

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Análisis de la relación de la incidencia del Síndrome
de Burnout en la calidad de la atención que brindan
los(as) funcionarios(as) que laboran con personas
adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico**

Trabajo final de investigación aplicada para optar al grado de
Magister en Gerontología

MARISOL JARA MADRIGAL

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2009

TABLA DE CONTENIDO

Página

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
HOJA DE APROBACIÓN.....	iv
TABLA DE CONTENIDO.....	v
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	xi
LISTA DE TABLAS.....	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xviii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Justificación.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3 Objetivos.....	9
2. MARCO DE REFERENCIA.....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.1.1 Estudios Internacionales.....	11
2.1.2 Estudios Nacionales.....	16

TABLA DE CONTENIDO

	Página
2.2	Contextualización.....21
2.2.1	Hospital Nacional Psiquiátrico.....21
2.2.2	Breve historia de la Institución.....21
2.2.3	Misión y Visión de la Institución.....24
2.3	Marco Conceptual.....26
2.3.1	Modelo teórico en que inscribe la investigación: Gerontología Conductual.....26
2.3.2	Envejecimiento y vejez.....33
2.3.3	Aspectos generales del envejecimiento36
2.3.4	Enfermedad mental y persona adulta mayor.....37
2.3.5	Calidad de la atención en la persona adulta mayor con discapacidad mental.....39
2.3.6	Personal asistencial y Síndrome Burnout.....43
2.3.7	¿Qué es un(a) cuidador(a) asistencial?.....44
2.3.8	Síndrome Burnout.....46
2.3.8.1	Manifestaciones del Síndrome Burnout.....49
2.3.8.2	Fases o etapas del Síndrome del(la) Cuidador(a).50
2.3.8.2.1	Fase de estrés laboral o agotamiento emocional.....51
2.3.8.2.2	Fase de inadecuación personal o despersonalización.....51
2.3.8.2.3	Fase de vacío personal o baja realización personal.....52
2.3.8.3	Epidemiología del Síndrome del Burnout.....54

TABLA DE CONTENIDO

Página

2.3.9	Condiciones que afectan al personal rehabilitador que atiende a personas adultas mayores con trastorno mental.....	56
3.	METODOLOGÍA.....	59
3.1	Tipo de investigación.....	59
3.2	Diseño de estudio.....	59
3.3	Población investigada.....	60
3.4	Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	61
3.5	Ambiente o espacios para la recolección de la información.....	67
3.6	Procedimiento.....	68
3.7	Protección a sujetos.....	72
4.	RESULTADOS OBTENIDOS.....	73
4.1	Cuestionario sociodemográfico y aspectos laborales de los(as) funcionarios(as) que trabajan con personas adultas mayores con trastorno mental.....	78
4.2	Registro observacional de conductas de interacción entre el(la) funcionario(a) y la persona adulta mayor.....	90
4.3	Inventario Burnout de Maslach (MBI).....	92
4.4	Registro de presencia o ausencia de las conductas de interacción entre funcionarios(as) con Síndrome de Burnout o sin él y la persona adulta mayor.....	98
5.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	105

TABLA DE CONTENIDO

	Página
6. CONCLUSIONES.....	122
7. RECOMENDACIONES.....	126
7.1 Maestría Interdisciplinaria en Gerontología de la Universidad de Costa Rica.....	126
7.2 Hospital Nacional Psiquiátrico.....	127
7.3 Servicio de Psicología Clínica.....	128
8. BIBLIOGRAFÍA.....	129

TABLA DE CONTENIDO

	Página
ANEXOS.....	142
Anexo A: Estructura organizativa del Hospital Nacional Psiquiátrico.....	143
Anexo B: Consentimiento informado para la investigación.....	145
Anexo C: Cuestionario sociodemográfico para los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores con trastorno mental.....	147
Anexo D: Registro de valoración de la calidad de la atención a los(as) usuarios(as).....	153
Anexo E: Registro de presencia o ausencia de las conductas de interacción entre funcionario(a) con o sin Síndrome de Burnout y la persona.....	156
Anexo F: MBI Inventario Burnout de Maslach.....	158
Anexo G: Oficios de aprobación del Hospital Nacional Psiquiátrico al estudio de posgrado planteado	160

RESUMEN

El Análisis de la relación de la incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico fue una investigación de tipo descriptivo transeccional de corte cuantitativo que busco indagar la relación entre las variables mencionadas, a través de la caracterización de la población de funcionarios(as), identificación de la incidencia del Síndrome de Burnout y el estudio acerca de la existencia o no, de esta patología y cómo puede esta afectar la calidad de atención que brinda el personal a la población de adultos(as) mayores.

El Síndrome de Burnout es una enfermedad frecuentemente ignorado por el equipo terapéutico que obvia, de esta manera, sus efectos en el desarrollo de la calidad de la atención efectiva y cálida hacia los(as) adultos(as) mayores.

El hecho de que el(la) cuidador(a) sea un(a) profesional no elimina la probabilidad de aparición del Síndrome de Burnout. Las presiones y los factores ambientales a los que se somete el personal pueden provocar mal humor, frustraciones o impotencia que, si bien no deberían justificarlo, pueden aumentar el riesgo de trato o de atención inadecuada.

Cualquier persona, sea cual sea su situación personal y organizacional, podrá verse afectada por el Síndrome de Burnout y como consecuencia tenderá a realizar de forma impropia sus labores de atención a la persona adulta mayor.

La función que desempeñan los(as) funcionarios(as) dentro del proceso de rehabilitación y de atención de las personas adultas mayores es de gran importancia para el mejoramiento de la calidad de vida de los(as) adultos(as) mayores.

Como se obtuvo en esta investigación, el personal que presenta Síndrome de Burnout puede verse afectado en la interacción que tiene con la persona adulta mayor y así, perjudicar la calidad de atención que se le puede prestar a esta población.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, calidad de atención, personas adultas mayores, personal de salud mental.

SUMMARY

The *Analysis of the relation of the incidence of the Burnout Syndrome in the quality of the attention given by the employee(s) who work with elderly people at the Hospital Nacional Psiquiátrico* was an investigation of the transactional descriptive type with a qualitative style that was looking for the relation between the abovementioned variables, through the characterization of the population of employee(s), identified in the incidence of the Burnout Syndrome and the study about the existence of not, of this pathology and how it can affect the quality of the attention the employees offer to the elderly population.

The Burnout Syndrome is an illness usually ignored by the therapeutic personnel which, in this way, omits its effects in the development of the quality of the effective and warm attention given to the elderly people.

The fact that the custodian or custodian is a professional does not limit the probability of the arising of the Burnout Syndrome. The pressure and the environmental factors to which the employees are submitted can provoke bad tempered, frustrations or impotence that, there is not justification for them, can increase the risk of inadequate attention and personal relationship.

Any person, whatever his/her personal and organization situation is, could be affected by the Burnout Syndrome and as a consequence he/she will have the tendency to harm the attention he/she must give to the elderly person.

The function that the employee(s) perform into the rehabilitation process and the attention to the elderly people is of great importance for the improvement of the life quality of the elderly.

As it was gotten from this investigation, the employees who present the Burnout Syndrome can be affected in the interaction they have with the elderly patients and in that way, to damage the quality of the attention that they can give to that population.

Key words: Burnout Syndrome, quality of attention, elderly people, mental health employees.

LISTA DE TABLAS

Página

TABLAS78

Tabla No. 1: Distribución por sexo de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico.....78

Tabla No. 2: Distribución por lugar de residencia de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico79

Tabla No. 3: Distribución por nivel de escolaridad de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico79

Tabla No. 4: Distribución por estado civil de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico80

Tabla No. 5: Distribución por tener pareja o no de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico81

Tabla No. 6: Distribución por ingreso mensual de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico.....81

Tabla No. 7: Distribución por área de trabajo de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico82

Tabla No. 8: Distribución por tipo de tareas que realiza la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico.....82

LISTA DE TABLAS

Página

Tabla No. 9: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por situación laboral.....	83
Tabla No. 10: Distribución por beneficios que menciona tener la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico.....	83
Tabla No. 11: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de satisfacción en el trabajo actual.....	84
Tabla No. 12: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de agrado al trabajo con personas adultas mayores.....	85
Tabla No. 13: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de presencia de problemas laborales.....	85
Tabla No. 14: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable búsqueda de ayuda para resolver los problemas laborales.....	86
Tabla No. 15: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las psicogeriatrías por la variable de existencia de un procedimiento de ingreso y egreso claro de las personas adultas mayores al centro de salud mental.....	87
Tabla No. 16: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las psicogeriatrías por la variable de existencia de una adecuada proporción entre la cantidad de personal y la de personas adultas mayores que se atienden.....	88
Tabla No. 17: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de existencia de actividades	

LISTA DE TABLAS

Página

programadas tanto para el personal como para las personas adultas mayores que se atiende.....	88
Tabla No. 18: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de existencia de capacitaciones para el personal que atiende a las personas adultas mayores.....	89
Tabla No. 19: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las psicogeriatrías por la variable de disponibilidad del equipamiento adecuado para la realización de las actividades de rehabilitación para las personas adultas mayores.....	89
Tabla No. 20: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las psicogeriatrías por la variable de existencia de actividades y programas destinados a generar autoconfianza y satisfacción a la persona adulta mayor, personal y familia.....	90
Tabla No. 21: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las psicogeriatrías por la variable de existencia de sensación de trabajo en equipo.....	90
Tabla No. 22: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las psicogeriatrías por la variable de existencia de un enfoque interdisciplinario en el personal que tenga en cuenta diferentes perspectivas en el abordaje.....	91
Tabla No. 23: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de tomar en cuenta a las personas adultas mayores en la planificación de los programas y decisiones por seguir en el pabellón.....	91

