más aún si se habla de pacientes en riesgo de muerte. Porque no es lo mismo enfrentarse a la muerte a los treinta años que a los cincuenta o a las sesenta, dado que una vez pasada la mitad de la vida la muerte se vislumbra mas cercana que antes. (Ver análisis cualitativo).

En el grupo dos los resultados en está variable fueron más bajos (4,28 puntos), que en el grupo uno (6,43 puntos), los signos de despersonalización son mucho menores, y esto señala que no existen por el momento actitudes de frialdad y distanciamiento hacia los pacientes.

Los resultados del grupo uno en la tercera variable demuestran un grado medio de autoeficacia y realización personal (30,5 puntos), la pregunta que menor puntaje obtuvo fue la 12: *“me siento muy activo”* (20 puntos), en este punto si se puede preguntar sobre que factores están influyendo en esta

afirmación, pasada la mitad de la vida la actividad (y capacidad de realizarla) no es la misma que cuando uno es mas joven. Es por eso que en este punto hay que tener en cuenta la edad, etapa del ciclo vital y etapa laboral.

La pregunta 4: *"comprendo fácilmente como se sienten mis pacientes"* fue la que mas puntos obtuvo en el grupo uno (32 puntos), esta puede ser interpretada como "comprensión" hacia el dolor o sufrimiento ajeno (ver análisis cualitativo).

Se esperaba en el grupo uno, un menor puntaje en esta variable, y lo obtenido se puede deber a la utilización de defensas, el síntoma defensivo es una característica del Síndrome de Burnout, utilizar la negación emocional, desplazamiento de emociones hacia otras situaciones puede ser común. .

Los resultados en el grupo dos en la variable realización personal son elevados (45,6 puntos), y coinciden con las respuestas del cuestionario. Esto se relaciona con la capacidad de usar la creatividad e iniciativa en el trabajo, ya que si esto es posible, el sentimiento de realización personal es mayor, en este caso no ocurre lo mismo en el grupo uno. Sentir el apoyo de los superiores es importante también en este sentimiento, al igual que sentirse responsable por los objetivos cumplidos y que los valores de la institución coinciden con los personales (temas abordados en el cuestionario).

Análisis Cualitativo de las Entrevistas en Profundidad

Como último paso se tomaron entrevistas a dos personas de la muestra del grupo uno, las mismas fueron elegidas al azar. Las entrevistas tuvieron como principal objetivo profundizar en aspectos ya indagados con los anteriores instrumentos, pero con la finalidad de conocer el sentimiento individual de algunas de las integrantes de la muestra.

Las entrevistadas fueron las mujeres número dos (*Anexo 4*) y número tres (*Anexo 5*). Los ejes principales de las entrevistas fueron:

- Antigüedad e historia personal en el Hospital Militar
- Características del trabajo que realiza

- Experiencias estresantes
- Situación de trabajo ideal
- Principales necesidades laborales

Las características comunes en ambas entrevistas fueron que las dos mujeres coincidieron en hablar del trabajo de la sala y la realización de guardias como principales situaciones que provocan malestar.

La mujer número dos comenzó la entrevista hablando de las diferencias existentes entre el Hospital Militar de Córdoba con los del resto del país, manifestó en relación a esto la falta de aparatología y capacidad para resolver problemas del Hospital de Córdoba, Tuvo la experiencia de trabajar en diferentes Hospitales de Argentina y por esto la comparación

Se trata de una mujer que ha vivido situaciones traumatizantes a lo largo de su vida debido a problemas de salud. Esto le ha provocado, hoy con 59 años, no poder realizar determinadas tareas en su trabajo cotidiano. Acepta que le es casi imposible el contacto con los pacientes de la sala porque esto le produce un gran malestar, expresa que no puede transmitir a los pacientes la misma seguridad que cuando era mas joven. Esto se puede deber a la propia inseguridad y temor que tiene esta persona con respecto a la enfermedad y a la constante comparación que realiza con respecto a cuando era joven. Por momentos pareciera que le molesta el hecho de no poder hacer lo que hacía cuando era mas joven. *“...a los problemas los siento mas cerca y yo antes me consideraba como intocable, ahora ya no, entonces eso me afecta...”(Anexo 4)*

Afirma que en muchas oportunidades se siente desganada, y no solo en el ámbito laboral. El desgano en este caso no se expresa en lo físico, pero si en la situación que se vive en el Hospital, desde su punto de vista, hay problemas con elementos de trabajo, el Jefe de Servicio actual no tiene la misma capacidad que el anterior para resolver problemas, expresó que es el primer Hospital donde “se siente la parte militar” y esto se observa en que las órdenes tienen que ser cumplidas sin excusas por todo el personal, sin tener en cuenta los problemas particulares. Es una persona que expresa un gran cariño hacia la Institución, por su historia en la misma, pero es innegable que todos estos factores influyen en su sentimiento y motivación hacia el trabajo.

Relacionado con esto es la incapacidad de hacer lo que le gusta por falta de elementos, demuestra ganas de enseñar, pero las condiciones físicas no se lo permiten, entonces esto es algo que produce desgano. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una gran desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. *“...me gusta enseñarles, pero ahora ya como últimamente no puedo darles lo que realmente quiero por falta de elementos...”* *“...entonces tampoco me atrae mucho eso, antes me gustaba mucho...”* (Anexo 4)

Explica que no puede responder a las exigencias de la misma manera que lo hacía antes, el apuro le produce nerviosismo le hace temblar las piernas y hasta se bloquea. *“...o sea no me bloqueaba, tengo muchos años de profesión, no tengo problemas en resolver problemas o sea tengo capacidad para resolver problemas pero lo que me pone nerviosa es que me apuren...”* (Anexo 5). Esto puede llevar a respuestas negativas hacia uno mismo (como la baja autoestima, sentirse desganada) y hacia el trabajo.

La mujer número tres expresó lo mismo en la entrevista *“girar como un trompo sin saber que hacer”* (Anexo 5) además de esto esta mujer tuvo síntomas físicos de estrés, llegó a tener cinco días de carpeta médica luego de una guardia. Es frecuente la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, y por eso se produce un descenso del rendimiento laboral, hasta pueden surgir dudas de la competencia profesional. Desde este punto de vista se observa que el paso del tiempo afecta el dinamismo en el trabajo, la capacidad de reacción no es la misma, y cuando se encuentran en una situación extrema, fallan los mecanismos de afrontamiento y desencadena en estrés.

La mujer número tres expresó el mismo malestar con el trabajo de ir a la sala que la número dos, le produce angustia tener que realizar este trabajo *“...me provoca mucha angustia, no se tal ves sea porque... pensás que está mas cerca tu enfermedad o porque te haces mas sensible con los años, no se, antes no me pasaba...”* (Anexo 5) esto trae como consecuencia la evitación del trabajo, estas mujeres realmente no quieren hacer este trabajo.

En ambas entrevistas se confirma lo expresado en los cuestionarios sobre las condiciones físicas de trabajo. Para estas mujeres, ellas deberían trabajar en un ambiente tranquilo sin sobresaltos, lugar que les permita explotar sus conocimientos, pero esto no es posible debido al ritmo del trabajo cotidiano. A estas trabajadoras les exigen de igual manera que a las mujeres de menos de treinta años. Esto se expresó en la pregunta del cuestionario que hace referencia a si las tareas están bien distribuidas, en las entrevistas se confirma la disconformidad en este sentido “...Yo creo que hay un tiempo para cada cosa... cuando una es joven y tenés muchas pilas y mucha fuerza e... uno es capaz de hacer mucho esfuerzo físico...” (Anexo 5)

La mujer tres expresó que ha pensado en jubilarse, pero no lo hace por una cuestión económica, entonces es pertinente reflexionar sobre una manera de poder hacer este trabajo menos estresante para estas personas.

En este caso manifestó síntomas físicos producidos por estrés “...no me podía mover mas... los pies se me reventaban, la espalda eh... todo el tiempo doblada me dolía, una presión en el cuello... un dolor de cabeza que me moría. No tenía ni ganas de comer, volvía muy nerviosa...” (Anexo 5). En este caso el estrés produce síntomas físicos como contracturas musculares, migrañas y neuralgia. Belloch y Sandin (1995) agregan a estas: riesgo de enfermedades cardíacas, influencia el estado de ánimo, distorsiona el sueño, contribuye al desarrollo de disfunciones sexuales, produce insatisfacción, entre otras.

Para concluir, como se mencionó anteriormente el estrés en estas profesionales no se debe a un factor en particular, sino que está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas, sociales, personales y laborales, ya que como se dijo anteriormente el Síndrome no esta relacionado con una “personalidad tipo”. Son profesionales en las que inciden (en el ámbito laboral) estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, realización de guardias, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, para los cuales no están capacitadas, etc. En esta

situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional como una nueva forma de afrontamiento.

Actualmente las diferentes organizaciones realizan especial hincapié sobre la necesidad de preocuparse más sobre la calidad de vida laboral que le ofrecen a sus empleados, con respecto a lo observado en el presente trabajo el Hospital Militar Córdoba no parece ser una Institución preocupada por mejorar la calidad de vida laboral de su personal. Entonces al no considerar los aspectos de bienestar y salud laboral, surgen repercusiones negativas para los empleados y para la Institución, como son: ausentismo, rotación, accidentes, disminución de la productividad y disminución de la calidad de trabajo.

El síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de tal forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, manifestándose como enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.).

Otras son las consecuencias psicológicas, tal vez no tan “nocivas”, observadas en el grupo uno de mujeres como por ejemplo la baja autoestima, esta, sumada a la etapa de la vida por la que pasan estas mujeres puede ser un factor generador de angustia importante. El sentimiento de baja autoestima se puede deber a la falta de logro personal en el trabajo, o a la incapacidad de realizar determinadas tareas que antes si se realizaban. Todo esto tiene como consecuencia respuestas negativas hacia uno mismo (como por ejemplo desgano) y hacia el trabajo (no realizar, o no poder hacer el trabajo por la angustia que produce). Si esto evoluciona, podrían llegar al extremo de verse incapacitadas, teniendo como consecuencia el abandono del trabajo.

Importante es preguntarse que pasa si esto continúa así a lo largo del tiempo. Como se dijo anteriormente, las consecuencias para la persona pueden ser graves, desde enfermedades físicas hasta psicológicas, como por ejemplo, depresión, cansancio extremo, colapso nervioso (no hay que olvidar que una mujer del grupo uno sufrió un infarto a causa del estrés).

No se puede afirmar con certeza que la existencia de los síntomas detectados en el presente trabajo sean producto de la edad, del lugar de trabajo o de factores personales, pero si, seguramente es una relación entre ellos, lo importante es abordar la problemática desde el ámbito laboral para evitar que estos síntomas evolucionen, y traigan aparejadas consecuencias físicas y psicológicas mas severas. Entonces, no es necesario tener que llegar a este extremo de malestar de las profesionales, hay que evitarlo, intentado mejorar la calidad de vida laboral, proporcionando técnicas de abordaje para enfrentar las situaciones estresantes que se les presentan.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

General:

- Intentar prevenir que el cansancio físico - mental producido por la edad y el estrés, evolucionen hacia Síndrome de Burnout, mediante una estrategia de prevención a nivel personal/grupal.

Específico:

- Articular un equipo multidisciplinario para un abordaje preventivo del Síndrome de Burnout en mujeres en edad adulta intermedia.
- Implementar estrategias tendientes a reducir síntomas de estrés.
- Implementar estrategias tendientes a mejorar la calidad de vida laboral.

Según el diccionario de la Real Academia Española (2001) se entiende por **prevención**, la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Como primer paso se propone la formación de un **GRUPO OPERATIVO** coordinado por una Lic. en psicología.

El Grupo Operativo de aprendizaje -teoría creada por Enrique Pichón-Rivière en la década de los 60- inaugura una nueva línea de trabajo y de reflexión en torno a la posibilidad de utilizar la grupalidad como instrumento para el cambio. La técnica persigue la integración de aspectos intelectuales y vivenciales en el proceso del grupo. Al mismo tiempo que los participantes del grupo estudian y discuten, visualizan los diversos obstáculos que surgen espontáneamente en sí mismos y en los demás. Esto resulta en una síntesis que posibilita posteriormente la identificación de los fenómenos grupales en los que están inmersos los participantes. (Bleger, 1971)

Se plantea así una nueva metodología totalizadora en la que el pensar y el sentir sobre el tema se armonizan en el trabajo grupal. Y se propone un grupo operativo, porque una de sus finalidades es el aprendizaje, con testimonios y vivencias de compañeros, se puede lograr aprender y comprender problemáticas que para otra persona eran incompresibles, y hasta a veces desconocidas. (Bleger, 1971)

Se propone la formación de este grupo integrado por las mujeres bioquímicas en edad adulta intermedia que trabajan en el laboratorio, coordinadas por una Psicóloga. Se realizará este encuentro una vez por semana, preferentemente los viernes en horario laboral por la mañana, ya que estos son los días donde la cantidad de trabajo es menor a comparación con el resto de la semana. La duración del encuentro es de una hora y media, durante este tiempo se quedarán a cargo del laboratorio las mujeres más jóvenes, residentes y Jefe del Servicio.

La idea de equipo multidisciplinario hace referencia a la necesidad de contar con un profesional médico, esto en el caso de que alguna participante sufra síntomas físicos que requieran intervención o medicación. Entonces el médico intervendría cuando la Psicóloga observe la presencia de algún síntoma que requiera intervención médica y realizaría la derivación a consulta.

Esto será así durante los primeros encuentros, después, una vez que el grupo avance en las problemáticas, será necesario incluir al Jefe del Servicio.

Se plantea la duración de una hora y media, siendo la primera media hora para que la Psicóloga plantee el tema del día y a continuación cada una de las integrantes expondrá su punto de vista con respecto al tema, en algunos encuentros se realizaran dinámicas grupales al comenzar la reunión siempre siendo la profesional la moderadora y la que maneje los tiempos de cada una. En la restante hora de trabajo se explicarán diferentes técnicas para el abordaje del estrés, con el objetivo de que las integrantes los implementen en su trabajo cotidiano.

Estas reuniones de grupo se llevarán a cabo en la sala de reuniones del Laboratorio, cuando la misma esté ocupada habrá que contar con un salón alternativo.

Los *materiales* requeridos son el lugar físico y los elementos en la sala de reunión que son aproximadamente 10 sillas. En algunas reuniones se necesitarán siete lapiceras y hojas en blanco.

El *tiempo* de aplicación de este trabajo es de un mes y medio (una reunión por semana durante seis semanas), aún así, el trabajo pretende proporcionar un elemento a la Organización para implementar cuando se crea necesario y se observen síntomas de estrés. Ideal sería que se implemente una vez por año en el personal estable a fin de prevenir tales síntomas. Se considera también un elemento motivador para las trabajadoras, ya que esta intervención sería algo totalmente novedoso en este tipo de Institución, con lo que se podría aumentar el sentido de pertenencia; al sentirse, las profesionales, apoyadas y contenidas por el Hospital.

El tiempo que por reunión es de una hora y media una vez por semana, preferentemente los días viernes. La psicóloga encargada de este trabajo deberá contar con más tiempo, ya que deberá planificar cada una de las reuniones en tiempo y forma y con las dinámicas adecuadas. Además recordar a cada una de las integrantes del grupo el día de la reunión y el horario, para asegurarse que nadie falte. Este es otro de los motivos por los que hace en horario laboral, ya que se lograría muy poca concurrencia si se hace de manera externa, y si uno de los objetivos es motivar al personal, nada más desmotivador que hacerlos quedar fuera del horario laboral.