LISTA DE TABLAS

Página

Tabla No. 24: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de adaptación de las instalaciones a las necesidades de la persona adulta mayor, personal y familia.....	92
Tabla No. 25: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las psicogeriatrías por la variable de existencia de espacios diferentes para las diversas actividades diarias (Trabajo Social, Psicología, Geriatria, entre otras).....	92
Tabla No. 26: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable de existencia de espacios propios en los que pueda descansar el personal que atiende a las personas adultas mayores.....	93
Tabla No. 27: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable sobre si se permite a la persona adulta mayor decidir por sí misma.....	93
Tabla No. 28: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías por la variable sobre sí se preserva y fomenta los derechos humanos de la persona adulta mayor.....	94
Tabla No. 29: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías según el nivel de intensidad de cansancio emocional.....	98
Tabla No. 30: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías según el nivel de intensidad de despersonalización..	98

LISTA DE TABLAS

Página

Tabla No. 31: Distribución de la población de funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías según el nivel de intensidad de baja realización personal.....	99
Tabla No. 32: Cantidad de funcionarios(as) que presentan un nivel alto en los factores que conforman el Síndrome de Burnout.....	99
Tabla No. 33: Distribución por puesto de trabajo, sexo, edad, tiempo laborado en el Hospital y las Psicogeriatrías de los(as) funcionarios(as) que presentan un alto nivel de cansancio emocional.....	100
Tabla No. 34: Distribución por puesto de trabajo, sexo, edad, tiempo laborado en el Hospital y las Psicogeriatrías de los(as) funcionarios(as) que presentan un alto nivel de despersonalización.....	101
Tabla No. 35: Distribución por puesto de trabajo, sexo, edad, tiempo laborado en el Hospital y las Psicogeriatrías de los(as) funcionarios(as) que presentan un bajo nivel de realización personal.....	102
Tabla No. 36: Distribución de los(as) funcionarios(as) que presentan o no el Síndrome de Burnout.....	103
Tabla No. 37: Distribución por relación de ocurrencia entre la conducta de atención y la presencia o ausencia del Síndrome de Burnout.....	104
Tabla No. 38: Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Atención.....	104
Tabla No. 39: Distribución por relación de ocurrencia entre la conducta de participación y la presencia o ausencia del Síndrome de Burnout...	105
Tabla No. 40: Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Participación.....	105
Tabla No. 41: Distribución por relación de ocurrencia entre la conducta de agresividad y la presencia o ausencia del Síndrome de Burnout...	106
Tabla No. 42: Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Agresividad.....	106

LISTA DE TABLAS

Página

Tabla No. 43: Distribución por relación de ocurrencia entre la conducta de relajación y la presencia o ausencia del Síndrome de Burnout.....	107
Tabla No. 44: Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Relajación.....	107
Tabla No. 45: Distribución por relación de ocurrencia entre la conducta de distanciamiento y la presencia o ausencia del Síndrome de Burnout.....	108
Tabla No. 46: Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Distanciamiento.....	108

LISTA DE GRÁFICOS

Página

Gráficos.....95

Gráfico No. 1: Porcentaje de la presencia de las conductas de interacción del personal hacia la persona adulta mayor.....95

1. INTRODUCCIÓN

Se ha venido observando, en los últimos 15 años, que la población de personas adultas mayores viene en aumento. En Costa Rica, existe un número importante de este grupo etario. Esta población representa un 15% del total de habitantes, debido a la disminución de la natalidad y de la mortalidad, se espera que para el 2025 la cifra aumente alrededor de un 35% (Barberena, 2006). Para el 2050, se calcula que habrá, en el país, 2,5 millones de personas de 60 años o más; por ello, al igual que algunos países europeos, tales como España, será necesario buscar medidas para mejorar la calidad de atención de la población adulta mayor.

Al ir aumentando la población de adultos(as) mayores (Barberena, 2006), la necesidad de la calidad de la atención a estas personas ha ido creciendo, debido a la disminución de gente joven y al aumento del costo de la vida, lo cual ha producido que los miembros de la familia aporten un poco al ámbito económico. Lo anterior ha delegado la asistencia y cuidado a centros institucionalizados, tales como residencias geriátricas y centros de salud.

Aún, las instituciones privadas y gubernamentales que atienden a personas adultas mayores no poseen la suficiente capacitación para atenderlas. Ese desconocimiento y poca preparación ha producido en el personal asistencial y profesional, la presencia del Síndrome de Burnout, trastorno definido como la sobrecarga o saturación que produce síntomas a nivel físico, psicológico, social y laboral (Servicio de Riesgos Laborales: Diputación Provincial de Málaga, 2005).

1.1 Justificación

El Síndrome de Burnout, básicamente estudiado en trabajadores(as) y en diversos ámbitos laborales, es frecuentemente ignorado por el equipo terapéutico, que obvia, de esta manera, sus efectos negativos en el desarrollo de la calidad de la atención efectiva y cálida hacia las personas adultas mayores.

Si no se realiza una adecuada adaptación a los estresores que produce la sobrecarga en el Síndrome de Burnout, puede desembocarse en otro tipo de alteraciones: físicas (dolor de cabeza, cansancio, dificultades para dormir, dolores articulares), psicológicas (depresión, ansiedad, irritabilidad), sociales (derivadas de la falta de tiempo libre) o alteraciones laborales (consecuencias a nivel económico) (Peinado y Garcés, 1998).

La labor del personal del área de la salud ha sido reconocida tradicionalmente como un componente fundamental en el cuidado y rehabilitación de la persona adulta mayor de larga estancia. *“La interacción de dicho personal con el paciente psiquiátrico es el medio por el cual se lleva a cabo, en la mayoría de los casos, el proceso rehabilitador”* (Aldaz y Vázquez, 1996: 323).

La función que desempeñan los(as) funcionarios(as) dentro del proceso de rehabilitación o de atención de las personas adultas mayores es de gran importancia para el mejoramiento de la calidad de vida de los(as) adultos(as) mayores. Lo anterior implica que si el personal no está en condiciones idóneas

para laborar con la población adulta mayor por encontrarse enferma a nivel psicológico, físico o con alteraciones sociales o laborales, no podrá brindar una atención de calidad y calidez a la persona adulta mayor que esté a su cargo.

La principal meta de todo proceso rehabilitador es la de mantener el nivel funcional de la persona adulta mayor o retrasar, en lo posible, cualquier deterioro en marcha (Aldaz y Vázquez, 1996). Estos autores enfatizan que es importante conocer cuál es la interacción que mantiene el(la) funcionario(a) con la persona que atiende, pues, según mencionan, existe una correlación positiva entre la interacción social de los(as) pacientes con el personal rehabilitador y el grado de mejoría.

Al investigarse la relación entre la incidencia (término epidemiológico que se entiende como el índice de casos nuevos durante un periodo definido, según Sarason y Sarason, 1996) del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se tendría información científica acerca de esta temática, para mejorar la interacción tanto de las personas atendidas como para el mismo personal que trabaja por estas.

Este estudio es relevante para el mejoramiento de la calidad de la atención integral que se les debe proporcionar a las personas adultas mayores y para que esta integralidad se cumpla, a los(as) cuidadores(as) se les debe atender a nivel preventivo, para que no padezcan el Síndrome de Burnout, porque al caer en éste,

la intervención y la relación brindada a los(as) adultos(as) mayores se verá afectada.

La búsqueda de explicaciones acerca de la relación entre la incidencia del Síndrome de Burnout en los(as) funcionarios(as) que laboran en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico con personas adultas mayores y la calidad de atención brindada a esta población, podrá facilitar la toma de conciencia acerca de este trastorno y su magnitud en los(as) trabajadores(as), así como sobre la importancia de darle, al personal asistencial, apoyo y prevención ante posibles patologías.

Esta investigación se centró en indagar explicaciones acerca de la relación que pudiera existir entre la presencia del Síndrome de Burnout, en la calidad de atención a la población adulta mayor, con la finalidad de utilizar la Gerontología Conductual para propiciar a futuro la planificación, organización, implementación de planes de intervención y evaluación de éstos, para mejorar la calidad de vida de las personas durante su proceso de envejecimiento y de aquellas que se encuentran en la vejez.

Hablar de Gerontología en Costa Rica, parecería un paso prematuro, ya que no se ha consolidado a nivel social ni teórico. Sin embargo, como lo menciona Hidalgo (2001), nunca debe cuidarse más del árbol que cuando está echando raíces.

Si existe alguna caracterización de la Gerontología en la última década del siglo XX, es el énfasis y la dedicación en los aspectos positivos que la vejez lleva consigo. En términos generales, a lo largo de su historia, esta disciplina ha nacido y ha permanecido muy ligada al estudio de las condiciones patológicas de la vejez y el envejecimiento. Esa es la principal razón por la que conviene resaltar este nuevo paradigma que se ha denominado como Gerontología Positiva (Fernández, 2000).

Esta autora menciona que la Gerontología de los últimos años se está ocupando de nuevos tipos de interacciones satisfactorias que conlleva la vejez, como son las relaciones familiares y de la persona adulta mayor con su cuidador(a).

En Gerontología, como en otras ciencias que estudian los procesos y factores que intervienen en el ciclo vital, existe un gran reto al tratar de entender uno de los fenómenos más trascendentes en la historia del ser humano: el envejecimiento.

A pesar del tiempo transcurrido desde la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, llevada a cabo en 1982 en la ciudad de Viena y propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la carencia actual de datos completos y precisos en diversos países y regiones del mundo respecto al envejecimiento limita en gran medida la posibilidad de formular políticas y programas coherentes y congruentes con la realidad de cada nación; existe acuerdo general que un punto importante en la solución de dicho problema es el fortalecimiento y coordinación de un

programa de investigación gerontológica (Rodríguez, Morales, Encinas, Trujillo, D' Hyver, 2000: 339).

Uno de los principales objetivos en los programas de investigación gerontológica es proporcionar a las autoridades información que facilite estrategias de promoción, prevención y rehabilitación a las personas adultas mayores. La indagación gerontológica debe tomar en cuenta las consecuencias del envejecimiento para la sociedad y así, alcanzar el mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos, a través de políticas y acciones encaminadas a la independencia y bienestar de la población adulta mayor y las personas que la rodean.

1.2 Planteamiento del problema

Las personas adultas mayores con algún tipo enfermedad mental tienen el derecho de recibir una atención apropiada, eficiente, efectiva y de calidad que les permita cubrir sus necesidades.

El término Burnout se refiere a una situación cada vez más frecuente entre profesionales y personal asistencial que prestan sus servicios por medio de una relación directa y mantenida con las personas adultas mayores.

El objetivo de este estudio fue describir la relación existente entre la incidencia del Síndrome de Burnout en los(as) funcionarios(as) que laboran con personas

adultas mayores y la calidad de la atención brindada a esta población dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico.

El Síndrome de Burnout se identifica como una consecuencia de estrés en la interacción con la persona mayor dependiente que supera los mecanismos adaptativos del(la) cuidador(a) asistencial, muchas veces sometido a una alta tensión moral y nivel de renuncia personal, y sin apoyo efectivo por parte del entorno (De la Cuesta, 2005).

El hecho de que el(la) cuidador(a) sea un(a) profesional o personal asistencial no elimina la probabilidad de aparición del Síndrome de Burnout. Las presiones y los factores ambientales a los que se somete al personal pueden llevar al malhumor, frustraciones o impotencia que, si bien no deberían justificarlo, pueden aumentar el riesgo de trato o de cuidado inadecuado.

Cualquier persona, sea cual sea su situación personal y organizacional podría ser afectada por el Síndrome de Burnout y como consecuencia podría realizar de forma inadecuada sus labores de atención a la persona adulta mayor.

Al estudiarse la relación entre la incidencia del Síndrome de Burnout y la calidad de la atención en personal asistencial y profesional a personas adultas mayores, se permitirá conocer cómo mejorar las condiciones de los(as) funcionarios(as) encargados(as) de esta población, para propiciar el aumento de la calidad y

calidez en la atención a la persona adulta mayor para buscar principalmente su seguridad integral.

En la actualidad, es importante indagar la temática de la calidad de la atención a personas adultas mayores dentro del servicio de salud mental, ya que al obtener un nivel adecuado de atención, se pueden cubrir las necesidades de los(as) usuarios(as).

Al analizarse **¿Cuál era la relación de la incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico?**, se obtuvo información de relevancia para la toma de conciencia acerca de la prevención de este síndrome y sensibilizar al personal jerárquico acerca de la relevancia de estudiar en cuáles condiciones biopsicosociales labora el personal.

1.3 Objetivos

1. Objetivo general

Analizar la relación de la incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico.

2. Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población de funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico.
2. Identificar la incidencia del Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas de los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico.
3. Establecer si existe relación entre la incidencia del Síndrome de Burnout en funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico y la calidad de la atención que brinda el personal a la población adulta mayor.

2. MARCO DE REFERENCIA

En este apartado, se mencionan los principales antecedentes investigativos relacionados con la temática del Síndrome de Burnout, que permite tener una visión de los aportes hechos en estudios anteriores. Asimismo, se desarrolla un marco institucional y conceptual que contempla temáticas abordadas en el estudio: Gerontología, envejecimiento y vejez, aspectos generales del envejecimiento, calidad de atención, qué es un(a) cuidador(a) asistencial, Síndrome de Burnout, manifestaciones del Síndrome de Burnout, fases o etapas del Síndrome de Burnout o agotamiento profesional y condicionantes que afectan al personal rehabilitador que atiende a personas adultas mayores. La información obtenida ofrece un marco referencial teórico que apoya este estudio.

2.1 Antecedentes

En este apartado, se expondrán algunos de los estudios nacionales e internacionales realizados en los últimos años en relación con el Síndrome de Burnout, temática que en los tiempos ha preocupado al campo de la Geriatria, la Psicogeriatría y la Gerontología, por las consecuencias biopsicosociales que se pueden producir tanto en el personal asistencial y profesional como en los(as) adultos(as) mayores atendidos(as) e intervenidos(as) por estas personas.

Los estudios sobre el Síndrome de Burnout en funcionarios(as) que laboran en el área de la salud mental son escasos. No obstante, los más preocupados en

investigar acerca de este trastorno han sido las naciones desarrolladas, tales como: España y Estados Unidos, donde la tasa de población de personas adultas mayores es elevada y en crecimiento constante y muchas han tenido que ser institucionalizadas en centros geriátricos para ser atendidas en forma integral.

2.1.1 Estudios internacionales

A nivel internacional, se encontraron las siguientes investigaciones, relacionadas directa o indirectamente con la temática del Síndrome de Burnout:

Lara, Díaz, Herrera y Silveira (2001) realizaron un estudio descriptivo prospectivo sobre el *Síndrome del Cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica*, con el objetivo de explorar los principales problemas médicos, sociales, laborales y económicos de los que presentan el Síndrome del Cuidador, en una población determinada del Policlínico Docente “Marta Abreu”, dado que el(la) cuidador(a) de personas adultas mayores, para algunos autores, se considera un paciente oculto o desconocido.

Para la obtención de la información se utilizó una encuesta, con aplicación directa de forma individual, confeccionada para los efectos, que recogió diferentes variables tales como: frecuencia de aparición de alteraciones médicas, físicas, psíquicas y su relación con el grado de parentesco, así como los principales problemas sociales, laborales, económicos que enfrenta el(la) cuidador(a) en su labor diaria. Llegan a la conclusión de que el(la) cuidador (a) del(la) adulto(a)

mayor sufre de diversas alteraciones personales, psíquicas, sociales y físicas, que repercuten tanto en su vida personal como familiar, así como en *el objeto de su cuidado la que pueden llevarlo a convertirse en cualquier momento en paciente* (pág. 1).

El estudio de la figura del cuidador, según mencionan Gómez y González (2004) en su indagación sobre *El cuidador del paciente con demencia: Aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador*, apareció por primera vez en los trabajos de Claussen y Yarrow en 1955, y posteriormente, en los de Grad y Sinsbury y Kreitman (1963). La carga fue definida como el conjunto de problemas de orden físico, psicológico, emocional, social o económico que pueden experimentar los(as) cuidadores(as) de adultos(as) incapacitados (Gómez y González, 2004).

En la indagación hecha en España, por Gómez y González en el 2004 sobre: *El cuidador del paciente con demencia: Aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador*, se realizaron 80 encuestas y 80 entrevistas a cuidadores, en los aspectos relacionados con el Síndrome del(la) Cuidador(a). Un 70% presentaba molestias musculares variadas, un 53% tomaba fármacos ansiolíticos, sedantes o antidepresivos de forma periódica en los últimos 6 meses y un 78% había acudido a su centro de salud más de 6 veces en los últimos 6 meses.

Respecto del efecto de cuidar, los resultados obtenidos en el estudio mencionado no difieren en gran medida de los alcanzados por otros estudios similares, en los que más del 50% de los(as) cuidadores(as) presentaba molestias musculares o

ansiedad. En la mayoría de los estudios valorados, la aparición de síntomas se relaciona con la carga de trabajo que sufre el(la) cuidador(a) (Gómez y González, 2004).

En el estudio efectuado en España, por Mace y Rabins (2004) sobre *Una guía práctica para los familiares y cuidadores de enfermos de Alzheimer, otras demencias seniles y pérdida de memoria*, los autores denotan la importancia de que los(as) cuidadores(as) de adultos(as) mayores con algún tipo de enfermedad se cuiden, ya que el *bienestar del enfermo depende directamente de nuestro propio bienestar* (pág. 325) de la comodidad que tenga el(la) cuidador(a). Se hace énfasis en que es esencial encontrar la manera de cuidarse cuando se atiende a personas adultas mayores, para que no se agoten los recursos físicos y emocionales que se posea previamente.

En el 2005, De la Cuesta presentó en Madrid, España, un informe sobre *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*, donde manifiesta su preocupación por el aumento del maltrato a personas adultas mayores tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

El maltrato de mayores que se da, por lo general, en un entorno bien familiar o institucional, abarca así una pluralidad de situaciones de maltrato físico, psicológico o emocional, sexual, de abuso o explotación económica e influencias indebidas, e incluye todo tipo de negligencias,

situaciones de abandono o hasta de autoabandono que, intencional o imprudentemente, acaban produciendo daños o sufrimientos a los mayores (De la Cuesta, 2005: 200).

En su estudio, De la Cuesta (2005) señala que el maltrato producido en el ámbito institucional ha sido menos estudiado que el agravio en el entorno familiar; sus manifestaciones principales vienen a ser el no suministro adecuado de medicamentos, mantener condiciones ambientales no apropiadas, pronunciar comentarios inadecuados o hirientes, no permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad...), aplicar restricciones físicas y de salida, no tener en cuenta las barreras arquitectónicas, no proporcionar lecturas, distracciones, actividades.

Todas estas condiciones anteriormente presentadas caen, según De la Cuesta (2005), en un auténtico abuso institucional, a través de prácticas autoritarias y normas abusivas que se traducen en actitudes no respetuosas de la autonomía de los sujetos en la institución y en la pérdida de la individualidad, infantilización, poca o nula intimidad y victimización.