El *costo* supone una inversión del Hospital en los honorarios de la psicóloga que realice el trabajo, se calcula que será de \$70 (setenta pesos) por reunión, por lo que toda la intervención supone un costo de \$420 (cuatrocientos veinte pesos) en honorarios de la psicóloga, pero como este trabajo ha requerido un estudio previo y una planificación, el precio total del proyecto de prevención será de \$500 (quinientos pesos). Por otro lado hay que tener en cuenta los honorarios del médico, pero como el mismo atiende por obra social, y todas las participantes poseen la obra social del Hospital, no genera costo. Este trabajo supone una inversión por parte del Hospital porque luego ganará lo gastado en una mejor calidad de vida de su personal, lo que tiene

consecuencias directas en el Servicio prestado. Además se podrá utilizar la intervención, nuevamente cuando lo crean necesario.

En cuanto a los *beneficiarios* directos del proyecto se encuentran las bioquímicas de edad adulta intermedia del Laboratorio, es con ellas con las que se va a trabajar principalmente. Otro beneficiario directo, aunque no participe de todas las reuniones, es el Jefe del Laboratorio ya que contar con gente motivada, entusiasmada, y comprometida en su trabajo facilita su labor al mismo tiempo que la hace más agradable.

Los beneficiarios indirectos se consideran los otros integrantes del Laboratorio que tendrían a un grupo de compañeras contenidas, que se sienten que se preocupan por ellas, lo que llevaría a un cambio de actitud importante, algo que se manifestaría indudablemente en la tarea cotidiana. Las bioquímicas de edad adulta temprana también son beneficiarias, porque esta estrategia de prevención se podrá utilizar en el futuro para evitar que este grupo pase por lo mismo que el primero. También se puede pensar en aplicar esta estrategia si se observa que alguna de las integrantes del grupo dos posee síntomas de estrés, porque no es necesario esperar a que lleguen a edad adulta intermedia. De la misma manera se beneficiaría el Hospital, ya que sectores como la sala de internaciones depende absolutamente de este Servicio.

| Aspectos de la Intervención | |
|---|--|
| Quiénes participan en la intervención: | Lic. En Psicología. Médico de Personal. Mujeres Bioquímicas en edad adulta intermedia. |
| Cuándo se realiza: | Días Viernes |
| Con qué frecuencia: | Una vez por semana |
| Duración Total: | Seis (6) semanas |
| Duración por Módulo: | Una hora y media aproximadamente |
| Lugar: | Sala de Reuniones del Laboratorio |
| Materiales requeridos: | Diez (10) sillas. Siete (7) lapiceras. Hojas en blanco. |
| Costo total: | \$500 (quinientos pesos) |
| Costo por Módulo: | \$70 (setenta pesos) |
| Beneficiarios Directos: | Bioquímicas en edad adulta intermedia. Jefe del Laboratorio |
| Beneficiarios Indirectos: | Bioquímicas en edad adulta temprana. Institución en general |

Actividades:

Primer encuentro:

Se realizará una dinámica de confianza con el objetivo de “romper el hielo” para crear clima. Esta será:

“La botella borracha”:

- **Objetivos:**
 - Crear un ambiente de distensión, armonía y confianza dentro del grupo.
 - Poner a cada participante en la situación de tener seguridad en sus compañeros.
- **Participantes:**

Esta actividad está enfocada para grupos a partir de los cuales, los participantes tengan la suficiente fuerza física para sujetar a los compañeros. Los grupos no deben ser excesivamente numerosos, aproximadamente de unas 10 personas.

- Tiempo:

Su duración es aproximadamente de 15 - 20 minutos.

- Material:

No se precisa de ningún tipo de material.

- Lugar:

Esta actividad se puede realizar tanto en espacios abiertos como en espacios cerrados, sin necesidad de que gocen de gran amplitud.

- Procedimiento:

Se realiza una ronda de aproximadamente siete personas (pueden ser menos personas), todos ellos muy juntos, casi unidos a la altura de los hombros. Seguidamente uno de los participantes se coloca dentro de la ronda, en el centro, con los pies juntos. Poco a poco se va dejando caer, sin mover los pies del suelo, de tal manera que los integrantes del círculo con delicadeza le empujen de unos hacia otros, sin permitir que se caiga, a modo de “muñeco tentempié”. Así se hará sucesivamente con los demás participantes del grupo.

- Observaciones:

Esta es una actividad que resulta perfecta para intercalar entre otras dinámicas más formales.

Entre todos los integrantes del grupo, se comentará la actividad, se reflexionará sobre cómo se han sentido, si les ha gustado, si les pareció divertida, etc.

En la primera reunión de grupo se realizara esta dinámica a modo de introducción para romper el hielo del primer encuentro, luego se hará una introducción por parte de la Psicóloga sobre el porqué están reunidas y cual es la problemática a abordar:

Es posible neutralizar el estrés asociado a situaciones cotidianas estresantes con la ayuda de las técnicas de enfrentamiento del estrés. Con una gran frecuencia, lo perjudicial de las situaciones estresantes puede ser

eliminado mediante el uso efectivo de habilidades de enfrentamiento. Las maneras de enfrentar el estrés son conductas que implican un esfuerzo por parte de la persona para realizar cambios emocionales tanto como fisiológicos. El arte del enfrentamiento del estrés es lograr mantenerse a un nivel de estímulo que sea placentero y saludable para uno mismo. Las diferentes técnicas existen con la finalidad de prevenir o neutralizar un alto nivel de estrés. (Marsellach Umbert, 2001)

Se explicará el objetivo de estos grupos y se aclarará que a lo largo de los diferentes encuentros se darán a conocer diferentes técnicas para el abordaje del estrés.

Se requerirá que cada participante manifieste su voluntad o no de asistir al grupo, y se explicará que el mismo no es obligatorio, no tiene costo alguno para ellas, pero es necesario que participen. Cada una manifestará su voluntad de asistir o no y el porqué, también se requerirá que den una opinión sobre esta nueva actividad en el Laboratorio.

Segundo encuentro:

El objetivo de este encuentro es empezar a conocer cuales son las situaciones que mayor estrés provocan. Se les explicará a las participantes que deberán seguir las instrucciones de la Psicóloga para que la técnica dé resultado.

Como primer paso para comenzar se requerirá que las participantes se relajen, cierren los ojos y piensen en situaciones cotidianas que les producen estrés. Luego de cinco minutos, se hará entrega, a cada participante de una hoja y una lapicera para comenzar con la técnica propiamente dicha:

TÉCNICA: La desensibilización sistemática

Con la desensibilización sistemática una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadoras. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van

provocando mayor ansiedad. La técnica es efectiva para combatir fobias clásicas, miedos crónicos y algunas reacciones de ansiedad interpersonal. (Marsellach Umbert, 2001).

Los pasos son:

1. Relajar los músculos a voluntad (Relajación progresiva). Para esto se creará un ambiente distendido con música apropiada.
2. Hacer una lista con las tres situaciones que más estrés producen.
3. Construir una jerarquía de escenas estresantes de menor a mayor intensidad de estrés.
4. Progresar en la imaginación con las situaciones estresantes de la jerarquía.

Es importante que se practique la visualización para que la situación se viva como real. No se pasará a una nueva situación estresante sin haber dialogado sobre la anterior situación de la jerarquía, y que la misma (en lo posible) quede totalmente resuelta en cuanto a la ansiedad vivida. (Marsellach Umbert, 2001)

Luego de que cada participante haya visualizado las situaciones estresantes, la psicóloga preguntará quien quiere compartir su lista y experiencia. De esta forma se trabajará con dos voluntarias, y en base a esas experiencias se compararán las cinco restantes. Se espera que las situaciones no sean completamente diferentes, ya que la problemática es común a las siete. Así se conocerá la lista de situaciones que realizó cada una de las integrantes, y se dialogará sobre los sentimientos que les producen. La información de este encuentro servirá como introducción para la tercera reunión en donde se aplicarán técnicas de relajación frente a las situaciones tratadas en este encuentro.

Morales Guillermo (2002) en su estudio sobre “Aplicaciones de la relajación y del entrenamiento sugestivo de autocontrol en el tratamiento grupal de los toxicómanos”. Explica como la técnica de desensibilización sistemática es útil para aprender a afrontar situaciones que producen estrés.

Desarrollada por Wolpe (1958) la desensibilización sistemática es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y eliminar las conductas

motoras de evitación. El punto de partida consiste en que la aparición de determinados estímulos produce de forma automática respuestas de ansiedad. Razonar sobre lo adecuado o no de estas respuestas no parece un procedimiento útil. Más bien se intenta provocar, también de manera automática, la aparición de respuestas incompatibles con la ansiedad. Si aparece una, no puede aparecer la otra, por ejemplo: tensión y relajación. (Morales, 2002)

Tercer encuentro:

En la tercera reunión se planteará el cansancio y desgano frente a determinadas tareas laborales, específicamente el hecho de hacer extracciones en la sala de internaciones o alguna otra situación que predomine como estresante resultado de la anterior reunión.

Una vez planteada la problemática, cuestionarse el porqué esa tarea produce lo que produce, como era antes, porque piensan que ahora es así y propuestas para que este trabajo resulte mas ameno. Si se observa que frente a esta problemática una integrante demuestra especial preocupación o malestar, se lo tratará de manera individual, ya que puede suceder que esta persona este solicitando terapia individual.

Frente a esta problemática las mujeres de edad mas avanzada pueden experimentar especial angustia, ya que el contacto con pacientes terminales o en riesgo supone un enfrentamiento a la muerte, que no es algo que experimentan en el trabajo cotidiano. Es probable también que surja este trabajo como principal estresor, tema que deberá ser abordado. Por eso en este encuentro se enseñarán técnicas de relajación:

Se propone realizar una técnica de relajación que consiste en aprender a respirar profundo. Respirar profundo es una buena manera de relajarse. La idea es intentar hacerlo un par de veces por día cuando se sientan estresadas. Se brindarán las instrucciones correspondientes, y se requerirá que lo realicen por lo menos una vez:

1. Recuéstese o siéntese en una silla.
2. Apoye sus manos sobre su estómago.
3. Cuente lentamente hasta cuatro e inhale por la nariz. Sienta cómo se eleva su estómago. Mantenga la respiración por un segundo.
4. Cuente lentamente hasta cuatro mientras exhala por la boca. Para controlar la velocidad de exhalación, frunza los labios como si fuese a silbar. Su estómago bajará lentamente.
5. Repítalo entre cinco y diez veces. (Centro Nacional de información sobre la salud de la mujer, 2004).

Luego de realizar el ejercicio se les aconsejará a las integrantes del grupo que pongan en práctica esta técnica cada vez que se sientan sobrepasadas por su trabajo, que se tomen unos minutos de su tiempo para ir a un lugar más tranquilo (afuera del laboratorio al aire libre) y así poder relajarse y pensar las cosas con mas claridad. Esta técnica se puede acompañar con la creación de imágenes:

Un método potente para la reducción de estrés es la creación de imágenes, especialmente combinada con relajación física, como la respiración profunda. (Marsellach Umbert, 2001)

La idea es que cada persona utilice su imaginación para recrear en su mente lugares o escenas que son relajantes, tranquilos, o en las que se siente cómodo. Pueden tratarse de una escena en la playa, con sol, arena y viento tranquilo. La utilidad de esta técnica reside en que, ciertas áreas del cerebro interpretan los signos del ambiente en el que se encuentra, provocando que el cuerpo responda al mismo. Si se imagina una escena violenta, el organismo responderá alarmado y se relajará ante una imagen cálida y acogedora. (Marsellach Umbert, 2001)

Se les aconsejará también que si en el transcurso del día han sufrido situaciones estresantes, cuando lleguen a su casa pongan en práctica la meditación. Para esto al final de este encuentro se explicará en que consiste:

Meditación:

El interés de los científicos por la meditación comenzó hace ya algunos años. En las décadas de los 60 y los 70 se había demostrado que el uso de estas técnicas proporcionaba una extraordinaria concentración. Un profesor de medicina de la Universidad de Harvard (EEUU), Herbert Benson, a través de sus investigaciones llegó a la conclusión de que la práctica milenaria contrarresta los mecanismos cerebrales asociados al estrés. (Boto, 2003)

Se han realizado numerosos estudios relacionados con esta técnica:

Uno de los más recientes ha sido Richard Davidson de la Universidad de Wisconsin, en EEUU: “Nuestros resultados indican que la meditación tiene efectos biológicos. Produce cambios en el cerebro asociados a emociones más positivas y mejoras en la función inmune”. (Boto, 2003)

Los estudios neuronales demuestran un incremento de actividad en el lóbulo frontal izquierdo, que es la residencia de las emociones positivas. Al mismo tiempo se reduce el funcionamiento de la región derecha. Los neurocientíficos han observado que las personas que emplean más la zona izquierda tardan menos tiempo en eliminar las emociones negativas y la tensión. Este desequilibrio entre los hemisferios conlleva también una reducción del miedo y la cólera. (Boto, 2003)

En el Centro Clínico Essen-Mitte, en Alemania, los médicos han empleado durante cinco años un programa de meditación introspectiva antiestrés diseñado por Jon Kabat-Zinn, un investigador de la Universidad de Massachusetts y autor de numerosos libros sobre este tema, en casi 3.000 pacientes con todo tipo de patologías. La experiencia no se planteó como un ensayo clínico, de modo que no existen datos objetivos de los resultados, pero

los facultativos observaron que la mayoría de los individuos experimentaba mejorías significativas en su enfermedad. (Boto, 2003)

Es un método de mucha efectividad para lograr la relajación. El concepto central de la meditación es enfocar los pensamientos en una sola cosa que sea agradable, por un sostenido período de tiempo. Esto permite a la mente descansar, distrayéndola de los problemas que causan estrés. Le provee tiempo al cuerpo para relajarse y recuperarse, además de poder liberar toxinas que se acumulan por estrés, actividades físicas y mentales. (Marsellach Umbert, 2001)

Es particularmente útil cuando se estuvo estresado, preocupado o físicamente activo por un largo tiempo.

Cuarto encuentro:

Para comenzar el cuarto encuentro, se les preguntará a las integrantes si pudieron poner en práctica las técnicas vistas en la anterior reunión, o si tuvieron posibilidad de hacerlo. Se propondrá que cada participante relate su experiencia y los resultados obtenidos.

En este encuentro la Psicóloga realizará una exposición a modo de brindar información, para que las participantes conozcan algunas de las razones por las que se produce el estrés y algunas posibles maneras de evitarlo. El pensamiento deformado, puede ser uno de los motivos que desencadenan estrés, por eso en este encuentro se explicarán cuales son estos pensamientos, en que consisten y se darán ejemplos para aclarar los conceptos.

La idea es que las participantes presten atención y tomen nota de la clase porque en la próxima reunión deberán expresar con cual de ellos se sienten más identificadas o cual experimentan con más frecuencia.