De la Cuesta menciona que se conoce la existencia de una relación de maltrato a la persona adulta mayor y la presencia en el(la) cuidador(a) del llamado Síndrome del Cuidador que produce en el(la) que cuida un proceso de distanciamiento y cosificación de la persona adulta mayor, *el cuidador asume así su tarea como algo exclusivamente obligado desprovisto del elemento de relación humana, lo que le permite reducir su sufrimiento, pero facilita la aparición del maltrato (pág. 205).*

Aunque el(la) cuidador(a) sea un(a) profesional, no elimina la aparición del Síndrome del(la) Cuidador(a). Tampoco para un(a) profesional es tarea fácil cuidar a mayores dependientes, particularmente si se trata de dependencias irreversibles o en fase terminal.

De la Cuesta (2005) refiere que esto es más frecuente, en el marco institucional y por lo que se refiere al maltrato físico, entre personal auxiliar de 25 a 35 años, con escasa motivación y preparación, y pobreza de recursos para hacer frente a su labor. Por su parte, en relación con el maltrato psicológico, parece mayor la importancia de déficits culturales, que llevan a posiciones de falso paternalismo exagerado del(la) cuidador(a) sobre la persona mayor, vista como alguien que va a morir, a la que se le debe hacer todo o como un(a) niño(a) al que hay que reeducar. Lo anterior justificaría la aplicación de medidas o respuestas restrictivas.

En el 2006, Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera efectuaron una investigación en Colombia acerca del *Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales*, cuyo objetivo fue describir la prevalencia del Síndrome del(la) Cuidador(a) y las características psicosociales de los(as) cuidadores(as) de adultos(as) mayores discapacitados(as). Este trabajo se realizó a través de un estudio piloto de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004, para evaluar la funcionalidad familiar, la ansiedad y depresión, la presencia de enfermedades y la incidencia del Síndrome del(la) Cuidador(a).

Dueñas y otros autores (2006) estudiaron 102 familias, en su mayoría de nivel socioeconómico bajo, con una discapacidad media de 4 años. Se observó una mayor proporción de disfunción familiar severa en los(as) cuidadores(as) en relación con los(as) no cuidadores(as). *De los cuidadores principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%) y con depresión (100%), 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores (pág. 1).*

Al realizarse cada día más estudios acerca del Síndrome del(la) Cuidador(a) o Burnout e intervenir en esta patología, se podrá prevenir su aparición en los(as) cuidadores(as) formales que laboren en el área de la salud mental con personas adultas mayores, lo cual propiciará el bienestar de los(as) funcionarios(as) y sus familiares, así como de los(as) adultos(as) longevos(as).

2.1.2 Estudios nacionales

A nivel nacional, se hallaron estudios sobre la temática del Síndrome de Burnout e indagaciones realizadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico en relación con el tópico en estudio desde la década de los noventa. Entre estas investigaciones, se encontraron las siguientes:

El Programa de Salud Mental para el Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual fue un estudio realizado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería en 1992, por Porras y Pereira, para desarrollar un

proyecto de salud mental para los(as) funcionarios del área mencionada, con el fin de promover su autodesarrollo y mejorar sus relaciones laborales.

En el estudio realizado por Porras y Pereira (1992), se concluye que existe la necesidad dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico de fomentar el conocimiento de sí mismo, el autorrespeto, la autoestima, el prestigio y la estima de los demás, para establecer buenas relaciones interpersonales; se toma en cuenta, también, que el personal se desarrolla en un ambiente de trabajo propio que debe ser constantemente valorado.

Salazar y González, en 1994, efectúan un estudio para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería titulado: *Factores que influyen en el nivel de salud mental del personal profesional en Enfermería que labora en el Hospital Nacional Psiquiátrico*, para determinar los aspectos que influían a nivel de salud mental de los(as) enfermeros(as) de este centro de salud mental. Este estudio fue de tipo descriptivo, porque se pretendía detallar y caracterizar al grupo de profesionales en Enfermería. La población en estudio la constituyó 57 profesionales de esta área.

Salazar y González (1994) encontraron que los profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Nacional Psiquiátrico, tienen niveles de excitación emocional y estrés de especial consideración. Con respecto a las preocupaciones tanto por el peligro físico como por el fracaso social y académico, se registraron niveles de moderado a considerable. Estos investigadores concluyen que el

ambiente intrahospitalario y el diario vivir son elementos amenazantes, capaces de poner en riesgo el bienestar de los profesionales en Enfermería, aun cuando estos hayan establecido relaciones adaptativas, su salud mental puede ser alterada en un momento determinado o progresivamente.

Morice (1997), quien realizó un estudio para optar por el grado de Magíster Scientiae en Gerontología sobre los *Pabellones de Psicogeriatría del Hospital Nacional Psiquiátrico: Diagnóstico, Análisis y Necesidades de una población*, elabora un diagnóstico sobre la atención hospitalaria brindada que se brinda en los pabellones No. 6, con el propósito de identificar si responde a las necesidades y características de la población psicogeriatría y presentar lineamientos para la atención integral en las Psicogeriatrías.

Este estudio fue una investigación descriptiva-exploratoria que describe fenómenos relacionados con procesos en el campo de la Psicogeriatría. La información fue recolectada, descrita y clasificada con el fin de aumentar la calidad de atención y la objetividad. Los sujetos de la investigación fueron todas las personas internadas en los pabellones No. 6 del Hospital Nacional Psiquiátrico, en los meses de enero y febrero de 1997 y el personal que atendía a esta población.

Morice (1997) llegó a las siguientes conclusiones:

- ☞ La población de los pacientes internados en los pabellones No. 6 tienen más de 20 años de estar en el Hospital.

- ✧ Se encontró que las pacientes femeninas internadas son más dependientes para efectuar las actividades de la vida diaria que los varones.
- ✧ En relación con la capacidad cognitiva: en la mayoría de estos pacientes, sus habilidades cognitivas se encontraban disminuidas.
- ✧ Al atender a la persona adulta mayor con una enfermedad mental, debe considerarse a la familia.
- ✧ Respecto de las características socio-económicas y demográficas, los(as) pacientes pertenecían a clases sociales pobres y muy pobres, analfabetos(as), sin pareja y sin hijos(as).
- ✧ Al personal que labora en los Pabellones de Psicogeriatría, le gusta su trabajo y tiene una buena relación con los pacientes.
- ✧ Existe personal de diferentes disciplinas que labora en los pabellones No. 6 que aún no se han consolidado como un equipo multidisciplinario.
- ✧ Los edificios no fueron diseñados para albergar personas adultas mayores.

Chavés, Fernández, Prendas (2001) realizaron la práctica dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería titulada *Programa de capacitación y acompañamiento al(la) cuidador(a) de personas adultas mayores atendidas en el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes*, la cual iba orientada al(la) cuidador(a) de la persona adulta mayor, para darle un espacio donde expresara sus temores, todas aquellas situaciones que le causaran estrés y ansiedad y capacitarlos(as) dependiendo de sus necesidades en aspectos

técnicos, de conocimiento y procedimientos destinados a colaborar con el(la) cuidador(a) dentro del Hospital.

Los autores concluyen que a los(as) cuidadores(as) se les debe brindar el apoyo adecuado para que no se vean involucrados(as) en situaciones de abuso por negligencia, debido a la sobrecarga que mantenida.

Madrigal (2005) realiza un trabajo final de graduación para optar por la especialidad en Psiquiatría, en donde estudia el “*Síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en la psiquiatría costarricense*”, con el objetivo de conocer si existe una relación significativa entre el Síndrome de agotamiento profesional y el estrés emocional continuo en los psiquiatras de nuestro país.

Este estudio fue observacional, prospectivo y descriptivo, en una muestra de psiquiatras que laboran como especialistas en Costa Rica y residentes de Psiquiatría. En esta investigación (2005), se concluye que en la psiquiatría costarricense, el Burnout observado es relativamente bajo en comparación con estudios en otros países. Según los datos obtenidos, el Síndrome de agotamiento profesional tiene un perfil femenino, entre los 30 y 49 años, casadas, con pocos hijos(as) o sin ellos(as), durante los primeros años de trabajo dentro de la Psiquiatría y laborando de forma interina.

2.2 Contextualización

2.2.1 Hospital Nacional Psiquiátrico

Con el objetivo de ubicar la realización de este trabajo final de graduación dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico, se presentará una reseña histórica sobre esta institución.

2.2.2 Breve historia de la Institución

Un hecho que vendría a marcar los inicios de la salud en el país, fue cuando se fundó la Junta de Caridad, el 3 de julio de 1845, y con ella la fundación del Hospital San Juan de Dios (Rodríguez, 1991).

El primer centro de salud para tratar los pacientes con enfermedad mental, surge a fines del siglo pasado, como una preocupación de las autoridades de esa época por los enfermos mentales que deambulaban por las calles de la ciudad, y de los pacientes con padecimientos mentales que se mantenían internados en el Hospital San Juan de Dios por períodos prolongados y no tenían donde ubicarlos (Blanco, 1998: 10).

En 1877, se retoma la atención de estos(as) pacientes. Se dispone que sean atendidos en un lugar separado, pero siempre contiguo al Hospital San Juan de Dios.

Blanco (1998) señala que en 1883, el gobierno de entonces destina un edificio contiguo al Hospital San Juan de Dios que es donado a la Junta de Caridad, para internar ahí a los(as) pacientes con padecimientos mentales y así resolver, parcialmente, el problema que presentaba el Hospital San Juan de Dios con estos casos que no tenían ubicación y permanecían internados en ese centro por tiempos prolongados.

Asimismo, Blanco (1998) menciona que durante la administración del Lic. Bernardo Soto, mientras el Dr. Carlos Durán Cartín, era Secretario de Estado en el Despacho de Fomento, se suscribió el Decreto de Ley XXXVI, por medio del cual se funda el Hospicio Nacional de Locos y se crea la Lotería Nacional, cuyas ganancias se destinarían al mantenimiento de la institución.

“Este hospital funcionaría independientemente del Hospital San Juan de Dios, y así el 4 de mayo de 1890, se inaugura el Hospicio Nacional de Insanos, se designa al Dr. Carlos Durán Cartín quien estuvo al frente de esta iniciativa hasta concretar la obra” (*Blanco, 1998: 12*).

Posteriormente en 1897, en honor a uno de los primeros sacerdotes que tuvo Costa Rica, se le asignó el nombre de Asilo Manuel Antonio Chapuí y Torres al Hospicio de Insanos (*Blanco, 1998: 14*). Además, como “(...) reconocimiento a la labor que realizó el Dr. Roberto Chacón Paut, el anexo del Hospital Nacional Psiquiátrico, ubicado en Dulce Nombre de Tres Ríos, lleva su nombre (...)” (*Quesada, 2002: 5*).

Con el transcurso del tiempo, se fueron presentando una serie de problemas dentro del Asilo que señalaban la urgencia de realizar modificaciones en el ámbito de la salud mental nacional. Dichos problemas se referían a aspectos como: falta de espacio, exceso de pacientes, escasez de recursos humanos y materiales, pues tenía un presupuesto insuficiente (Castro y Morales, 1997: 20).

En la década de 1950 a 1960, se propusieron planes organizativos que se llevaron a cabo con carácter de prioridad: se clasificó y ubicó a los pacientes por su grado de enfermedad y promedio de estancia para darle al hospicio el perfil de hospital. En enero de 1961, la Junta de Protección Social aprobó el Reglamento General en el cual se eliminó la palabra asilo y se sustituyó por Hospital Psiquiátrico (Morice, 1997: 19).

Morice (1997) explica que en 1970 se inicia la edificación de un hospital “tipo granja”, en el Distrito de Las Pavas y el 15 de setiembre de 1974, se traslada el Hospital Psiquiátrico llamado, desde entonces, Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

Este Hospital brinda, en la actualidad, servicios de hospitalización y consulta ambulatoria en el área de la salud mental y forma parte de la Caja Costarricense del Seguro Social. Además, “(...) atiende en hospitalización a personas que son referidas por enfermedad mental, de distintas regiones del país, tanto con trastornos mentales crónicos como agudos” (Quesada, 2002: 5). También, dispone de consulta ambulatoria, grupos de tratamiento sobre temáticas tales

como: víctimas sobrevivientes de abuso, trastornos sexuales, codependencia, depresión y ansiedad, programas de hospital diurno y de hogares transitorios, entre otros.

2.2.3 Misión y Visión de la Institución

El Hospital Nacional Psiquiátrico tiene como objetivo principal ser un ente al servicio de los ciudadanos, sin distinción social o demográfica alguna.

Esta institución es considerada una entidad especializada de Clase A (atención especializada en salud mental), para la atención de enfermos con desórdenes psiquiátricos en todo el país (Rodríguez, 1991).

Actualmente, el Hospital Nacional Psiquiátrico tiene como misión brindar atención integral especializada en salud y enfermedad mental, con calidad de eficiencia y calidez, mediante el desarrollo de programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental en el individuo, la familia y la comunidad dentro del marco del respeto a los derechos humanos (Servicio de Psicología Clínica, 2007).

En cuanto a la visión, es una institución modelo en la atención altamente especializada y académica en formación de recursos humanos en el área de salud mental, mediante un uso racional de los recursos, dirigido hacia la calidad en la atención integral de los(as) usuarios(as), vinculada con la investigación, y con

proyección a la red nacional de salud y al servicio comunitario (Servicio de Psicología Clínica, 2007).

Las funciones principales de la organización “(...) giran en torno a temas de asistencia, prevención, educación, investigación, evaluación y control (...)” (Quesada, 2002: 5).

La estructura organizativa del Hospital Nacional Psiquiátrico consta de una Gerencia de División Médica, una Dirección General, Concejos, Comisiones y Comités, una Junta de Salud y una Fundación Pro-Hospital Nacional Psiquiátrico. Subsiguientemente, prosiguen los Servicios Médicos y de Rehabilitación, donde se encuentran: Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Terapia Ocupacional, entre otros. En un mismo nivel del departamento mencionado se ubica la Sub-Dirección Médica, donde se derivan algunos servicios tales como: Farmacia, Odontología, Nutrición, Enfermería, Psicología Clínica. Junto a estos dos entes de orientación, se localiza la Dirección Administrativa Financiera, donde se sitúan: Recursos Humanos, Financiero Contable, Servicios Generales, Ingeniería y Mantenimiento, entre otros (Anexo A).

En cuanto al porcentaje de ocupación del hospital, al 30 de setiembre del 2008, se encontraba en un 76.91%, unas 583 personas internadas en este centro de salud mental.

2.3 Marco conceptual

A continuación, se presentará el marco conceptual que da sustento a la investigación propuesta.

2.3.1 Modelo teórico en el cual se inscribe la investigación:

Gerontología Conductual

La terapia conductual, según Montorio e Izal (2000), es adecuada para aplicarla con personas de edad avanzada y el personal que las atienden. Muchas personas mayores no son muy receptivas a la terapia, debido a ideas propias de su cohorte de pertenencia, sobre la enfermedad mental y el significado de una intervención psicoterapéutica (Knight, 1996 citado por Montorio e Izal, 2000). La aproximación del modelo cognitivo conductual emocional es efectiva con población longeva, sus cuidadores(as) o personal que la atiende, tanto sana como severamente deteriorada y puede llevarse a cabo en una gran variedad de contextos (en la comunidad, en residencias geriátricas, en hospitales, entre otros).

Valdés, Flórez Martínez y Flórez (2003) mencionan que:

“(...) el objeto de la gerontología comportamental es mejorar y prolongar la vida independiente, tanto en el caso de envejecimiento normal (combatiendo la inactividad, pasividad, aislamiento), como en el caso del paciente con demencia (interviniendo tanto en los excesos como los déficits conductuales)” (pág. 37).

Se enfatiza que la Gerontología Conductual busca el mejoramiento e independencia del ser humano al cual se atiende.

Reseña histórica del modelo cognitivo conductual emocional

Olivares y Méndez (2001) refieren que el modelo conductual surge tras la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos, Inglaterra y Sudáfrica como un movimiento nuevo y distinto tanto en relación con el concepto de enfermedad mental, como respecto de los métodos empleados hasta ese momento para tratarla. Esta nueva posición conceptual y metodológica lleva consigo la incorporación del proceder científico al nuevo objeto de estudio y tratamiento de la Psicología Clínica: el comportamiento.

Cuando la Psicología fue capaz de abandonar las especulaciones filosóficas en favor de la metodología científico-experimental, el terreno estaba preparado para que la terapia conductual naciese. “El trabajo de Pavlov sobre el condicionamiento clásico, el de Watson sobre el conductismo, el de Thorndike sobre el aprendizaje y el de Skinner sobre el condicionamiento operante constituyen las piedras angulares de la Terapia Conductual” (Farkas, 1996:4).

Farkas expone que las raíces de la terapia conductual se remontan a muchas escuelas de pensamiento, a metodologías contrapuestas, a sistemas filosóficos y teóricos diversos, a países y líderes distintos.

La terapia de la conducta, según Olivares y Méndez (2001), incluye una gran diversidad de técnicas, algunas asociadas al condicionamiento clásico (desensibilización sistemática, terapia implosiva), a los principios operantes (reforzamiento positivo y negativo, castigo positivo y negativo, economía de fichas) y otras derivadas de enfoques cognitivos (terapia cognitiva, terapia racional emotiva conductual, estimulación cognitiva). Sin embargo, todas tienen ciertos principios básicos en común (Rimm y Masters, 1980):

- ✎ Tiende a centrarse en la conducta de desadaptación en sí misma.
- ✎ Supone que las conductas desadaptativas son, en gran medida, producto del aprendizaje, al igual que cualquier otro comportamiento.
- ✎ Establece que los principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje, pueden ser herramientas efectivas en el tratamiento del comportamiento desadaptativo.
- ✎ Implica la clara especificación de los objetivos del tratamiento.
- ✎ Adapta los métodos de tratamiento a los problemas específicos del(la) usuario(a).
- ✎ Se concentra en el aquí y el ahora; es decir, en los determinantes actuales de la conducta.
- ✎ Supone que las técnicas utilizadas han sido sometidas a verificación empírica y han demostrado su efectividad.

Vázquez (2004) anota que la modificación de conducta es una de las principales orientaciones psicológicas en el trabajo de la salud mental contemporáneo. La fuerza de la modificación de conducta deriva; por una parte de su fundamento científico y la validación empírica de sus procedimientos; por otra parte, de la aplicación humana de los principios psicológicos a una amplia diversidad de clientes.

La terapia de la conducta busca instrumentar la capacidad de autocontrol en el sujeto, con el fin último de lograr el máximo de sus potencialidades. Se concibe, entonces, un ser humano capaz de alterar su medio para el logro de una vida plena, un ente activo, en constante interacción con su medio, del cual resulta como producto su comportamiento, pero que a su vez lo instrumenta para modificarlo (León y Vargas, 1995).

Los principios conductuales han permitido, entre otros, el desarrollo de mejores prácticas en el área clínica, en la educación, en el área clínica, en el ámbito laboral y en el cuidado de los enfermos mentales. La aplicación de estos principios es orientada por firmes principios éticos, en la determinación de objetivos, en la escogencia e implementación de los procedimientos y en la evaluación de los efectos del tratamiento. Como resultado de todo lo anterior, se observa una intervención integral, puesto que no sólo se actúa sobre la persona, sino también sobre el medio; es decir, sobre las contingencias de reforzamiento, las cuales son causa última de su comportamiento (León y Vargas, 1995).