TÉCNICA: Cómo combatir los pensamientos deformados

Es efectiva para reducir la frecuencia e intensidad de la ansiedad interpersonal y general, la depresión, desesperación, ineficacia, baja autoestima, la cólera crónica y el perfeccionismo compulsivo. (Marsellach Umbert, 2001)
Lo primero que hay que hacer es aprender a identificar los 15 tipos de pensamientos deformados que a continuación se describen (Marsellach Umbert,2001):

1. Filtraje: esta distorsión se caracteriza por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento queda teñido por este detalle.

2. Pensamiento polarizado: Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios.

3. Sobregeneralización: En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida.

4. Interpretación del pensamiento: Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.

5. Visión catastrófica: Cuando una persona catastrofiza, una pequeña gota de agua en un barco de vela significa que seguramente se hundirá. Estos pensamientos a menudo empiezan con las palabras "y si...".

6. Personalización: Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Por ejemplo, una madre deprimida se censuraba cuando veía algún signo de tristeza en su hijo. El error básico de pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

7. Falacias de control: Existen dos formas en que puede distorsionarse el

sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse a sí misma impotente y externamente controlada, u omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. El polo opuesto de la falacia del control externo es la falacia del control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos.

8. La falacia de justicia: Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se expresa a menudo con frases condicionales: "Si me quisiera, no se burlaría...".

9. Razonamiento emocional: En la raíz de esta distorsión esta la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor.

10. Falacia de cambio: El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos de los demás. La falacia de cambio supone que una persona cambiará si se la presiona lo suficiente. La esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.

11. Etiquetas globales: Se trata de generalizar una o dos cualidades en un juicio global, con lo cual la visión que se tiene del mundo es estereotipada y unidimensional.

12. Culpabilidad: A menudo la culpabilidad implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Otras personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente.

13. Los debería: En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendría. No sólo son los demás quienes son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir a sí misma con los debería.

14. Tener razón: La persona se pone normalmente a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus

apreciaciones del mundo son justas y todas sus acciones adecuadas. Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.

15. La falacia de la recompensa divina: En este estilo de ver el mundo la persona se comporta "correctamente" en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y mientras tanto imagina que está coleccionando puntos que podrá cobrar algún día.

Quinto encuentro:

En este encuentro cada participante se tomará cinco o diez minutos para contar a todo el grupo cuales son los pensamientos deformados que utilizan con mayor frecuencia y en que circunstancias.

Luego la Psicóloga explicará como se combaten este tipo de pensamientos y hará las correcciones que crea pertinentes en cada caso.

Para empezar a combatir las distorsiones, se debe volver al momento en que se experimentó la emoción ansiógena o el conflicto interpersonal. El siguiente procedimiento que está formado por cuatro pasos, ayudará a identificar que se sintió y pensó en tal situación. También ayudará a descubrir las distorsiones y a reestructurar los pensamientos. Los cuatro pasos son:

1. Nombrar la emoción.
2. Describir la situación o suceso.
3. Identificar las distorsiones.
4. Eliminar las distorsiones, reescribiendo de nuevo el pensamiento.

(Marsellach Umbert, 2001).

De esta manera, se pretende en esta reunión utilizar algunos de los ejemplos que expongan las participantes y realizar el proceso para descubrir las distorsiones. Así, cuando se descubra el pensamiento distorsionado se buscará la forma en que se podría haber evitado el mismo y se intentará que las participantes descubran nuevas formas de pensamiento no deformados en los ejemplos prácticos que presenten.

Se realizará hincapié en la importancia de la actitud frente a los sucesos, es importante poder lograr un cambio de actitud frente a las situaciones estresantes:

La actitud es un controlador del estrés prolongado. Cuando la actitud es negativa u hostil, se crean problemas de las mismas oportunidades, causando estrés por alienar e irritar a las personas. Teniendo una actitud positiva, se puede mantener la perspectiva, y sacar provecho de cada situación. La gente coopera y ayuda si se encuentra con personas con las que da placer trabajar. Al estar bajo estrés, cualquier problema pequeño suele ser percibido como difícil e intimidante. Naturalmente, esto alimenta al estrés, haciendo ver a los problemas como peores, y así sucesivamente. Si se toma un enfoque positivo en la vida, y se trata de encontrar el lado positivo a toda situación, uno se predispone menos al estrés. Las preocupaciones aminoran, se duerme mejor y se disfruta más de la vida. Para esto se necesita aprender de los errores, dándole así un valor positivo a los mismos. (Marsellach Umberto, 2001)

Muchas veces ante un problema que parece no tener solución, es conveniente aprender a mirarlo de diferentes ángulos, para ver si se puede aprender algo nuevo de la situación. También es importante compartir la experiencia con otros que hayan pasado por lo mismo, para conocer que actitud han tomado frente al mismo problema.

Sexto encuentro:

En esta reunión estará presente el médico de personal del Hospital Militar, participará del encuentro como observador participante, solo intervendrá en los casos que alguien describa algún problema físico que necesite intervención.

Este encuentro servirá principalmente para que cada una de las participantes exponga su opinión sobre las reuniones anteriores. Principalmente si les fue útil, si han puesto en práctica alguna de las técnicas aprendidas y si han notado algún cambio en la manera en que afrontan el trabajo desde que empezó la intervención.

Importante en este encuentro va a ser trabajar sobre los síntomas físicos que les produce el estrés a estas personas. En este sentido a modo de conclusión el médico brindará algunos consejos a seguir como por ejemplo:

Tomarse algún momento del día para una misma, lo que implica realizar alguna actividad que resulte placentera para la persona. Se aconseja realizar ejercicio físico periódico, una opción puede ser salir a caminar tres veces por semana. El ejercicio no solo ayuda a aliviar la tensión muscular, antes y después de hacerlo el organismo produce endorfinas, que alivian el estrés y mejoran el estado de ánimo

Se realizará hincapié también en la importancia de los hábitos alimenticios. Reponer energías mediante el consumo de frutas, verduras y proteínas, es más saludable que el consumo de grasas o alimentos con colesterol. No hay que dejarse engañar por la energía que se siente al consumir azúcar o cafeína, porque se acaba rápidamente.

Dormir adecuadamente es muy importante para el cuerpo y la mente. Si no se duerme adecuadamente el estrés puede empeorar, y las enfermedades son más difíciles de afrontar. Se aconseja dormir entre siete y nueve horas por día.

Luego de la intervención del médico la Psicóloga finalizará el encuentro con algunas de las barreras más comunes de la intervención cognitiva del estrés. La más común es el fracaso en utilizar la imaginación. Otro obstáculo importante es no creer en las técnicas. También lo es el aburrimiento, porque para algunas personas estas técnicas pueden resultar aburridas, pero funcionan y hay que practicarlas, creer y principalmente persistir en ellas para poder conseguir la reducción del estrés.

“Se puede cambiar la estructura de la vida alterando las estructuras de la mente”. (Marsellach Umbert, 2001)

Programa de Actividades

| Modulo | Participantes | Actividades |
|---------------|--|--|
| 1 | Psicóloga. Siete Mujeres en edad adulta Intermedia | Dinámica de confianza. Introducción a la problemática. Explicación de los Objetivos de la Intervención. |
| 2 | Psicóloga. Siete Mujeres en edad adulta Intermedia | Conocimiento de las situaciones que provocan más estrés. Técnica: La desensibilización sistemática. Discusión en Grupo. |
| 3 | Psicóloga. Siete Mujeres en edad adulta Intermedia | Planteo de la situación que provoque más estrés. Discusión. Técnicas: Respirar Profundo. Creación de Imágenes. Meditación. |
| 4 | Psicóloga. Siete Mujeres en edad adulta Intermedia | Discusión en grupo sobre si fue aplicado lo aprendido en la anterior reunión. Explicación teórica de la Psicóloga. Técnica: Cómo combatir los pensamientos deformados. |
| 5 | Psicóloga. Siete Mujeres en edad adulta Intermedia | Discusión sobre los pensamientos deformados de las participantes. Técnica: Como se evitan los pensamientos deformados. |
| 6 | Psicóloga. Médico de Personal. Siete Mujeres en edad adulta Intermedia | Consejos del médico de personal sobre hábitos para evitar el estrés. Conclusiones generales. |

Evaluación de Impacto:

Se realizará una evaluación de impacto 6 meses después de la finalización del proyecto, para esto se tomarán los instrumentos utilizados antes de comenzar con las reuniones de grupo (Cuestionario y Escala de Maslach) esto recibe el nombre de pre test y post test, se utiliza para saber si ha habido avances con la aplicación de la intervención. El análisis de datos se realizará de acuerdo a la metodología utilizada en el análisis correspondiente a la aplicación que se detalla anteriormente.

Se utilizará la información recabada en el sexto encuentro para conocer la opinión de los participantes, como elemento evaluativo, ya que si la mayoría de las opiniones son positivas, es factible volver a utilizar este plan preventivo cuando lo crean necesario

Esta etapa deberá complementarse con entrevistas individuales a las mismas mujeres que se les tomó la entrevista antes de la intervención para corroborar si existen diferencias. En las mismas se abordarán las temáticas tratadas en las primeras entrevistas (ver Instrumentos) pero principalmente se indagará en el aporte que ha realizado la formación del los grupos operativos a nivel individual. Cuales son las ventajas y desventajas que se observan desde el comienzo de la intervención, si el balance es positivo o negativo, si ha realizado aportes a nivel individual y si se debería continuar o no con las actividades.

Una vez realizado esto y analizados los resultados, si los mismos son positivos, se puede garantizar para la Institución, un plan preventivo del Síndrome de Burnout para este grupo de trabajadoras.

Bibliografía

- Albanesi de Nasetta S (2004). *Burnout en Guardias Médicas*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Vol. 11, N° 3. España.
- Alvarez E, Fernández L (1991). *El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional*. Revisión de Estudios. Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. 991, vol. 11, N° 39. España.
- Arana Mayorca W. (2004). *Motivación y Productividad*. Lima, Perú. Descargado el 15 de Septiembre de 2006 de <http://www.psicologiacientifica.com>.
- Arancibia M, Font E y Nieto M (2005). *Historia de una Institución: Hospital Militar Córdoba*. Apunte Escuela de archivología. Universidad Nacional de Córdoba.
- Arévalo, Y. (2004). *"Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho"*. Ayacucho. Tesis de pre grado publicada. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Barría, M. (2002). *"Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile"*. Tesis publicada. Facultad de Chile.
- Baulero, A. (1989). *Grupo Operativo*. Revista: Ilusión grupal, UAEM, (2). México.
- Bee y Mitchell (1980). *Child Development and Mental Retardation Centere*. University of Washington. Washington.

Belloch y Sandin (1995): *Manual de psicopatología*. Vol. II. Madrid, España. Editorial: McGraw Hill Interamericana de España.

Blanco A. (1991). *Factores psicosociales de la vida adulta*. En: M Carretero, J Palacios, A Marchesi, comps. *Psicología Evolutiva III*. Adolescencia madurez y senectud. Madrid. Editorial: Alianza Editorial 1991.

Bleger, J. (1971) *El grupo operativo en la enseñanza*. Buenos Aires. Editorial: Nueva Visión.

Bleger J. (1985) *Temas de Psicología (Entrevista y Grupo)* Buenos Aires. Editorial: Nueva Visión.

Boto A. (2003) *Terapias. La meditación Sana*. Madrid, España. Descargado el 12 de Febrero de 2008 de [http // www.elmundo.es/salud](http://www.elmundo.es/salud).

Carretero M, Palacios J, y Marchesi A (1998). *Psicología Evolutiva*. Tomo III Aduldez, Madurez y Senectud. Madrid. Editorial: Alianza.

Centro Nacional de información sobre la salud de la mujer. *Estrés y su salud*. (2004) Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Oficina para la Salud de las Mujeres. Descargado el 10 de Octubre de 2007.de [hppt// womwnshealth. gov](http://womwnshealth.gov).

Cerella J. (1990). Aging and information-processing rate. In J. E. Birren, and K. W. Schaie (Eds). *Handbook of the Psychology of Aging*. (3º ed) (pp. 201-221). San Diego. Academic Press

Chiavenato I, (2000). *Administración de Recursos Humanos*. (5ª ed). México. Editorial: MC Graw Hill.

Diccionario Escolar de la Real Academia Española (2001). (2º ed) Madrid, España. Editorial: Espasa – Calpe S.A.

Escuela Pichon- Riviere (2006). *Psicología grupal, Análisis Institucional*. Descargado el 20 de octubre de 2006 de [http // www.psicologiagrupal.cl](http://www.psicologiagrupal.cl).

Erikson EH. (1985) *El ciclo vital completado*. Buenos Aires. Editorial: Paidós.

Erikson EH. (2000) *El ciclo vital completado*. Barcelona. Editorial: Paidós.

Fernández Mouján O. (1989) *Crisis Vital*. Buenos Aires. Editorial: Nueva Visión.

Fischer H. J (1983). *A psychoanalytic view of burnout*. En Gil Monte P. y Peiró J. M (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid. Editorial: Síntesis.

Freudenberger H (1974), *Saff Burn-out*. Journal of social issues. 30, 159-166.

Gil-Monte PR, Peiró JM (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Editorial Síntesis. España. Editorial: Síntesis.

Gil-Monte PR, Peiró JM (2000). *Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferencias para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Trabajo publicado. España según el MBI-HSS.

Hans Selye (1936). *Tensión sin angustia*. Madrid. España (1975). Editorial: Guadarrama

Herzberg F, Mousner B and Snyderman B. B (1959). *The motivation to Work*. (2º ed) New York. Editorial: John Wiley y Sans.

Hoffman L, Paris S y Hall E (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. España Editorial: Mac Graw Hill.

- Ibañez N, Vilaregut A. (2004). *Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de Salud en un grupo de enfermeras de un Hospital de Barcelona*. Revista de Enfermería Clínica. 14 (20-27). España.
- Kaplan HI, Sadok BJ, dirs. (1968). *Tratado de Psiquiatría* 2º ed. Tomo II. Barcelona. Editorial: Labor.
- Lazarus R. S y Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Nueva York. Editorial: Springer
- Levinson DJ, Gooden WE. (1989) *El Ciclo Vital*. En: Kaplan HI, Sadock BJ, dirs. Tratado de psiquiatría 2º ed. Tomo I. Barcelona. Editorial: Masson-Salvat.
- Levinson DJ, (1982) *Hacia una concepción del curso de la vida adulta*. En: Smelser N J, Ericsson E H, eds. Trabajo y amor en la edad adulta. Barcelona. Editorial: Masson-Salvat.
- León O. G., Montero I. (2003) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (3ª ed). Madrid. Editorial: Mc Graw Hill.
- Locke E. A (1976). *The nature and causes of job satisfaction*, in Dunette. Handbook of Industrial and organizational psychology. Chicago. United Status. Rand Mc Nally Collage Ed.
- Marsellach Umbert G (2001) *Técnicas cognitivas para el tratamiento des estrés*. Descargado el 27 de Octubre de [hppt// www.psicologíapopular.com](http://www.psicologíapopular.com)
- Maslach, C y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnot Inventory* (2º ed). Palo Alto. CA. Editorial: Consultyng Psychologist Press.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-113. Psicología Científica – Descargado el 10 de Octubre de 2007 de <http://www.psicologiacientifica.com>.

Mateu, M. (1984) *La nueva organización del trabajo. Alternativas empresariales desde una óptica psicosociológica*. Barcelona. Editorial: Hispano Europea.