Montorio e Izal (2000) comentan que del mismo modo que las intervenciones cognitivo, conductuales y emocionales, centradas en la persona adulta mayor, pueden ayudar al(la) cuidador(a) a reducir las conductas disfuncionales y favorecer su salud.

La terapia conductual se encuentra bien preparada para diseñar estrategias y métodos, con el objetivo de conseguir un cambio terapéutico efectivo en personas mayores con discapacidad mental y con la amplia variedad de problemas a los que se enfrenta esta población (Montorio e Izal, 2000). Las personas mayores que viven en contextos residenciales o centros de salud son un colectivo que, aunque heterogéneo, cada día viene en aumento, agrupándose en un entorno de dependencia; lo que requiere del apoyo de cuidadores(as) formales e informales para desenvolverse en la vida cotidiana.

Lo que implica que ante el incremento de personas gerontes institucionalizadas tanto en residencias como en centros de salud, sea necesario brindarle al personal de estas entidades, herramientas teórico-prácticas que le permitan velar por el bienestar de esta población y de sí mismos, siendo el campo de la Gerontología, la ciencia que brinde a los(as) cuidadores(as) formales e informales, apoyo para mejorar la atención que se le brinda a esta población etárea.

Hidalgo (2001) comenta que la Gerontología es “(...) una especialidad de la ciencia que estudia el proceso del envejecimiento... Está compuesto de dos términos griegos, gerontos (hombre viejo) y logos (palabra, estudio)” (pág. 27).

Esta ciencia es un fenómeno social y el gerontólogo, también. Por tanto, el gerontólogo que pone énfasis excesivo sobre los aspectos orgánicos del envejecimiento, deja de lado la percepción de toda la riqueza e importancia de los significados simbólicos que, en forma tan particular, los seres humanos les atribuimos a nuestro mundo y a las relaciones recíprocas o a las obligaciones mutuas (en la sociedad). La Gerontología es el resultado de una reflexión humana sobre la propia condición del organismo y el efecto del pasar del tiempo.

Maddox (1987 citado por Hidalgo, 2001) quiso denotar que la Gerontología es una disciplina de un ámbito de interés muy específico y a la vez muy amplio, pues el proceso del envejecimiento afecta al ser humano de una manera esencial o fundamental, especialmente a partir de la madurez.

La Gerontología no es una ciencia exacta. No existe una sola respuesta para cada problema. Al contrario, cada problema gerontológico tiene muchas posibilidades de enfoque y alternativas de acción o intervención.

La gerontología, como toda otra disciplina en que se estudia el comportamiento humano, encara muchas ambigüedades y disyuntivas (como objeto socialmente construido, particularmente). Estas zonas grises requieren de interpretación y valoración, credibilidad e ideología, para llenar el vacío que nos deja la incertidumbre del no saber con exactitud (Hidalgo, 2001: 28).

Hidalgo (2001) menciona que en la actualidad se ha creado la preponderancia demográfica de los viejos y apenas estamos comenzando a averiguar qué hacer con ellos. Hemos causado el problema, pero sin proponer una solución satisfactoria, pues, mientras millones de seres humanos viven más de 70 años, muchos de ellos en condiciones poco satisfactorias; por otro lado, millones de niños mueren de hambre.

A pesar de haber sido propuesta la disciplina gerontológica en 1903, Hidalgo (2001) refiere que no se avanzó mucho durante varias décadas en el sentido de estudiar el proceso del envejecimiento y de estimular el interés por su estudio. Sin embargo, "(...) a principios de la década de los años de 1950, los científicos sociales se interesaron en la problemática, y hoy es un tema dominante de las ciencias en general" (pág. 29).

La Gerontología Conductual es una disciplina que estudia la aplicación de los principios de la Psicología científica para la solución de problemas de la vejez (Montorio, 1995 citado por Leturia y Yanguas, 2001), casos de interés preferente no solo para la intervención individual, sino también en la planificación, organización, en la implementación de planes de intervención y en la evaluación de programas o, de manera más específica, en la optimización de los procesos de adaptación en residencias, manejo de trastornos de comportamiento de alta prevalencia en estos centros, entre otros.

El interés actual por el envejecimiento, radica en los debates y en las interrogantes planteadas por los científicos sociales alrededor del mundo, quienes han puesto sobre la mesa de discusión y sin ambigüedades, los aspectos éticos, tecnológicos, políticos y económicos que influyen sobre el proceso de envejecimiento.

El modelo gerontológico y plan de intervención se basa en el carácter interdisciplinar y de complementariedad entre las diferentes disciplinas implicadas. En los equipos de trabajo, el modelo psicosocial se complementa con las aportaciones que la Gerontología Conductual ofrece para el diseño ambiental, la atención y tratamientos, entre otros, con una población que presenta una alta prevalencia de situaciones de dependencia.

Para muchas personas, la expresión “envejecimiento” evoca imágenes de viejos y ancianos, efectos seniles y decrepitud. Sin embargo, pocas veces hacemos un alto en el camino para reflexionar que el envejecimiento es un fenómeno inherente a la vida misma.

2.3.2 Envejecimiento y vejez

La Gerontología dentro de su campo de estudio, indaga las creencias y mitos que posee la población, acerca del proceso de envejecimiento y de la etapa de la vejez.

Los(as) gerontólogos(as) han propuesto que debemos diferenciar entre envejecimiento y vejez para hacer distinciones entre un proceso vital y un período de la vida humana que antecede a la muerte (Hidalgo, 2001).

Según Hidalgo (2001), el envejecimiento es el proceso de vivir: nacer, estar vivo y morir. El ser humano es finito; tiene un comienzo y un fin, porque es finito, es limitado. Se encuentra limitado por su propio comienzo y su fin. Al ser limitado, es temporal; es decir, su existencia se manifiesta con el tiempo. Por ser temporal, su existencia y manifestación es relativa al entorno en que acontece o se manifiesta, en relación con los objetos que manipula, fabrica, posee y ambiciona.

“El envejecimiento es un proceso natural que comienza con la concepción del ser, prosigue durante toda la vida y termina con la muerte. Esta evolución implica un cambio regular que se produce en todos los organismos peculiares que viven en medios representativos” (Muñoz, 2002: 19).

La conceptualización moderna liga el envejecimiento con el desarrollo, porque ambos procesos siguen caminos paralelos. Así, el envejecimiento no se concibe como un proceso involutivo y de retorno a estadios anteriores, sino como un proceso de evolución en el cual las modificaciones psicológicas profundas del individuo aparecen a lo largo de todo su ciclo vital.

Muñoz (2002) apunta que este nuevo concepto de envejecimiento es avalado, debido a que muchas personas mayores conservan una excelente calidad de vida.

Los avances de la medicina, el mayor nivel cultural de la población y su calidad de vida, acentúan la correlación existente entre el envejecimiento con los procesos de maduración del organismo y las interacciones que este establece con el ambiente que lo rodea. Estas interrelaciones permiten considerar al envejecimiento como un proceso heterogéneo, variable e interindividual.

Desde esta perspectiva, la Psicología del envejecimiento se define como “(...) la ciencia que estudia el comportamiento y los procesos psicológicos de las personas mayores” (Muñoz, 2002: 19). Describe y explica, de forma científica, las formas de ser y de reaccionar del individuo que envejece y busca adaptarse a su entorno, asimismo, trata de modificar los comportamientos y las conductas de estas personas.

Por tanto, la Gerontología abarca no sólo el campo del análisis, sino, también, el de la prevención e intervención, al indicar las distintas acciones por realizar para cubrir las necesidades del individuo durante el proceso de envejecimiento.

La vejez no se puede entender como la última etapa de la vida de un ser humano, sino como un proceso vital integral, donde la persona puede seguir creciendo como sujeto biopsicosocial. Hidalgo (2001) menciona que la vejez prolongada que ahora experimentan millones de seres humanos, es el resultado de nuestra intervención y tecnología. Mejores técnicas neonatológicas, antibióticos, fármacos, prótesis, cirugías, en fin, la aplicación de los avances en la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y las condiciones crónicas, han tenido como

efecto las modificaciones en la esperanza de vida al nacer experimentada por la humanidad, actualmente.

2.3.3 Aspectos generales del envejecimiento

Las personas cambian con la edad y, al igual que ellas, los grupos, las sociedades y las culturas se desarrollan en el tiempo. Al efecto del paso del tiempo sobre las cosas y las personas se le llama envejecimiento (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001). Estos autores (2001) señalan que lo viejo es algo sobre lo que ha pasado el tiempo. Sin embargo, este tiempo no pasa por igual para todos, ni a cada una de las personas les afecta de igual manera en todas sus capacidades. El envejecimiento es; por tanto, un proceso diferencial.

En el proceso de envejecimiento “(...) todo se veía como una decadencia final, se centraba en las pérdidas que se sufren en esta etapa vital, dejando de lado cualquier otra perspectiva” (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001:28).

Estos autores explican que algunos estudios revelan que una gran parte de las personas adultas mayores siguen sintiéndose bien, perciben la vida como agradable y son capaces de hacer frente, de forma adecuada, a las exigencias del medio.

Algunas situaciones consideradas especialmente críticas para el bienestar son: la percepción de que uno está envejeciendo, esto es, los cambios negativos en la

autoimagen y autoestima; la sensación de desplazamiento social, las posibles pérdidas y soledad; el sentimiento de inutilidad y el afrontamiento del acercamiento de la muerte. No siempre el envejecimiento ni la vejez son vistos ni vividos de forma desfavorable, sino que dependerá del estilo de vida llevado por la persona durante toda su vida.

La vejez en sí misma no es sinónimo de enfermedad o muerte. Sin embargo, en esta fase, los trastornos psicopatológicos y médicos presentes pueden agravarse al transcurrir el tiempo, lo cual puede producir dependencia del sistema social, político, económico o familiar, por ello es necesario plantear programas e intervenciones que busquen la autonomía de esta población y no su dependencia, la cual se entiende como “(...) la necesidad de ayuda para la realización de los actos normales de la vida” (Fernández, 1982: 129).