Moises Rios, Billy Williams (2006). *Prevalencia y factores asociados en profesionales serums de la Red de servicios de salud Huamanga*. Ante proyecto de tesis. Perú, Ayacucho.

Morales G. (2002) *Aplicaciones de la relajación y del entrenamiento sugestivo de autocontrol en el tratamiento grupal de las toxicomanías*. Interpsiquis 2002. España. Descargado el 20 de Marzo de 2008 de [http //www.congresovirtualdepsiquiatria.com](http://www.congresovirtualdepsiquiatria.com)

Navajas Adan J. (2003) *De la Calidad de Vida Laboral a la Gestión de Calidad. Una aproximación psicosocial a la calidad como práctica de sujeción y dominación*. Tesis doctoral publicada. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Barcelona.

NIOSH: Instituto Nacional para la seguridad y Salud Ocupacional (1999) *El estrés en el trabajo*. EEUU. Descargado el 20 de Octubre de 2006 de [http // www.cdc.gov/spanish/niosh](http://www.cdc.gov/spanish/niosh)

Organización Mundial de la Salud (2002). *The World health report. Health systems improving performance*. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.Who/mt/whar>

Pastoral Juvenil (2003). *Dinámicas de Confianza*. México. Descargado el 1 de noviembre de 2006 de [http// www.pjcweb.org](http://www.pjcweb.org).

Peralta K, Pozo S. (2006). *Factores Asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta. Ayacucho.* Tesis de pre grado de la facultas de enfermería, publicada. Universidad Nacional de San Cristóbal de Humanga.

Pérez Bilbao J, Fidalgo Vega M (2006). *La satisfacción laboral.* Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. España. Descargado el 15 de Septiembre de 2006 de [hppt// www.mtas.es](http://www.mtas.es)

Perez Lopez F. R (2003). *Climaterio y envejecimiento.* Medicina basada en la evidencia. España. Editorial: SIESGE.

Perlmutter y Hall (1992). *Adult Developement and Again.* Canadá. Editorial: Wiley

Pines A, Arosón E. (1988). *Career Burnout. Causes and cures.* En Manassero M.A y col (1994). Burnout en profesores, impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional. Memoria final de investigación. Madrid. Editorial: MEC-CIDE.

Prieto L, Robles E (2002). *Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres.* Revista de atención primaria. 29 (5). España.

Quiroz R, Saco S (1999). *Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Salud del Cuzco.* Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Editorial: Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco.

Rejas S, Acori I. (1998). *Factores que influyen en los niveles de estrés en Enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de*

Ayacucho. Ayacucho. Tesis pre grado Facultad de Enfermería, publicada. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Reimplein H. (1966) *Die seelische entwicklung des Menschen in kindes _ und Jugendolter*. Munich: Ernst Reinhart Verlag. (Tratado de Psicología Evolutiva, 2º Ed. Barcelona. Editorial: Labor, 1968)

Rios W. (2006). *Prevalencia y factores asociados en profesionales serums de la Red de servicios de salud Huamanga*. Ante proyecto de tesis. Ayacucho.

Rodríguez M., Darío (1999). *Diagnóstico organizacional*. (3ª ed). México Editorial: Alfaomega.

Salthouse T A, Legg S, Palmon R and Mitchell D (1990). *Memory factors in age-related differences en simple reasonin*. Psychology an Agein, 5, 9-15.

Suttle, J.L (1977) *Improving life al Work. Problems and prospects*. En J. R. Hackman y J. L Suttle (Eds), *Improving life at work. Behavioral Science approaches to organizational change*. Santa Monica. Editoral: Goodyear Publishing Company.

Velaz Rivas J. (1996). *Motivos y motivación en la empresa*. (1ª ed) Madrid. Editorial: Díaz de Santos S.A.

Zapata García R, Cano Proas A, Moyá Querejeta J. (2002) *Tareas del Desarrollo en la edad adulta*. Tesis publicada. Departamento de psiquiatría y psicología médica. Facultad de medicina. Universidad de Navarra.

ANEXOS

ANEXO I

ENTREVISTA ABIERTA AL JEFE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL.

¿Cuánto hace que trabaja en el Hospital?

Trabajé en este Hospital en tres períodos, primero en la década del 80 como bioquímico y después pase a ser jefe de servicio, luego me trasladaron, en la década del 90 volví directamente como jefe de servicio, estuve nueve años y me volvieron a trasladar, hasta que en el 2005 volví a ser jefe de este Laboratorio hasta la actualidad.

¿Cuántas horas trabaja por día?

Actualmente mi horario de trabajo es de 7 30 a 1 30 pero a veces, por diferentes motivos se prolonga un poco.

¿Cuáles son las funciones que cumple en su puesto?

Estoy encargado de todo mi personal, en realidad hay un encargado de personal, pero todo lo que el hace o deja de hacer pasa por mi supervisión, al final el que autoriza las vacaciones, las ausencias soy yo.

Me encargo de la actualización constante del PON, y también me aseguro de que estas normas se cumplan, pero para que se cumplan hay que informarle a las personas de la existencia de estas normas, y esto es algo que también hago yo. Antes hacía análisis, pero ahora ya no.

¿Cuál es la importancia de estas tareas y de todas las del laboratorio en relación a al Hospital?

Es de suma importancia el Hospital depende absolutamente del Laboratorio, cada paciente que ingresa a cualquier área necesita análisis y sobretodo aquellos que están en terapia o los que están por ser operados por eso es que nuestro trabajo tiene que ser perfecto, no podemos cometer errores... si lo hacemos podríamos poner en riesgo la vida de una persona.

¿Cómo percibe actualmente la situación en su trabajo, como es el trabajo diario?

El Laboratorio esta dividido en seis secciones, cada sección es una especialidad dentro del Laboratorio, y lo que yo observo es que cada persona esta muy estancada en su propio lugar, no quieren cambiar, parece mentira, pero es

así. No quieren saber de todo, ya se cansaron... quieren hacer lo de ellos, que lo hacen muy bien, pero a veces es conveniente, mirándolo desde un nivel de jefatura que todos hagan de todo. Porque hay que hacerle entender a un paciente que viene a pedir un determinado análisis, que no se le puede hacer porque la persona que lo hace esta de licencia por ejemplo... el no va a entender, nos ven como bioquímicos que hacemos todo tipo de análisis. Por eso es que un profesional tiene que saber hacer de todo. Por ejemplo al frente en la parte de microbiología no había ningún bioquímico, había un médico, y eso es algo que no puede ser.

¿Eso es porque no saben realizar esa tarea?

No, no de ninguna manera, es porque no quieren. Entonces cuando yo vine acá... da la casualidad que esa es mi especialidad, entonces me fui yo a hacer esa sección. Cuando la Dr. Díaz se iba de vacaciones que pasa... teníamos que llamar a una persona de afuera para que se hiciera cargo del servicio... cuando llegué yo me hice cargo y estuve prácticamente dos meses a cargo de ese sector, porque nadie lo quería hacer.

¿Por qué nadie lo quería hacer?

No se... porque no lo quisieron hacer, no se no les interesaba o no tenían ganas. Ahora logré que dos bioquímicas de acá hagan ese trabajo, yo me tuve que venir a cumplir mi función como jefe... no les quedo otra que ir... hasta que al final se acostumbraron y ahora les gusta.

Yo les decía chicos vayan rotando hagan todos de todo un poco... yo se que las especialidades son difíciles, pero no es lo mismo que en la medicina por ejemplo un clínico no puede reemplazar a un traumatólogo, porque no se puede... pero acá sí... solo hay que aprender a usar bien los aparatos. Pero bueno el bioquímico, no solo tiene que estar contento, sino seguro con lo que hace... como pasa en todas las profesiones. Nadie se puede dar el lujo de equivocarse, menos nosotros porque estamos tratando con vidas humanas.

¿Cómo jefe de Servicio cuales son las quejas mas comunes que recibe de parte de su personal?

En cuanto a las relaciones entre ellos y de ellos hacia mi, gracias a Dios nunca e tenido grandes problemas. En cuanto al trabajo, puede haber diferencia de criterios, cada profesional tiene su propio criterio, no todos somos iguales... el criterio es como el ojo, todos tenemos ojos pero no vemos de la misma forma. Entonces siempre hay dos criterio como mínimo, a veces tres y a veces cuatro. Pero tratamos de ponernos de acuerdo y usar uno de ellos, a un criterio uniforme.

¿En cuanto al trabajo cotidiano y la productividad, las personas trabajan con Ud. rinden como deben u observa alguna falencia?

Mira yo te digo, si acá llegan 10 personas hay que atenderlas, si llegan 100 también hay que atenderlas igual, porque es lo que tenemos que hacer. El trabajo acá se hace en serie, si pones 10 análisis en una maquina que tardan 10 minutos, 20 análisis solo van a tardar unos pocos minutos mas. En cuanto a los bioquímicos, lo hacen... pero se que no están al cien por cien, no se exigen al máximo digamos.

¿Por qué piensa que no se exigen al máximo?

Y no porque hay capacidad o sea todavía... uno ve la capacidad o sea, uno lo ve por ejemplo cuando llega el final del día y se tiene que ir a las 12 30 y son las 12 y ya terminaron y ya se quieren ir. Pero bueno sacan el trabajo perfectamente, ya tienen una hoja de ruta para trabajar... y como siempre están ahí... no rotan ni prueban hacer otras cosas, ya se lo conocen de memoria.

¿Percibe algún otro problema?

Y te podría hablar del trabajo de ir a sala que es el trabajo mas feo... en realidad entre estas chicas las militares y las otras las civiles nunca hubo una relación excelente, siempre hubo esa barrera, una barrera que yo siempre la note... y yo les dije chicos somos todos bioquímicos, a veces a mí me toca mandarlos, pero somos todos iguales... cuando surge algo y me tienen que preguntar que me pregunten, y si algo que yo no se voy le pregunto a ellos, somos pares, seré mas viejo y soy el jefe, pero no porque sepa mas, sino porque tengo un grado... y la responsabilidad en este momento recae sobre mi. Pero en cuanto al trabajo somos todos bioquímicos iguales.

En cuanto al trabajo de ir a la sala es el trabajo mas feo... no es lo mismo sacarle sangre a un paciente en tu propio box con todos los elementos y el paciente en perfecto estado, viene te pone el brazo, estas en un lugar agradable, que ir a la sala donde están todos los internados realmente enfermos... hasta el olor influye en ese momento, tenés que sacarle sangre en la cama y el bioquímico tiene que estar arrodillado a lo mejor... con todos los elementos sueltos, que a lo mejor te olvidaste de algo y tenés que venir acá a buscarlo...eso te crea un estrés... un estrés muy grande... como sacarle sangre a un bebe también. No es lo mismo que en la cabina, que es una rutina, por más que uno ya está acostumbrado ir a la sala provoca un gran estrés. Es por esto que a la sala nos les gusta ir... primero eso, y segundo que lo piden de urgencia, no solo que le saquen sangre, sino el resultado de urgencia también... y bueno tercero que tienen que salir de acá rápido irse hasta allá a veces lloviendo... pero bueno es un problema que no es de todos los Hospitales, pero este es un Hospital hecho a la antigua donde un pabellón esta muy separado de otro y te tenés que ir a lo mejor mojándote hasta allá.

Entonces la orden fue Dr. tal hágase cargo de la guardia, Dr. tal hágase cargo de las salas... como no se hágase una lista en donde una ves por día o cada dos días alguien va a la sala y a la guardia y lo hace... eso es a pedido no... llama un Dr. y dice que hay que ir a sacarle sangre a un paciente en la sala tal y ahí tiene que marchar alguien.

Esto trajo un malestar y no les gustó, porque hay personas grandes que ya no les gusta sacar sangre... les gusta hacer los análisis pero no sacar sangre, porque ya no tiene ganas de lidiar con el paciente, porque el bioquímico no solo le tiene que sacar sangre al paciente, en esa relación profesional – paciente tiene que tratar de sacarle algún dato, algún antecedente para corroborar su resultado, le tiene que hacer una anamnesis... muy cortita... no le vas a preguntar que tenía cuando era chico... pero si como le va señor, que le anda pasando.

*Y la verdad es que hay bioquímicas que ya no tienen ganas de esto.
¿Por qué piensa que no tienen ganas?*

Y por ahí las chicas estas me deciden Doctor no quieren ir a la Sala, son personas que han hecho guardia a la noche, y me dicen también que ya no quieren hacer guardia a la noche... entonces que he tenido que hacer... contratar tres chicas jóvenes para que hagan guardia a la noche, no ya no quieren hacer ese tipo de trabajo, por ejemplo le toca guardia a una bioquímica y en ves de hacerla prefiere pagarle a una de estas chicas para que haga su guardia... en realidad yo tampoco quiero saber mas nada con la guardia... porque es un estrés, la guardia es un estrés permanente... vos no sabes que te va a tocar y mas que todo vos estas representando un laboratorio sos la cara visible del Laboratorio en ese momento, te pueden pedir cualquier cosa.. y eso genera miedo y aunque no quieras al estrés lo estas sufriendo, porque, porque es lo que yo te decía... las bioquímicas están en su propio lugar de trabajo y cuando están de guardia tienen que hacer todo, y ese todo a lo mejor hace mucho que no lo ven... no están... el bioquímico siempre va a estar seguro, pero la inseguridad siempre ronda... o se tiene miedo de hacer macanas.

¿Antes, por ejemplo la primera vez que fue jefe en la década de los ochenta, como era?

Era distinto... si era muy distinto, ojo la personalidad de cada una sigue siendo la misma. Pero la aptitud ha ido in creyendo, pero es por eso porque ya se cansan no es lo mismo hacer esas tareas a los 30 años que ahora, que algunas tiene 58 por ejemplo, y el estrés no es el mismo... a los 30 que recién empezas, no hay casi estrés, o por lo menos el cuerpo y la mente lo pueden soportar mejor a los 30 atropellas paredes. Yo a esa edad con otro bioquímico todos se iban de licencia y manejábamos todo el laboratorio los dos solos, ahora ni loco lo hago a eso, imposible.

¿Esa diferencia de hace unos años a esta parte, se puede ver en algo concreto como por ejemplo ausentismos, carpetas medicas...?

Si si y a mi no me interesa el porque... a mi vienen y me dicen Doctor mañana no quiero venir y yo le digo no vengan. Lo que me hace mal es cuando yo llevo acá y me dicen faltó tal y yo tengo que salir corriendo a cubrir eso, eso si es

lo que no me gusta... pero cuando me dicen que quieren faltar yo les digo que falten están autorizados a no venir. Eso si a lo mejor al otro día hay que quedarse media hora mas, pero bueno no hay problema lo hacen igual. También les puedo pedir cosas que no están estipuladas, como por ejemplo les pongo un practicante y les tienen que enseñar algunas cosas... y eso lo han tomado bien.

Pero bueno es un cansancio... yo siempre digo el día que me levante y no tenga ganas de ir a trabajar, no voy a trabajar mas, mientras, moriré con la chaquetilla puesta.

¿Pero a veces no hay más remedio que venir a trabajar?

Si por supuesto, a demás hay que entender... mejor dicho lo hacen entender a uno que es reemplazable las personas se reemplazan, uno no se puede perpetuar acá toda la vida, y ese es el problema los que estamos acá ya tenemos nuestros años. Hace falta sangre nueva.

¿Esa sería la solución?

Es algo que hay que hacer, yo ya he pedido gente nueva, eso no significa que se vaya la gente que hay ahora, pero como a alguna les falta poco para jubilarse hay que traer otra gente. Vos sabes que por la ley esta última que puso Menem, la ley de emergencia no se puede incrementar la planta del estado, como tampoco se puede incrementar el patrimonio, por eso ningún Hospital u ente del estado puede comprar nada, por supuesto que todo el mundo compra igual. Pero con el personal es mas difícil, entonces como haces... contratás, pero al final llega un momento que lo tenés que incluir en la planta, pero acá no se puede, no es como en la provincia o el la Nación que los incluyen por un decreto y listo. Entonces las personas se están yendo, se están jubilando y nosotros no tenemos reemplazantes. Entonces una salida mía fue crear la residencia hospitalaria, y que mejor que reemplazarla con personas hechas a nuestra medida, con personas egresadas de la Universidad con conocimientos para hacer lo que hacemos acá, y que hayan aprendido acá, y si es posible con un grado. De acá a 5 o 6 años todas las bioquímicas de acá ya se van, y van a ser reemplazadas por todas las residentes que hay ahora. Todos vamos a ser reemplazados.

Esto es un poco a lo que apunta mi trabajo, a que estas personas que están por ser remplazadas a mediano plazo, sigan trabajando con las mismas ganas de antes, y que sea para ellas una satisfacción trabajar, es decir que no vivan estos últimos años de trabajo como un “sufrimiento” sino que lo disfruten lo mas posible

Si claro, igual las personas ya saben como es el tema, ellas mismas se dan cuenta de que necesitan ayuda y van y la piden, porque se dan cuenta que ya no pueden hacer todo lo mismo y en el mismo tiempo que cuando eran mas jóvenes. Y gracias a Dios hay solidaridad acá, y la gente se siente bien, por lo menos no tienen caras largas... salvo que venga alguno con un problema particular personal. A mi nunca jamás me han faltado el respeto como si he visto que en otros lugares a pasado, nunca vino alguien a decirme que tenia un problema personal conmigo. Para finalizar necesito que me cuente cuales son los aspectos positivos y negativos o las fortalezas y las debilidades de este Servicio

La fortaleza de este Servicio... hablando en términos futbolísticos es que la gente que trabaja acá se ha puesto la camiseta del Laboratorio, eso es lo que yo me he dado cuenta, resuelven problemas entre ellos y yo a veces ni me entero... no se desligan del problema lo toman y se hacen cargo. Esto habla también de una gran camaradería entre compañeros, son buenos compañeros entre ellos y eso se nota.

En cuanto a las debilidades una es que el bioquímico esta parado siempre en su aparato... y uno siempre quiere tener mas de lo que tiene y es lógico, hace unos años teníamos cuatro aparatos excelentes... que pasó nadie los supo manejar ni usar... los tuvieron que vender... y esto se volvió a venir abajo. Yo a este Laboratorio lo deje en el año 99 y tenía un nivel, lo recibí el año pasado muerto. Ahora estamos tratando de sacarlo a flote de nuevo, recuperamos uno de esos aparatos pero todavía faltan tres... y es así el bioquímico sin aparato es medio bioquímico, al margen que se le complica su tarea por supuesto no? Y si a esto le sumamos que la gente ya está grande y no tiene la misma fortaleza de antes...Pero bueno todo se puede solucionar. A lo que se quiere llegar es a ser lo mismo que éramos cuando yo me fui en el año 99.

Por supuesto que para esto hay que pensar en otras cosas que andan mal, y ahora te hablo mas a nivel Hospital, es necesario usar herramientas mas nuevas para que el Servicio no se desvalorice, pero esto es algo que depende mas de la dirección.

Otra debilidad de la que yo siempre hablo es de nuestra obra social... tenemos una obra social cautiva, no todo el mundo puede acceder a nuestro servicio gratuitamente por no tener la obra social con la que trabajamos, y esto produce que menos gente se haga atender acá.

Acá tiene que haber gente que se encargue de la administración, para poder llevar adelante una mejor facturación, acá hay muchos errores con este tema y es por falta de personal capacitado para el tema... lo mismo pasa con el marketing necesitamos que se venda lo que nosotros hacemos, darlo a conocer, crear una imagen, eso no lo puede hacer un médico, eso lo tiene que hacer un vendedor con experiencia en ese tema. Y lo complicado es que la gente que esta ahora comprenda esto, porque son años de manejarse siempre de una misma manera, y es muy difícil hacer entender a la gente que hay que innovar, cambiar, crecer.

Registros:

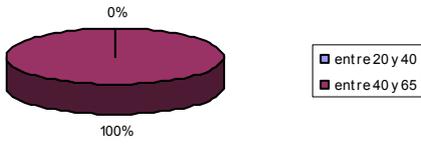
La persona mostró una excelente predisposición para hablar de todos los temas, duro un total de 40 minutos, algunos temas muy poco relevantes fueron omitidos.

Al comenzar la entrevista le entregué al Jefe del Servicio los objetivos de mi trabajo, me dijo que le parecía muy bien y que es algo necesario en el Hospital, que no se implementa y que es importante que alguien lo haya pensado.

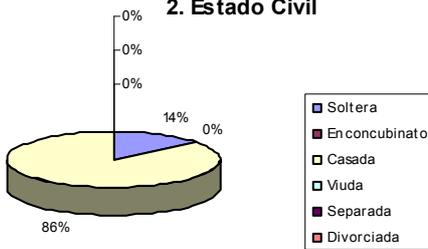
ANEXO II

GRUPO 1

1. Edad



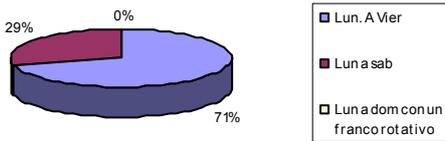
2. Estado Civil



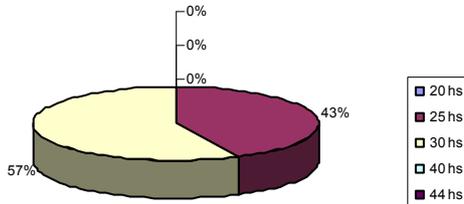
3. Profesión



4. Jornada Laboral

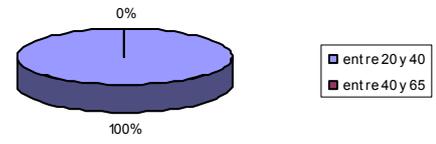


5. Horas semanales

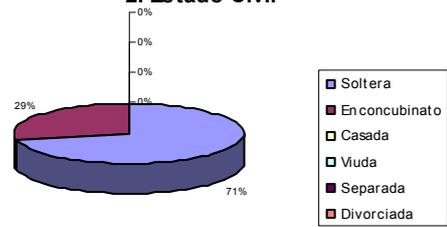


GRUPO 2

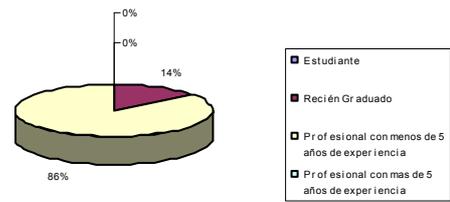
1. Edad



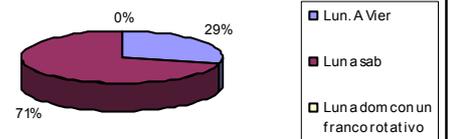
2. Estado Civil



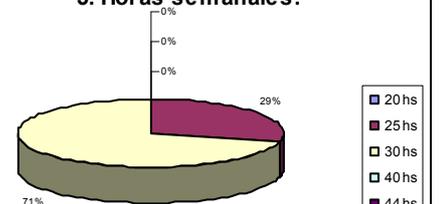
3. Profesión



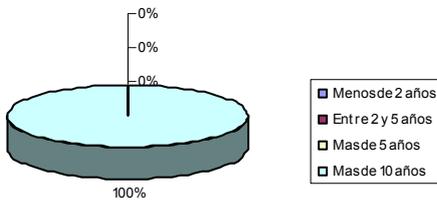
4. Jornada Laboral



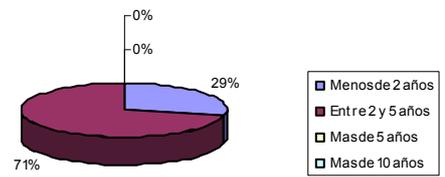
5. Horas semanales:



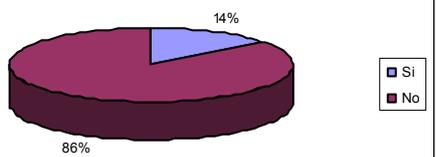
6. Antigüedad en el Hospital



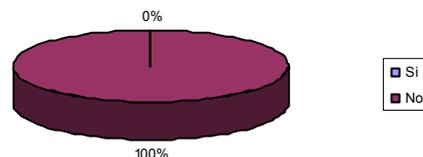
6. Antigüedad en el Hospital



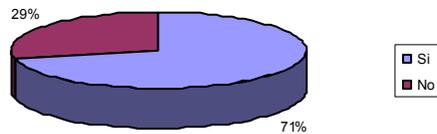
7. Tiene otro empleo:



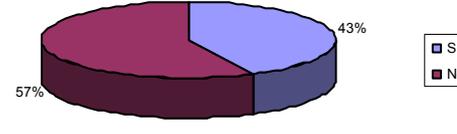
7. Tiene otro empleo:



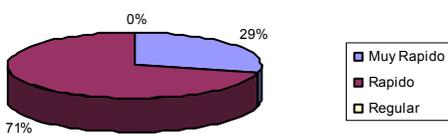
8. Su conyugue trabaja



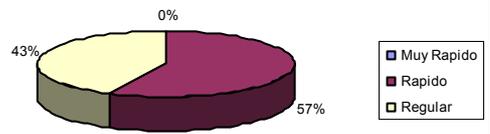
8. Su conyugue trabaja:



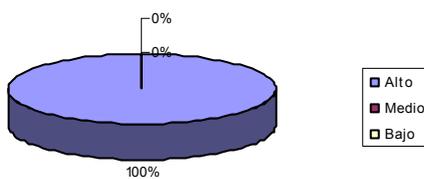
9. Ritmo que requiere su trabajo



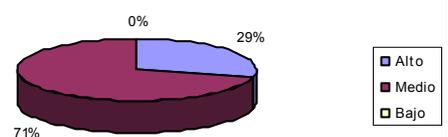
9. Ritmo que requiere su trabajo



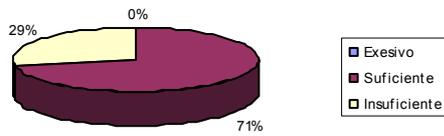
10. Grado de atención que demanda el trabajo



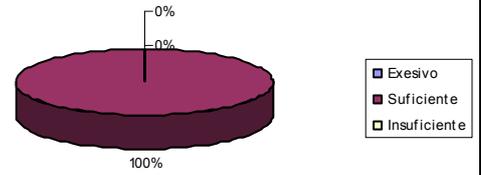
10. Grado de atención que demanda el trabajo:



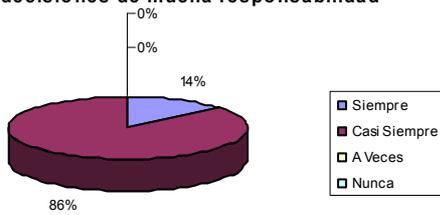
11. Tiempo para realizar las tareas



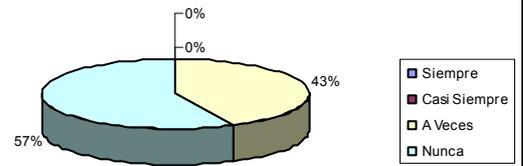
11. Tiempo para realizar las tareas:



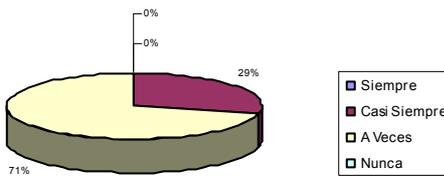
12. Se siente presionado al tomar decisiones de mucha responsabilidad



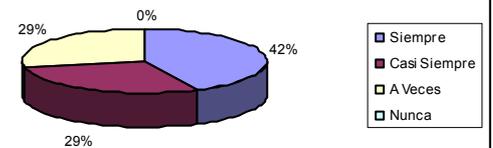
12. Se siente presionado al tener que tomar decisiones de mucha responsabilidad:



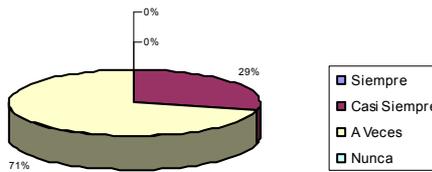
13. Los valores del Hospital coinciden con los de su vida:



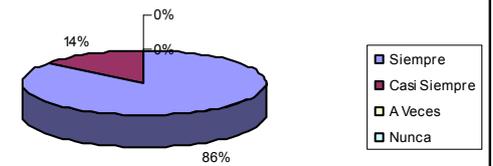
13. Los valores del Hospital coinciden con los de su vida:



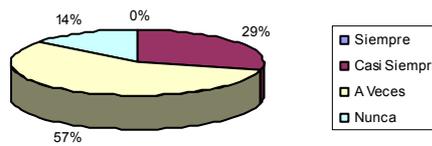
14. Le permite el trabajo cumplir sus objetivos personales:



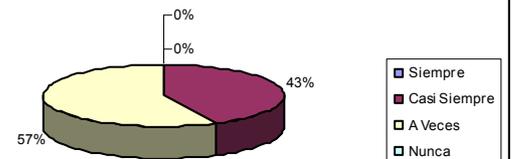
14. Le permite el trabajo cumplir sus objetivos personales:



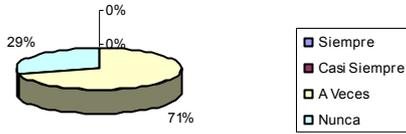
15. Si los objetivos no son alcanzados se siente responsable:



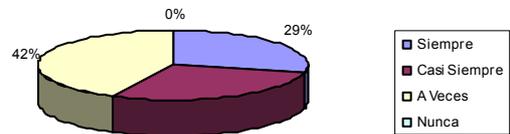
15. Si los objetivos no son alcanzados se siente responsable:



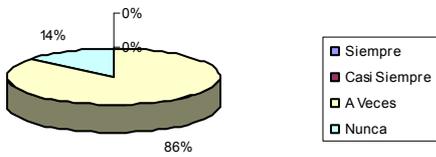
16. En su trabajo hay lugar para la creatividad e iniciativa



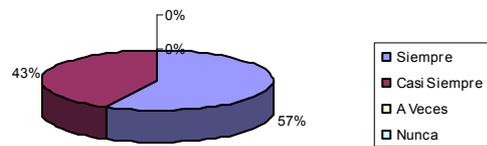
16. En su trabajo hay lugar para la creatividad e iniciativa:



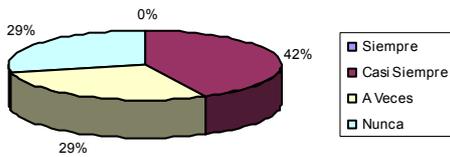
17. Sus superiores reconocen su trabajo:



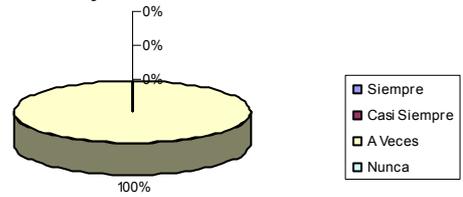
17. Sus superiores reconocen su trabajo:



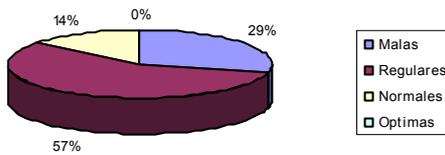
18. Tiene participación en la definición de objetivos de sus funciones:



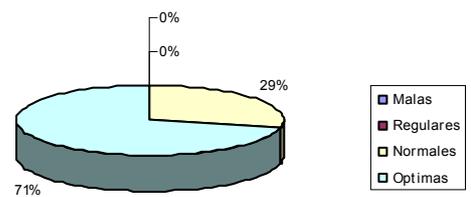
18. Tiene participación en la definición de objetivos de sus funciones:



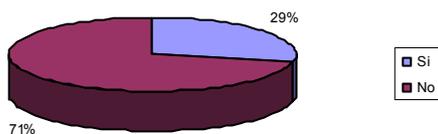
19. Las condiciones de trabajo son:



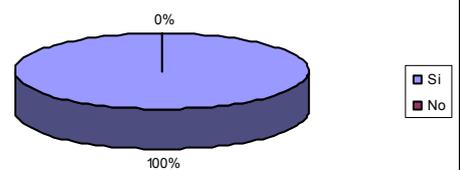
19. Las condiciones de trabajo son:



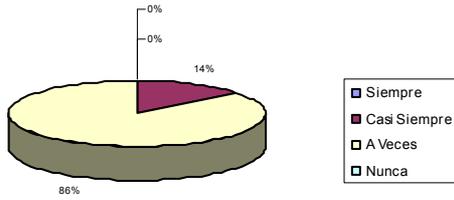
20. Las tareas están bien distribuidas:



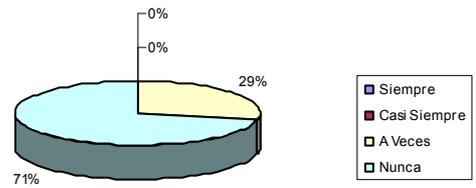
20. Las tareas están bien distribuidas:



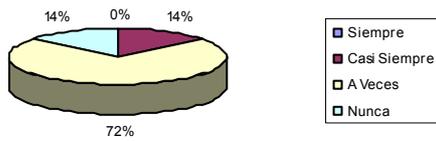
21. Traslada los problemas laborales a su casa:



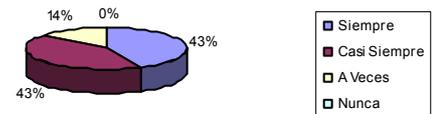
21. Traslada los problemas laborales a su casa:



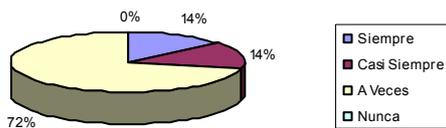
22. Se toma descansos en la jornada laboral:



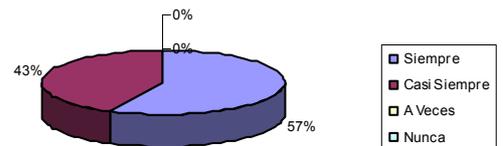
22. Se toma descansos en la jornada laboral:



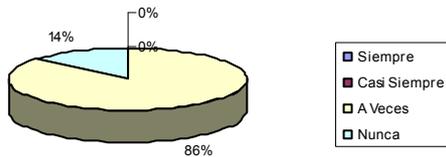
23. Realiza Actividades recreativas fuera del trabajo:



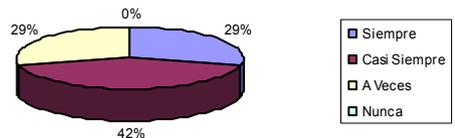
23. Realiza actividades recreativas fuera del trabajo:



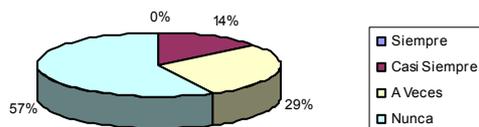
24. Tiene relaciones informales con sus compañeros fuera del trabajo:



24. Tiene relaciones informales con sus compañeros fuera del trabajo:



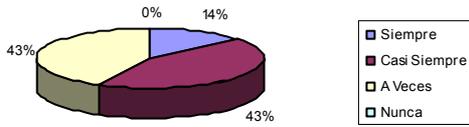
25. Siente al trabajo como el centro de su vida:



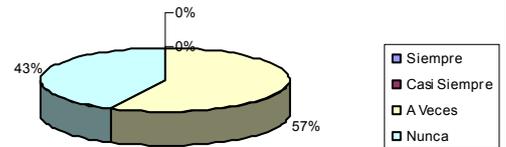
25. Siente al trabajo como el centro de su vida:



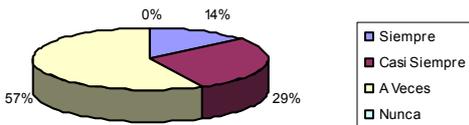
26. Se siente agotado al final de la jornada laboral:



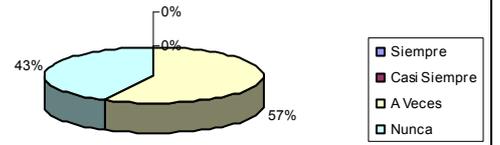
26. Se siente agotado al final de la jornada laboral:



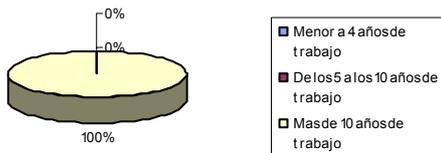
27. Cuando se levanta para ir a trabajar se siente cansado:



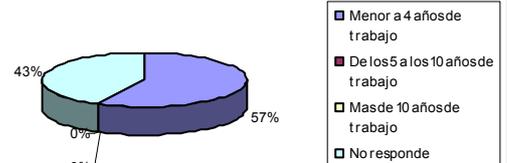
27. Cuando se levanta para ir a trabajar se siente cansado:



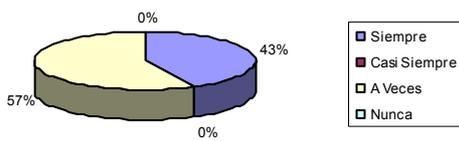
28. Comenzo a sentirse cansado a partir de los:



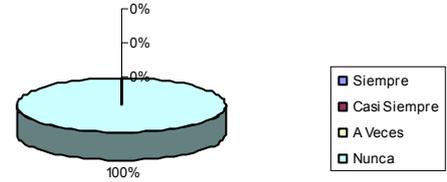
28. Comenzo a sentirse cansado a partir de los:



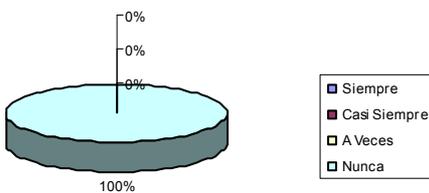
29. Siente que su trabajo le provoca estrés:



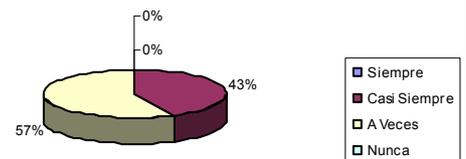
29. Siente que su trabajo le provoca estrés:



30. Existe en su trabajo algún abordaje para el estrés:



30. Existe en su trabajo algún abordaje para el estrés:



ANEXO III

Escala de Maslach (1986)

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

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

ANEXO IV

ENTREVISTA A BIOQUIMICA EN ADAD ADULTA INTERMEDIA

¿Cuántos hace que trabaja en el Hospital?

Y bueno yo tengo 59 años y hace 27 años que trabajo en Hospitales Militares, pero no siempre acá, he pasado prácticamente por todos los Hospitales Militares del país, te explico mi marido es Militar retirado y por su profesión siempre nos trasladamos a lugares diferentes, como yo siempre estuve con él ejercí mi profesión en casi todos los Hospitales. En este Hospital hace cinco años que estoy. Estuve en Formosa, Mendoza, los del sur también. Y de 1992 al 2002 estuve en el Hospital Militar central en Buenos Aires, que desde mi punto de vista es el mejor de todos.

¿Siempre en Laboratorios?

Generalmente si, en el Hospital de Buenos Aires estuve un tiempo en el sector de Hemostasia realizando esa tarea específica. Estos son pacientes con problemas de coagulación, hemofílicos... todo lo referido a hiper o hipo coagulación, y esa es un área que a mí me gusta mucho.

¿Por qué para Usted el de Buenos Aires es el mejor Hospital?

Porque es el Hospital que... de todos los Hospitales Militares el que está mejor equipado, tiene todo, a el se derivan los pacientes de todos los Hospitales Militares del país cuando no tienen capacidad de resolver un problema. Es decir, el Hospital Militar central es un hospital monstruo donde uno entra con un problema y ahí mismo se lo resuelven, no tiene que andar saliendo a buscar e... un laboratorio especializado afuera, o una resonancia magnética afuera, el hospital cuenta con todos los métodos de análisis y de estudios que pueda necesitar un paciente. O se uno entra ahí y sale con un diagnóstico, no tiene que andar recorriendo la ciudad buscando... haciéndose un estudio en un lugar y en otro, como la mayoría de los hospitales de acá que son hospitales mas bien chicos.

¿Qué horario cumple actualmente en el Hospital?

Ahora trabajo de 07.30 hs a 12.30 hs de lunes a viernes, mas las guardias de vez en cuando. El primer año que entré trabajaba de 09.00 a 13.00 hs, porque cuando llegué estaba privatizado el servicio, después cuando se fue

esta privatización, volvió a manos del Hospital el Laboratorio e hicimos un convenio con el Director para trabajar de 07.30 a 12.30 hs y una guardia los sábados.

¿A lo largo de su carrera siempre realizó guardias?

Y si te diría que la mayoría de mi carrera, he llegado a trabajar en dos Hospitales distintos y con guardias en los dos Hospitales he llegado a trabajar diez horas por día aproximadamente o más aparte de las guardias. Esto lo hice mas o menos hasta los 48 años, que ahí ya estaba destruida... me quede con un solo trabajo y además ya tenia una hija recibida el otro estaba en la Universidad, no tenía mucho sentido... realmente uno trabaja para hacer su futuro, para sus hijos estudien... entonces ya presionarme tanto no tenía mucho sentido y me quedé con un solo trabajo, que en ese momento estaba en Bariloche.

¿Aca, en Córdoba tuvo que volver a hacer guardias?

Lamentablemente si, después de muchos años tuve que volver a hacer guardias y bueno eso fue una experiencia horrible... traumatizante para mí, porque me pongo muy nerviosa este... ya no respondía bien al estrés ... a l apuro del resultado del análisis este.

¿Qué sentía?

Que sentía? Me temblaban las piernas este... o sea no me bloqueaba, tengo muchos años de profesión, no tengo problemas en resolver problemas o sea tengo capacidad para resolver problemas pero lo que me pone nerviosa es que me apuren, que haya enfermos de un lado que te apuren eh... volver a trabajar con niños, porque antes yo trabajaba mucho con bebes y eso ya no me gusta, entonces todo eso cuando salgo de la guardia me siento en el auto para venir y me tiemblan las piernas.

¿Esto tiene alguna repercusión en el ámbito familiar?

No, yo siempre... el trabajo en el trabajo y mi casa en mi casa, nunca traje los problemas, a veces charlo algún tipo de cosas con mi marido porque es un hombre muy comprensivo y además como el es Militar y yo trabajo en un Hospital Militar conoce un poco la manera de ser del militar, porque nuestros jefes son médicos o bioquímicos, pero además son militares y tienen una

formación militar, entonces, bueno, él a veces me ayuda en ciertas cosas pero en general no soy de comentar mi trabajo con nadie. Trato de no mezclar mi trabajo con mi casa... yo antes era muy cerrada y no hablaba mucho, y ahora si charlo mas con las chicas acá, porque son todas mas o menos de mi edad y tenemos los mismos problemas entonces hablamos mas.

¿Cuáles son esos problemas?

Y bueno con las guardias todas estábamos y estamos igual, llegamos a estar muy estresadas y bueno logramos que se contratara gente joven, porque yo creo que las guardias son para gente joven y no de nuestra edad, o sea el estrés de una guardia no lo toleramos nosotros ya, pero bueno sin embargo a veces lo tenemos que hacer.

¿Alguna vez tuvo que pedir carpeta médica por estrés?

No nunca... pero si me empezó a afectar el año pasado cuando iba a la sala a sacar sangre a los pacientes, y ya no lo hago mas, no lo puedo hacer mas y no quiero hacerlo mas, yo iba a la sala y el paciente necesita siempre una palabra de aliento... de cariño... y yo ya no tengo capacidad de hacerlo no se porque ya no quiero verlos.

¿Por qué, que siente?

Que siento? Me siento mal yo, yo antes cuando era joven en mi profesión siempre me consideré que estaba lejos de poder contagiarme de algo, o sea estaba lejos de la enfermedad en sí. Ahora que soy mas grande, voy a cumplir 60 años el año que viene... es como que siento mas cerca de las enfermedades, o a los problemas los siento mas cerca y yo antes me consideraba como intocable, ahora ya no, entonces eso me afecta... no, no quiero ir mas, prefiero quedarme en casa.

¿Cuál sería la situación ideal de trabajo para usted?

La situación ideal para mí es no hacer guardias, y en realidad ahora lo que me gustaba es la parte de los alumnos, tenemos los cursantes... esa parte me gusta, lo que pasa es que estamos un poco limitados en capacidades, por ejemplo en la parte hematología que es lo que a mí me gusta, tenemos un solo microscopio y para tener alumnos yo necesito dos, necesito estar yo sentada en un microscopio y el alumno al lado en otro... me gusta enseñarles, pero

ahora ya como últimamente no puedo darles lo que realmente quiero por falta de elementos... es muy difícil. El Hospital realmente se ha venido muy abajo, los elementos que se van perdiendo no se recuperan, entonces tampoco me atrae mucho eso, antes me gustaba mucho, hasta hace un tiempo, poder estar con los chicos, enseñarles, transmitirles todo lo que se... como lo hice con mi hija, porque mi hija también es bioquímica, y tuve la posibilidad de trabajar con ella cuando estaba recién recibida, me gustó poder transmitirle todo lo que sabía, porque me gusta transmitir todo lo que se a nivel profesional, pero ahora... (silencio) estoy bastante desganada con todo...

A si?

Si.

¿Cuándo se levanta para ir a trabajar tiene ganas?

Si en eso todavía si, porque realmente amo mi profesión, pero en el trabajo en el hospitales a veces si me cuesta un poco por las situaciones que se viven, la falta de elementos, la falta de posibilidades... eso es como que me ha hecho retroceder un poco en mis aspiraciones, antes... o quizás sea también la edad, antes me gustaba hacer cursos, ahora yo noto que tendría que hacer y no hago nada, como que me estoy quedando... y por ahí pienso que no soy tan vieja como para quedarme, que se yo si uno ve el premio novel de la medicina tiene ochenta años el que lo ganó, y cuando lo ví me sentí mal... digo pensar que yo no tengo ganas de ponerme a estudiar y esta gente tiene veinte años mas que yo y sigue capacitándose.