2.3.4 Enfermedad mental y persona adulta mayor

D' Mézerville (2004) refiere que la enfermedad mental es un desajuste al mundo, en la forma como el individuo se relaciona consigo mismo y con los demás, y en la manera particular de resolver sus problemas cotidianos.

La prevalencia de las tasas de síndromes y trastornos que producen situaciones de dependencia aumenta de forma considerable a partir de los 75 años; es decir, la capacidad de vivir más años no ha ido acompañada de un retraso en la pérdida

de independencia, sino que el aumento de la necesidad de cuidados y atención de las personas mayores sigue siendo un hecho indiscutible (Hidalgo, 2001).

En general, hasta los 75 años las personas mayores disfrutan de una buena situación de autonomía y competencia personal. En cambio, las personas mayores de 80 años, en su mayoría mujeres viudas, se encuentran en situación de gran necesidad, de cuidados y atención (Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte, 1998).

En la edad avanzada, también aparecen algunas veces manifestaciones disfuncionales más intensas que en la juventud y la edad productiva. Puede tratarse de la acentuación de rasgos psicopáticos preexistentes o de la descompensación de una personalidad anormal en estado de equilibrio más o menos deficiente.

El agravamiento o la iniciación de los rasgos de carácter psicopático en la vejez suele deberse a condiciones ambientales desfavorables, que tienen para el sujeto una significación especial. El poder patógeno de los factores ambientales está condicionado por una intensa trascendencia biográfica (Fernández, 1982).

Una persona adulta mayor con discapacidad mental requiere de condiciones ambientales favorables que le proporcionen una calidad de la atención.

2.3.5 Calidad de la atención en la persona adulta mayor con discapacidad mental

En la actualidad, todos hablan de calidad, de vida, de atención, de servicio; no obstante, aún se actúa desde la buena voluntad.

El concepto de calidad de atención, dependiendo de donde provenga, posee diferentes significados. Al hablar de calidad en la asistencia de salud se deben tomar en consideración elementos como disponibilidad del servicio, buena aceptación, relación usuario(a)-proveedor(a) aceptable y altos estándares de calidad, entre otros.

Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001) mencionan que un sistema de calidad de atención tiene como principios:

1. Intimidad: respeto a la persona como ser humano y a reservarse sus asuntos personales.
2. Dignidad: atender a la persona como un ser humano con derechos.
3. Autonomía: fomentar la independencia de la persona a través de la realización de actividades cotidianas por sí misma.
4. Elección: permitir la escogencia de sus decisiones, comportamiento, siempre y cuando no atente contra su integridad como persona ni de otro sujeto.
5. Derechos: incentivar, en el ser humano, el respeto a la integridad como persona.

6. Satisfacción: cubrir las necesidades requeridas y solicitadas por la persona que se atiende.

Estas primicias son las características predeterminadas de la atención psicosocial y sociosanitaria que se comparan con la asistencia prestada. Son normas que contrastan con los aspectos de la calidad de un servicio, de un programa o de una actividad.

La calidad es hoy concepto, componente y exigencia fundamental en los servicios de salud, entendida como un enfoque centrado en la persona, es una de las estrategias predominantes en la gestión de salud actual (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001).

Trucco (2004) comenta que la calidad en la atención de salud involucra múltiples dimensiones, incluyendo efectividad, eficiencia y satisfacción, así como algunas condiciones específicas y propias de su ámbito. Es referida a estándares y debe ser de costo alcanzable y capaz de producir un impacto demostrable.

Gracia (2000) apunta que el término calidad no tiene carácter descriptivo, sino evaluativo. Los juicios de calidad no son; por tanto, juicios de hecho, sino de valor. La calidad se valora como un concepto concreto que consiste en la realización de los valores positivos de todo tipo y la evitación de los negativos.

Según los Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental en el sistema de salud de Costa Rica, tienen derecho a recibir atención apropiada, "(...)" a la mejor atención disponible en materia de salud mental que será parte del

sistema de asistencia sanitaria y social” (Caja Costarricense de Seguro Social, 1997: 18), a ser tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona.

En la actualidad, en los servicios de salud se busca pasar de servicios suficientes, en cantidad, a lograr la calidad en ellos o que estos sean aceptables. Para ser más explícitos, se menciona que el sistema de servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social debe evolucionar desde una cobertura de cantidad hasta una de calidad, y con un costo normal, para lograr con ello la eficiencia (Jaramillo, 1998).

“La calidad en el campo de la salud significa lograr la eficiencia, la eficacia y la efectividad en la atención de la salud. Calidad también significa lograr que los servicios médicos respondan a las necesidades de los usuarios, con buenos resultados apreciables para todos” (pág. 75).

Según este autor, la calidad de la atención en los servicios de la salud mental tiene dos fines:

1. Lograr mejorar la eficiencia.
2. Disminuir costos.

Estos dos fines, para la calidad de la atención en los servicios de salud mental implican garantizar un conjunto de acciones sistemáticas y continuas destinadas a

incrementar beneficios y evitar riesgos para las personas que se asisten, mediante la evaluación y monitoreo de los servicios y otras estrategias.

Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001) mencionan que con la creciente importancia de la competitividad, de la creación e innovación en las diversas instituciones, la calidad ya no sólo se entiende como el logro de cero defectos, sino como un sistema de gestión integral, lo cual aporta grandes ventajas a las entidades y centros de atención sociosanitaria y psicosocial a personas mayores.

Se debe hacer un énfasis especial en la reducción de defectos, retrasos, incumplimientos de procedimientos, entre otros y; por el contrario, incrementar el valor en cada uno de los pasos de cada procedimiento para lograr la máxima satisfacción del(la) usuario(a), la persona mayor y su familia (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001).

Según Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001), cuando se valora la calidad de atención que se ofrece, se debe tener claro qué es evaluar, para qué se evalúa, quién lo va a hacer y cómo, cuándo, qué información introducir y cuál no incorporar. La evaluación de la calidad de la atención debe considerar los siguientes aspectos:

- Al sujeto y la familia (planes de atención individualizada, resultado de intervenciones, evolución de cada sujeto, expectativas del sujeto) y
- A los programas que se poseen en el centro (diseño, proceso, resultados).

Los sistemas de calidad de la atención no demandan un servicio mínimo, sino que exigen que éste sea de un determinado nivel. Si no se tienen los factores esenciales para alcanzar un sistema de calidad de atención, el personal que asiste e interviene a la persona adulta mayor, no podrá brindar un grado mínimo de eficacia. Lo que podría propiciar que los(as) funcionarios(as) adquieran algún tipo de enfermedad como es el Síndrome de Quemado.

La calidad de atención no solamente depende del cumplimiento de los seis principios que integran un adecuado sistema de salud, sino también se relaciona con el bienestar que tenga el personal asistencial y profesional.

2.3.6 Personal asistencial y Síndrome Burnout

De acuerdo con Fernández (1982), se puede afirmar que la trayectoria historiográfica de la asistencia en la moderna cultura occidental se resume en forma de un proceso de liberación progresiva de la persona con trastorno mental.

Desde 1955, nos encontramos en la etapa de neasistencia psiquiátrica, así llamada porque los cambios experimentados en la concepción de las estructuras asistenciales son verdaderamente revolucionarios.

Fernández (1982) plantea que en la neasistencia psiquiátrica cambian las estructuras de los centros, el modo de funcionar de estos, las personas que se incorporan a estos centros de salud mental y las leyes que los regulan.

Los(as) encargados(as) de la atención y rehabilitación de las personas institucionalizadas en centros de salud mental, en las distintas clases de centros psiquiátricos, deben integrarse en equipos de trabajo (psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, enfermería y servicios generales). Cada miembro del equipo debe cumplir su actividad profesional en íntima coordinación con las actividades de los demás miembros, para integrarse en el seno de la actividad global.

La relación del personal asistencial quien atiende puede producir estrés laboral que se manifiesta en irritabilidad, baja efectividad, baja tolerancia a la presión o sintomatología depresiva (Fernández, 1982). Asimismo, el Síndrome de Burnout supone una disminución de la calidad de vida de los(as) funcionarios(as) afectados(as), lo que conlleva un deterioro de las organizaciones donde realizan sus funciones y; por tanto, baja la calidad de los servicios ofrecidos por esas instituciones.

2.3.7 ¿Qué es un(a) cuidador(a) asistencial?

El cuidado de una persona adulta mayor es siempre una dura “carga” para cualquier ser humano que se vea sometido a dicha tarea y es frecuente que en algún momento el(la) “cuidador(a)” se sienta incapaz de afrontarlo, pues compromete su bienestar e, incluso, su salud (Lara, Díaz, Herrera, Silveira, 2001).

Lara, Díaz, Herrera y Silveira (2001) anotan que “(...) el cuidador es un paciente oculto o desconocido que precisaría un diagnóstico precoz de su enfermedad y una intervención inmediata, antes de que el deterioro sea difícilmente reversible” (pág. 107-108).

Por tradición y sobretodo en los países mediterráneos más que en otros europeos, las familias siempre han cuidado a los suyos, pero también avanzan con buen paso, las del voluntariado, entidades de ayuda domiciliaria, centros de día que, al hacerse cargo del cuidado de forma concertada o altruista, dan un merecido respiro al(la) cuidador(a) principal para que pueda dedicar un tiempo a sí mismo(a) y renovar energías (Lara, Díaz, Herrera y Silveira, 2001).