¿Pensó alguna vez en jubilarse?

No, trabajé toda mi vida eh... no me gusta mucho el trabajo de la casa, si mis hijos y todo eso pero no el trabajo de la casa, entonces eso yo se que va a ser algo que me va a costar mucho el día que me quede. Dejar el trabajo me va a costar mucho, entonces pienso trabajar hasta... unos cuantos años mas.

Me gustaría que me cuente un poco mas sobre el trabajo que no le gusta o le provoca malestar.

Si la verdad es que ahora ya no me gusta para nada ir a la sala, antes si me gustaba porque me encantaba poder estar al lado de un paciente, de transmitirle confianza, transmitirle esperanza e... tranquilizarlo, decirle que todo

va a andar bien y ahora... como que decirle todo eso me sale forzado, ya como que digo bueno... yo se lo que le va a pasar es como que no me sale entonces prefiero no hacerlo.

¿Y en cuanto a la parte física?

Mira en cuanto lo físico no, porque yo siempre fui una persona de trabajar mucho, siempre... no me quedo quieta un minuto mi marido y mis hijos me dicen, no te puedes quedar quieta, entonces en eso no tengo problema.

Con respecto al ámbito Institucional, ¿hay comprensión por parte de sus jefes sobre estas cosas que ustedes sienten que no pueden hacer?

El Jefe anterior si un poco, era compañero mío de la facultad entonces lo conocí como profesional, tenía sus cosas, pero cuando había que resolver un problema lo hacía. Con el jefe de ahora no veo lo mismo, veo como que trata de que todo se vea bien lindo por arriba y los problemas de la base no se solucionan.

¿Cómo que problemas?

Como problemas de reactivos, control de los reactivos que faltan... siempre estas escaso, con el otro no teníamos esos problemas. Yo hace poco me pinché con una aguja porque se estaba usando como descartadores frascos de alcohol, y yo estaba ayudándole a una chica a sacar sangre y voy a agarrar el descartador y alguien había descartado una aguja y la aguja salió por afuera, y yo la rose. Y en ese momento me hice todas las pruebas lo denuncié todo y ahora en tres meses, a fin de noviembre me tengo que volver a hacer el HIV todo eso... es muy poco probable, yo se pero en otro momento yo fui transfundida hace veinte años, cincuenta personas me dieron sangre y en ese momento si fui al HIV y todo, pero en ese momento yo nunca pensé que podía contagiarme de Sida, ahora por un raspón que ni siquiera me paso muy profundo y me hice sangrar yo y además con una aguja vieja, que yo se que el virus es muy lábil y todo eso... recién ahora estoy un poco mas tranquila pero la verdad es que me sacó el sueño a pesar de que se que las posibilidades son muy remotas, no son cero, pero son muy remotas... me quitó bastante el sueño.

¿Fue la única vez que le pasó eso?

Un accidente así de pincharme con una aguja si, fue la única vez... en otra oportunidad a una chica se le escapó la sangre y me bañó toda, me entró sangre en los ojos y todo eso...

Ahí también hubo riesgo

Si ahí también hubo riesgo, si... pero en ese momento ni lo pensé

A no?

No, y no se porque ahora sí, es como que ahora le tengo temor a todas las enfermedades o sea... he tenido malas experiencias, malas experiencias en este Hospital fui a una cirugía de vesícula muy simple, acá en este Hospital, y... no me pudieron anestesiar porque no tenían lo que tenían que tener para poderme intubar, yo ya estaba con la pre anestesia y como no me pudieron intubar me tuvieron que despertar y yo me desperté mal, me habían roto una muela, me lastimaron la garganta y no me quise operar mas. Después de un tiempo me convencieron y me operé, y también me costó recuperarme al cabo de un mes seguía mal y este... cuando volví una de las chicas me dijo si seguía mal, ¿porque no te haces los análisis? Y bueno me hice los análisis y tenía una hepatitis y me mandaron a un especialista de hígado y salió una hepatitis tóxica por las dos anestесias que me hicieron o sea... y de ahí la médica me dijo que no me podía volver a anestesiar que me tenía que cuidar, porque si me ponían otra anestesia podía no despertar entonces viste que una ya esta como... Fue una mala praxis entiendes? Y el abogado me anduvo atrás porque yo tenía que hacer juicio, pero bueno no le hice juicio porque es el Hospital Militar, trabajé toda mi vida en eso y es como mi hospital, le tendía que haber hecho, porque fue una mala praxis. Y al final sancionaron a la médica anestesista, que en realidad la culpa que tuvo fue haberme anesthesiado sin tener los medios, pero a ella la obligaban... fue la época en que se sacaban las privatizaciones, el Hospital se quedó sin nada... una época mala para el Hospital. Entonces mi experiencia en esa cirugía fue esa, después la anterior, cuando te dije que me habían politransfundido fue hace veinte años, que yo fui a un parto, supuestamente iba a ser una cesárea y ahí estuve un mes en terapia casi me muero. Entonces yo digo, cada vez que entro por cosas simples a terapia, todas se terminan complicando.

Claro por eso tal vez el miedo?

Claro yo antes no tenía temor de ir a una cirugía simple como la de vesícula, si es una video laparoscopia común, todo el mundo se recupera en una semana.

Volviendo un poco al tema laboral, como se siente en este momento, como es el clima de trabajo, las tareas están bien distribuidas?

En este momento no, hasta hace un par de años sí, todas hacíamos todo, pero en este momento es como que está habiendo una división entre el personal civil y el militar, no hay el espíritu de colaboración que había antes, yo no si es que este jefe que tenemos nuevo es el que a provocado ese cambio, porque antes, todas estábamos cuando faltaba algo, todas íbamos a solucionar problemas, ahora ya no cada una esta en su lugar y nada mas.

Y eso a ¿que se debe, en que situaciones ocurre?

Por ejemplo firmar los análisis, quieras o no es un trabajo que te lleva tiempo y control, y bueno los firmamos las civiles, las militares no y son tan bioquímicas como nosotros, y nosotros tenemos igual o mas trabajo que ellas, son militares, pero bueno... cobran como tal y tienen que cumplir el doble de horario que nosotras o sea que... para mi ellas tiene que responder (silencio) tienen que ser tan bioquímicas como nosotros y hacer exactamente lo mismo.

¿Y no hacen lo mismo?

No, no es igual. Hasta hace un tiempo si, todo el mundo hacía todo, todo el mundo corría para solucionar las cosas con buena voluntad, ahora no veo esa buena voluntad y veo que se vienen las vacaciones y que va a haber problemas... porque no es como hace un tiempo.

¿Problemas de que tipo?

Y esa división de vos estás en lo tuyo y yo en lo mío, y cuando falta gente, todos tenemos que estar en todo, porque si falta gente en cada servicio uno tiene que estar en todo, porque de golpe falta la mitad del personal en las vacaciones.

A lo largo de estos 27 años trabajando en Hospitales Militares, ¿que opinión tiene de la Institución?

Mira nunca tuve problemas de adaptación ni nada, pero en este Hospital es la primera vez que vi o sentí la parte militar o sea en la organización del Hospital no?, desde que llegué lo sentí, en el resto de los hospitales nunca jamás sentí eso.

¿En este, porqué lo sintió?

Porque te obligaban a las guardias, porque el personal... te ponían el reglamento ahí y te dicen... "vos tenés que cumplir esto y esto". Y en los otros hospitales nunca era como trabajar en un hospital civil, porque yo he trabajado en hospitales civiles y... era exactamente igual.

Acá son obligatorias las guardias

Si, si acá es haces la guardia o haces la guardia, y en los otros hospitales no, yo nunca tuve que hacer guardia, en todos los hospitales que yo estuve las guardias las hacían los militares que son los que cobran: dedicación exclusiva... nosotros teníamos un horario determinado que era a la mañana de tal hora a tal hora y se acababa, sábado y domingo ni los contaban ni guardia, ni pensábamos a la tarde si había o no había gente, porque no era problema nuestro entiendes? Habíamos sido nombrados con un horario a la mañana y listo, a cumplir eso y se acababa, como solucionaban el problema a la tarde era cosa de ellos.

¿Y acá no?

No, acá no, acá te incluyen en todo, sábados, domingos, a la tarde en todo.

Y ustedes ¿expresan este descontento?

Si lo hemos hecho saber, pasa que al principio tuvimos que sufrir mucho y después de tanto luchar conseguimos que se tome a este personal nuevo, que son estas bioquímicas jóvenes que nos ayudan. Pero ojo que están contratadas por una fundación, el día que la fundación no les pague mas, volvemos a lo mismo y ese día no se que va a pasar.

Por ejemplo el horario de la tarde es un horario muy feo, por ejemplo, yo estoy lejos, de acá al Hospital Militar es re lejos, eso es una de las cosas que mas me molesta... el trayecto, el de ida no tanto, pero manejar a la vuelta, me estreso tremendamente, salgo y dijo... ay manejar todo eso, son 35 o 40

minutos que son una lucha. Y cuando iba a la tarde, tenía que estar a la una allá o sea que tenía que salir a las doce, o sea a las once tenía que estar cambiandome y comiendo... o sea si yo me quedaba a dormir un ratito mas perdía el día, para mi era un día perdido, en cambio si yo cumpla mi horario a la mañana, llego a la una o una y algo acá y estoy toda la tarde con mi marido.

¿Alguna ves se trataron estos problemas, hubo algún tipo de abordaje?

Yo en ese sentido, cuando yo tuve problemas, la segunda jefa y todas mis compañeras lo entendieron. Yo le dije que no puedo ir mas a la sala porque ya no resisto ver los enfermos, llego y me siento mal, mal, mal. No se cual es el sentimiento, no lo he analizado... tal vez sea angustia, me angustia mucho. Y bueno a eso lo entendieron y yo en este momento no estoy con los pacientes, y desde que me piche con la aguja hace casi dos meses, tampoco quiero sacar sangre, le tengo temor... jamás tuve miedo, y ahora si tengo mucho miedo es como el dicho... cuando uno se quema con leche ve una vaca y llora (risas) pero antes no era así, cuando yo era joven nunca sentí temor, nunca pensé que me podía pasar, o sea tenía una mayor seguridad, en cambio ahora no quiero.

¿Que piensa sobre implementar un abordaje para estas situaciones y el estrés que provocan?

Yo pienso que a mí me sería muy útil, porque a medida que pasan los años... nosotros somos en el laboratorio la mayoría grandes y pienso que todas vamos a llegar a sentir lo mismo... en este momento, de mi edad solo somos dos, las otras tienen un par de años menos siete u ocho años menos. Y bueno a medida que te vas haciendo grande se va sintiendo una carga en todo sentido, lo sentís en el físico en lo emocional aparte uno empieza a tener cargas de otro tipo... los nietos, te preocupas por ellos también o sea tu campo de preocupaciones crece mucho, es mas amplio. Yo tengo una hija que está en Buenos Aires sola, entonces me llama y me larga todos sus problemas, entonces esa noche yo no duermo, y al otro día ella está hecha una florcita porque me contó todo, o ya se le pasó y yo estoy mal.

Entonces me parecería bien que nos ayudaran de alguna manera, un tipo de ayuda para eso sería bueno, charlarlo con alguien, un psicólogo que

nos ayude, porque el solo hecho de charlarlo hace bien, que nos ayude a superar temores. Yo pienso que si te ayudan a superar temores... yo pienso que si alguien te ayuda a superar temores uno podría volver a hacer cosas, o sea no me tiembla la mano ni tengo ningún impedimento físico que me impida hacer el trabajo. Veo que es como una barrera psicológica... si alguien me ayudara, así tipo terapia de grupo donde habláramos todas, porque yo pienso que todas les pasa lo mismo.

Además me parece que la jubilación es muy difícil, yo pienso que me va a costar mucho, no se como voy a hacer, por ejemplo en los países de Europa preparan un año antes a la gente para jubilarse, la preparan psicológicamente no? En cambio acá todo pasa de un día para el otro, de pronto estas trabajando y al otro día no y eso es algo importante para una persona. Por eso sería bueno que se hablara del tema.

Registros:

La entrevista tuvo una duración total de 50 minutos. Cuando se apagó el grabador la entrevistada se mostró contenta y agradecida por la entrevista y contó algunas otras cosas como que por ejemplo a ella le gusta mucho pintar y hacer ejercicio, pero tiene que repartir su tiempo con su marido que está jubilado, el está todo el tiempo en la casa. La entrevistada expresó que jubilarse le costó mucho a su marido.

La persona se mostró predispuesta a hablar, al comienzo le costó expresarse libremente, pero luego puedo entrar en clima para contar varias de experiencias traumatizantes.

Se trata de una persona tranquila, el tono de voz utilizado en la entrevista fue prácticamente siempre el mismo. Por momentos daba la sensación de una persona muy cansada a pesar de que expresaba que es muy inquieta y no siente el cansancio físico, su rostro al hablar no expresaba lo mismo.

Un tema recurrente fue el temor que siente esta persona en este momento de su vida al realizar el trabajo, al final expresó que piensa que es

algo que se puede superar con ayuda, punto que es importante tener en cuenta porque es conciente de que necesita ayuda.

ANEXO V

ENTREVISTA A BIOQUÍMICA EN ADAD ADULTA INTERMEDIA

¿Cuánto hace que trabaja en el Hospital?

Empecé a trabajar el 2 de Noviembre de 1982 hace exactamente mañana, 25 años. Cuando empecé ya estaba recibida, y trabajé un mes a la mañana y después me pidieron que cubra a la tarde y casi me muero porque no estaba acostumbrada, no conocía el funcionamiento del Hospital ni de la guardia.

¿Cuánto tiempo trabajó a la tarde?

Un mes nomás, en Enero, y después volví a la mañana... yo tenía dos trabajos, trabajaba en un laboratorio en Nueva Córdoba, y de ahí a las diez de la mañana me iba al Hospital y me quedaba hasta las tres de la tarde, o sea que de de doce a tres de la tarde hacía trabajo de guardia. Y hacíamos guardia también los sábados y los domingos, todos los fines de semana todos los profesionales bioquímicos. Y bueno en esa época todo bien, incluso yo estaba embarazada y seguí con mis guardias durante años.

¿Cuántas horas trabaja por día?

Y ahora, trabajo cinco horas por día de lunes a viernes, pero a veces tengo que hacer guardias.

¿Cuántos años lleva haciendo guardia?

Y fácil... quince años, haciendo guardias además del trabajo habitual de todos los días... y bueno después hubo una época en que privatizó el laboratorio, entonces el grupo que lo privatizaba contrató personal de guardia y ya no las hacíamos mas nosotros y (...) después privatizó otro grupo y tampoco hacíamos guardias. Y bueno después se acabaron las privatizaciones y volvimos a las guardias de nuevo y ahí nos quisimos morir, estábamos deshabituadas a hacer guardias y además estábamos mas viejas, cansadas.

¿Esto en que año fue?

Esto fue mas o menos en el 2002, y fue terrible, nadie tenia ganas, nadie quería (...) este (...) era muy difícil hacer guardia el domingo y después ir a trabajar... a mi no me daba el físico para hacerlo, a mi ni a ninguna de mis compañeras bioquímicas de mi edad. Estas guardias los domingos eran de

siete de la mañana a ocho de la noche... yo terminaba extenuada... el Hospital es muy amplio hay que caminar muchísimo para ir de una sala a otra, tenés que andar corriendo, te llaman de la sala, tenés que ir a sacar sangre, llegas al laboratorio con el material, te vuelven a llamar, volves a salir, no tenés tiempo de hacer los análisis, porque la guardia la haces sola. Los médicos te están pidiendo los resultados cuando a lo mejor todavía ni empezaste... bueno y así todo el día, veinte llamados por teléfono, permanente ida, permanente vuelta al laboratorio. Tenés que procesar el material rápido, con el riesgo de que el aparato ande o no ande, que esto que lo otro... se te presentan mil problemas que tenés que solucionar absolutamente sola e... si no anda algo, pasas de la automatización al trabajo manual que te demora el triple de tiempo y se termina el horario de la guardia y no te podés ir si no tenés todos los análisis hechos, o sea si vos le sacaste sangre a alguien a las ocho menos cuarto... seguramente te quedas una hora mas. Y ahora las guardias son más esporádicas porque hay mas personal, pero igual cuando las tenés que hacer es terrible, terminas realmente extenuada.

¿Extenuada, me puede contar más sobre esto, como es ese sentimiento?

Yo llegaba a mi casa y me tiraba en la cama (expresivamente), estaba cansada física y mentalmente... no me podía mover mas... los pies se me reventaban, la espalda eh... todo el tiempo doblada me dolía, una presión en el cuello... un dolor de cabeza que me moría. No tenía ni ganas de comer, volvía muy nerviosa...

¿Influía esto en el ámbito familiar?

No porque gracias a Dios tengo un marido que comprende la situación, y el me esperaba y yo no tenía nada que hacer, el se encargaba de la comida y de todo y a la noche yo no hacía nada de nada... y para colmo a la mañana siguiente no me podía no levantar me arrastraba (expresivamente) cuando me levantaba para ir a trabajar.

¿Qué consecuencias tenía esto en el ámbito laboral?

Y bueno eso hacía obviamente que en el ámbito laboral, el que va a trabajar al día siguiente está mal... no está bien ni físicamente ni

psíquicamente entonces por cualquier cosa que generalmente la tomas o la dejas pasar, por cualquier cosa... te pones más nerviosa o te exaltas o estas... mal predispuesta para los inconvenientes que puede haber en el laboratorio. O te piden que vayas a la sala a sacar sangre y decís NO! Estoy podrida de ir... no quiero ir mas ya fui ayer todo el día.

En una de mis guardias, un día domingo me tuve que quedar en el Hospital hasta las diez de la noche, volví a mi casa y no podía ni caminar, lo único que quería era acostarme, porque estaba ahí desde las siete de la mañana no? Al día siguiente directamente no pude ir a trabajar... el cansancio era tal... que no pude ir a trabajar. Llame y dije: hoy no puedo ir, no me siento bien. (Silencio, cara de preocupación).

Bueno dentro de este sistema hay otro sistema en el trabajo de lunes a viernes a la mañana, que una semana entera cada una de nosotras se dedica a ir pura y exclusivamente a sacar sangre a la sala, o sea encargarse de la guardia, pero a la mañana cuando están todos los otros bioquímicos. Y yo nunca me voy a olvidar una semana que me tocó a mí hice lunes, hice martes, hice miércoles, y el jueves fue un día con una tormenta, una lluvia descomunal y me empezaron a llamar a las siete de la mañana para ir a la sala y te tenés que poner piloto paraguas todo... y estaba todo inundado te mojabas todo, los pies (...) un desastre y así me llamaron por teléfono para ir a la sala en el lapso de la mañana... creo que unas catorce veces. Entonces cuando terminó la mañana de pronto me sentí tal mal, tan mal que empecé a temblar... tenía un estado de nervios, tenía taquicardia, y me fui entonces a la medica de Personal, le conté lo que me pasaba y me dijo (...) o sea me senté con ella y me puse a llorar y entonces me dijo "vos estás estresada, en este momento estas con estrés". Entonces me dio cinco días de reposo y si me mejoraba que volviera a verla a ella para ver si me reintegraba al trabajo. Y bueno me mejoré y me reintegre al trabajo.

¿Cómo se mejoró que hizo en esos cinco días?

Nada, me quedé en mi casa, tranquila me olvidé completamente del trabajo y de todo lo que tenía que ver con eso y me dedique a estar en mi casa

y con mi familia, a hacer cosas que me gustan como estar con mi marido, salir a caminar... y eso.

¿A alguna compañera le pasó algo parecido o fue solo a usted?

No, era un sentimiento colectivo, a unos mas y a otros menos, pero era un sentimiento colectivo. Era colectivo, y aparte con los comentarios de una y de otra, todo se agrandaba más todavía. Las quejas estaban siempre, una compañera tuvo una carpeta médica muy prolongada, cinco meses por estrés. Otra tenía problemas cardíacos, taquicardia. La otra problemas en la columna... este... sobretodo en la parte cervical que nos afecta mucho a nosotras no se si por la posición, por el microscopio, estar siempre con el cuello doblado... tantos años fijando la vista muchísimo es... ese período en el que vos empezas a notar que necesitas anteojos y no lo querés reconocer y no los querés usar, anteojos para ver de cerca , entonces el trabajo es tan... tan... eh...como te puedo decir... tan de cantidades pequeñas, tan minucioso, que tenés que fijar muchísimo la vista, entonces terminas la mañana con un dolor de cabeza que te mata, hasta que terminas yendo al neurólogo o al oftalmólogo o al que se yo, para que... resulta que necesitabas anteojos.

¿Eso en los primeros años de trabajo era así?

Nooo nada que ver, nada que ver, no, ni el cansancio por las guardias, yo hacía guardia y tenía dos hijas chiquititas que dependían exclusivamente de mí y que llegaba y me demandaban toda la atención, darles de comer, acostarlas cuidarlas ... al otro día me levantaba, iba a trabajar, tenía dos trabajos te repito, y me iba a trabajar normalmente.

¿Y ahora como es esta situación?

Bueno el dinamismo no es el mismo porque obviamente, no es el mismo el dinamismo a los 26 años que a los 52 ... las ganas... probablemente dependan mucho del día anterior, si tu día anterior fue mas o menos sin problema, normal, tenés ganas de ir a trabajar, si tuve un día muy difícil, muy ajustado con el tiempo y con las exigencias, que siento que me presionan o que explota el físico de alguna manera... no, ni cinco de ganas de ir a trabajar... he pensado varias veces en jubilarme antes de cumplir los treinta

años de Servicio, pero no lo hago porque económicamente sería una catástrofe.

¿En que momentos piensa en jubilarse?

Cuando me siento mal, cuando estoy muy cansada cuando hay problemas de trabajo...

¿Cuáles son los problemas de trabajo?

Y uno de los problemas de trabajo son quizá que yo no quiero ir a la sala, porque veo que en este momento hay gente mas joven que puede ir, entonces lo que pretendemos las mas viejas, las mas antiguas por así decirlo, es que vayan exclusivamente a sacar sangre los que son mas jóvenes, así como lo hicimos nosotros cuando éramos mas jóvenes sin ningún problema.

¿Qué sentimiento genera ir a la sala además del cansancio físico?

Y yo la verdad que en general te diría que no nos bancamos... si lo tengo que resumir... el dolor ajeno. Hoy me dan ganas de ponerme a llorar junto con un bebé si me tengo que acercar a su cama, con una mamá que esta llorando porque tiene un hijo enfermo o me dan ganas de proteger al viejito que está en terapia... si llama a la enfermera y veo que ella no le da bolilla salgo corriendo a buscar a la enfermera o... si veo un chico joven en terapia... Dios mío pienso en un hijo mío y me quiero morir... salgo como afectadísima de la sala.

¿Por eso prefiere evitar ese trabajo?

Si por las dos cosas por lo físico y por lo emocional. Me provoca mucha angustia, no se tal ves sea porque... pensás que está mas cerca tu enfermedad o porque te haces mas sensible con los años, no se, antes no me pasaba... tampoco era un hielo, pero al punto de venir amargada al laboratorio y que me cueste sacarme de la cabeza lo que ví en la sala o en terapia, no... no me pasaba.

¿Entonces se puede evitar este trabajo?

No no no, si te lo ordenan tenés que ir... capaz que vos decís: mira, no por favor, no quiero ir porque me pasa esto, me pasa lo otro... lo único que podría exceptuarte es una indicación de un médico de personal que diga, bueno esta doctora no puede ir a sala porque le hace mal por ta ta ta...pero si

no tenés algo que te cubra de esa manera tenés que ir o tenés que ir, y todas volvemos al laboratorio igual, angustiadas.

¿Hay algún tipo de abordaje para este sentimiento, se habla de lo que provoca?

Si entre nosotras hablamos todo el tiempo de esto que sentimos. Pero como abordaje o prevención no hay absolutamente nada, no, al contrario, porque si por ejemplo esto vos lo charlas con un hombre, por ejemplo con el Jefe... notamos que él no lo entiende... él dice, pero porqué no quieren ir a la sala, y se lo decimos y se lo explicamos... y notamos que no, no lo entiende. Por ahí piensa que es como un capricho, y sin embargo yo creo que es como una... no querer ir, es como un cuidado del cuerpo y del alma o de la mente, como volvés hacha bolsa... no querés estar así.

¿Por qué piensa que su Jefe no lo entiende, o lo ve como un capricho?

Mira obviamente que es... es notable que todas las mujeres pensemos y sintamos lo mismo y él que es hombre no, o quizás lo hable con otro hombre y tampoco, porque mi marido que es médico tampoco lo entiende mucho, lo acepta, pero no lo entiende mucho. De pronto no se, creo que nosotras a partir de los cincuenta años tenemos este... unos dolores de huesos en general que los tenemos todas, que yo nunca escuché a un tipo que se quejara de eso... y sin embargo viene una a la mañana y dice: ay que me duele la cintura, otra que durmió mal y ay que el cuello, yo que tengo dos hernias de disco que me duelen mucho y me pongo nerviosa o me pongo en el microscopio mucho y tengo unos dolores cervicales y de cuello que me quiero matar!. Yo no... no he escuchado hombres con esos problemas... o no los dicen o no los tienen. Creo en realidad, científicamente no los deben tener porque nosotras, tenemos, a partir de la menopausia un problema óseo, dado por la descalcificación la osteoporosis y todo lo que trae eso aparejado no? Y todas tenemos más o menos la misma edad y estamos viviendo lo mismo.

En cuanto al trabajo de todos los días, cotidiano, ¿Tiene ganas de realizarlo, como se siente?

Y bueno, mientras el trabajo que se presente para el día sea tanqui, sin mucho movimiento... es normal, te levantas y vas a trabajar normalmente...

pero si se te presenta un día, o esta programado un día que te toca correr desde que entras al Hospital... te llaman de Terapia, te llaman de la sala, tenés que salir corriendo para acá, corriendo para la sala, corriendo para allá... no, no quiero ni ir... me quisiera morir! antes que ir, no quiero ni ir.

Desde su punto de vista, ¿Cual sería el ideal de trabajo en este momento?

Yo creo que hay un tiempo para cada cosa... cuando una es joven y tenés muchas pilas y mucha fuerza e... uno es capaz de hacer mucho esfuerzo físico y quizás tengas que tener atrás una persona con experiencia y capaz de resolver problemas en un escritorio o mesa de trabajo, mientras que el joven... digamos es como que tiene que poner la mano de obra. En este momento yo me siento, como trabajo con algunas practicantes y chicas que se están por recibir, que les puedo indicar, les puedo enseñar, las puedo acompañar... de pronto hay cosas que no se dan cuenta para nada y vos con la experiencia que tenés decís guau es re obvio y... yo puedo poner toda esa parte de mi inteligencia, experiencia y conocimiento de mi profesión... pero no puedo poner eh... ... las rapidez en la ejecución de un mandato de yaaaaa!!!! (grito) hay que salir corriendo a la guardia, y a su vez tener que ir corriendo a terapia... NO ya me empiezo a desequilibrar me pongo nerviosa, me desespera pensar que uno está dependiendo... que... este paciente de la guardia está dependiendo de vos y de tu resultado, y también el de la terapia (grito) entonces ya... todo se me desequilibra. Siento que tengo que trabajar en un ámbito como tranquilo, o que me gustaría que me trajeran y me dijeran: Doctora tiene que hacer esto, esto y esto, es urgente. Y yo estoy ahí en mi lugar sentada... con el microscopio, aparatos, y proceso hago los análisis y todo, pero no corro.

Me decía que las órdenes se tienen que cumplir sin excusas. ¿Cual es su experiencia a lo largo de estos 25 años en esta Institución?

Y eso depende del Jefe, porque los Jefes van cambiando con el tiempo... Hay Jefes que tienen mas tolerancia, otros que no... hay Jefes que te escuchan, otros que no... hay Jefes que te creen (efusiva) otros que no, que por ahí piensan: esta se está haciendo la viva... eso depende mucho... yo ya aprendí a manejarlo desde el punto de vista de, bueno este es intolerante,

pero... dentro de un tiempo ya no estará, trato de verlo desde ese punto de vista.

Me dijo que no hay ningún tipo de abordaje para estos sentimientos en el ámbito laboral. ¿Lo cree necesario?

Y estaría bueno si fuera para... para sacar un poco el mochilón que una tiene encima de lidiar durante tantos años con la enfermedad y con el sufrimiento y el dolor ajeno y problemas de la gente que uno ve que a veces no se pueden solucionar por distintas causas... por problemas de que la mutual no te cubre o de que no tienen dinero o de que tienen escasos recursos que se yo... si uno pudiera estar preparado para no sufrir tanto por todo eso... de pronto te sentís impotente.

A veces pienso como podría hacer para no desesperarme, pensar no es el fin del mundo, calmate... y no empezar a girar como un trompo por el laboratorio, como me he encontrado muchas veces, girando sin saber que hacer y sin hacer nada porque no sabía para donde rajar... para donde disparar, por donde empezar, si atender el teléfono o si no, si largar los análisis o no, si subir a buscar una cosa o no... girando como tonta, sin sentido, sin saber por donde arrancar. Si yo hubiera... si yo pudiera dominar... esa sensación de... de... no se que hago ni por donde empezar, ni cual es el camino adecuado (risas nerviosas) si estuviera entrenada para dominar o para, para manejar esas situaciones donde hay mucho acoso, mucha presión, mucho apuro y... sería distinto por supuesto. Por eso me parece buena la idea de este trabajo tuyo. Creo que muchas necesitamos que nos contengan en este aspecto.

Registros:

La entrevista tuvo una duración total de 40 minutos.

Al comenzar le recordé a la profesional los objetivos de mi trabajo y el porqué de la importancia de esta entrevista.

La persona se mostró absolutamente dispuesta a hablar, parecía que tenía la necesidad de contar algunos de estos hechos. Se trata de una persona muy expresiva, los gestos de su cara brindaban mucha información.

El tono de voz que utilizaba en los momentos que relata sus experiencias estresantes, aumentaba notablemente. Lo mismo ocurría con los silencios y los gestos de preocupación, principalmente cuando relató que no pudo ir a trabajar luego de una guardia y que ha pensado en jubilarse pero no puede, demostraba preocupación y tristeza.