El(la) cuidador(a) asistencial “(...) es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y cuidado (...)” (Peón, 2004: 16) de la persona adulta mayor. Existen dos tipos de cuidadores(as), según menciona el autor: cuidador(a) tradicional (miembro de la familia nuclear) y cuidador(a) en la sociedad moderna (personal asistencial). El(la) cuidador(a) principal tradicional es el que habitualmente ha convivido siempre con la persona adulta mayor y se ha encargado de su cuidado.

En cuanto al(la) cuidador(a) en la sociedad moderna, Peón (2004) señala que este(a) ha asumido ese rol obligado por las circunstancias; es decir, cuando la aparición de la enfermedad en la persona adulta mayor, en la familia, obliga a crear una relación cuidador(a) -cuidado que no existía previamente.

En la sociedad moderna, no solamente el cuidado de la persona adulta mayor se está designando a la familia, sino también a instituciones gubernamentales y privadas, tales como: centros de día, centros geriátricos y centros hospitalarios.

Peón (2004) comenta que las cargas de trabajo objetivas se relacionan con la severidad de la enfermedad (funcional, cognitiva y conductual) que va aumentando a lo largo de los años, cuando al hacerse la persona adulta mayor se hace más dependiente y; por otro lado, con el tiempo dedicado al cuidado; es decir, a cubrir las necesidades de la población longeva según sea su incapacidad funcional.

2.3.8 Síndrome de Burnout

Cuando hablamos de enfermedad, lo primero que se piensa es en las personas con algún tipo de padecimiento. Sin embargo, Nisebe (2005) menciona que los especialistas aconsejan no olvidar a todos aquellos dedicados a cuidar personas adultas mayores, ya que pueden presentar por su labor de asistencia, una sobrecarga o el(la) Síndrome de Burnout.

Esta pérdida de salud en el(la) cuidador(a) presenta una sintomatología múltiple. Entre las áreas más afectadas están: la física, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares. En lo psicológico: depresión, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad. En el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento. En el área laboral: ausentismo y desinterés por el trabajo, entre otros.

Todas estas alteraciones repercuten en la vida de la persona, de tal forma que pueden llevarla a una situación en la que tendrá que dejar de ejercer su papel de cuidador(a) (Nisebe, 2005).

El Síndrome de Burnout es una de las patologías más preocupantes del futuro inmediato y consiste en el “derrumbamiento psicossomático de la persona, sobre la que recaen los cuidados al sentirse hiperresponsable del paciente” (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid, 2001: 6).

El Síndrome del cuidador también es considerado como Síndrome de Desgaste o Burnout y refiere una serie de respuestas a situaciones de estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos que provocan tensión al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas (Peinado y Garcés, 1998).

Peinado y Garcés (1998) consideran que la vida del(la) cuidador(a) cambia radicalmente como consecuencia de la demanda de adaptación requerida. Su nueva responsabilidad induce una profunda transformación de su forma y calidad de vida, pues nadie está preparado para vivir con una persona adulta mayor con un grado de dependencia. Esta situación generará, muy probablemente profundas reacciones afectivas y emocionales. Este proceso se califica como el del “cuidador descuidado“, para describir el Síndrome del Burnout que tan frecuentemente padecen quienes han de realizar tareas asistenciales (Olabbarría, 1995 citado por Peinado y Garcés, 1998).

Existe un acuerdo casi unánime en fijar 1974 como el año de origen del estudio sobre el Burnout, Síndrome del Desgaste o del(la) Cuidador(a) (Freudenberger, 1974 citado por Peinado y Garcés, 1998: 86). García (1991, citado por Peinado y Garcés, 1998) señala que el Burnout o Síndrome del(la) Cuidador(a) es un problema característico de los trabajos de servicios humanos; es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el cliente: médicos(as), profesores(as), enfermeras(os), asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos(as), entre otros.

Existen numerosas definiciones del Síndrome de Burnout o del Síndrome del(la) cuidador(a), todas ellas aplicables a la situación del(la) cuidador(a): “(...) sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencia agotada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Freudenberger, 1974 citado por Peinado y Garcés, 1998: 86), o, “Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (Maslach y Jackson, 1981 citado por Peinado y Garcés, 1998: 86).

La detección precoz del Síndrome de Burnout permite la intervención del equipo de salud en la preservación de la salud del(la) cuidador(a), al identificar sus necesidades concretas y; de esta manera preservar la salud del(la) adulto(a) mayor e incluso, optimizar la labor del equipo que lo atiende (Nisebe, 2005).

2.3.8.1 Manifestaciones del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Desgaste, Agotamiento Profesional, Burnout o del(la) Cuidador(a), refiere una serie de respuestas a situaciones de estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos que provocan tensión al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas (Peinado y Garcés,1998).

Turnes (2002) menciona que el Síndrome de Burnout presenta mediante las siguientes manifestaciones:

- ⊗ **Psicosomáticas:** fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.
- ⊗ **Conductuales:** ausentismo laboral, abuso de drogas, incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- ⊗ **Emocionales:** distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- ⊗ **En el ambiente laboral:** detrimento de la capacidad de trabajo, de la calidad del servicio que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Según el autor (2002), el Síndrome de Burnout o del(la) Cuidador(a) incluye cinco factores característicos comunes a todas las definiciones que se le den:

- ⊗ Predominan los síntomas disfóricos y, sobre todo, el agotamiento emocional.
- ⊗ Destacan las alteraciones de conducta.
- ⊗ Se suelen presentar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas que, a su vez, conducen al deterioro de la calidad de vida.
- ⊗ Se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se manifieste en individuos considerados presuntamente normales.
- ⊗ Se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional (pág. 3).

2.3.8.2 Fases o etapas del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es uno de los trastornos más preocupantes del futuro inmediato y consiste en el derrumbamiento psicossomático de la persona cuidadora al sentirse hiperresponsable de la persona adulta mayor dependiente.

Según Turnes (2002), en este síndrome distinguimos tres fases:

2.3.8.2.1 Fase de estrés laboral o agotamiento emocional

El agotamiento emocional alude a la situación en la que los(as) trabajadores(as) sienten que ya no pueden dar más de sí mismos(as) a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado, debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (Illera, 2006).

El(la) funcionario(a) quiere demostrarse a sí mismo y a los demás que puede cuidar a la persona adulta mayor dependiente y que ésta no le agobia. Ello le supone estar sometido a un sobreesfuerzo físico, pues no va a buscar ayuda y de forma secundaria le producirá un descenso consciente o no de su calidad del cuidado a la persona adulta mayor.

2.3.8.2.2 Fase de inadecuación personal o despersonalización

Según Illera (2006), la despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de negligencia (cinismo, ironía, sarcasmo, indiferencia, descuido, abandono) hacia las personas destinatarias del trabajo.

El(la) funcionario(a) empieza a sufrir las consecuencias físicas y psíquicas de atención que le ha sobrepasado y realiza sin ayuda.

En algunas enfermedades; por ejemplo, Alzheimer, queda demostrada la frecuencia de fatiga crónica, sobrecargas osteomusculares, alteraciones afectivas.

Sin embargo, el(la) trabajador(a) se da cuenta de que está cambiando calidez por frialdad y se autorreprende, a la vez que intenta negar la situación al interiorizar los sentimientos que le afloran; por ejemplo, busca drogas y así pierde concentración en sus tareas y por ello comete más errores.

En esta fase y por vez primera, aparece el sentimiento de culpa, porque cree que no ha atendido a la persona adulta mayor de forma adecuada. Tal vez es uno de los peores momentos para el(la) cuidador(a), pues no solo siente culpabilidad, sino también insatisfacción consigo mismo, cuando adopta la decisión de ingresar a la persona longeva en un centro geriátrico o asilo de ancianos.

2.3.8.2.3 Fase de vacío personal o baja realización personal

Por baja realización personal en el trabajo, se entiende la tendencia de los(as) profesionales a evaluarse negativamente y, de forma especial, esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden. Los(as) funcionarios(as) se sienten descontentos con ellos(as) mismos(as) e insatisfechos(as) con sus resultados laborales.

También, se puede producir esta fase cuando la persona adulta mayor ha fallecido o es reubicada en otro lugar fuera de su cuidado o atención, pues el(la) funcionario(a) piensa que no tiene nada que hacer. El(la) trabajador(a) puede sentirse sin razones para vivir y pueden surgir sentimientos de culpabilidad.

El Síndrome de Burnout por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con las personas adultas mayores y sus familiares son estresores especialmente relevantes para el síndrome. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización.

Es absolutamente esencial para el(la) cuidador(a) o funcionario(a) y para la persona adulta mayor, disponer periódicamente de algunos momentos para alejarse del cuidado del(la) longevo(a) durante 24 horas. “La atención continuada de una persona con demencia puede ser una tarea cansada y emocionalmente agotadora. Es muy posible llegar a sentirse desbordado por la carga” (Mace y Rabins, 2004: 327). Los autores reiteran que cuidar a los(as) cuidadores(as) o trabajadores(as) que atienden a adultos(as) mayores, es velar por las personas que atienden a éstos y para ello es necesario enseñar al(la) cuidador(a) a autocuidarse por medio de la búsqueda de amigos, tomarse un

respiro, hacerse regalos, evitar el aislamiento, asesorarse y unirse a grupos de apoyo.

Ante esta situación, el(la) cuidador(a) debe, en primer lugar, hacer una reflexión, convertirse por sí mismo en sujeto de atención, darse cuenta de que tiene el derecho y el deber de cuidarse y de llevar una vida propia. Es importante que haga valer sus derechos como persona, aceptar la ayuda de los demás y delegar funciones.

Aunque es cierto que la sensibilidad de las administraciones ante el problema de la dependencia se ha incrementado considerablemente en los últimos años, la realidad demuestra que las iniciativas para hacer frente a este problema son todavía muy tímidas y los recursos muy escasos (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: Diputación Provincial de Málaga, 2005).

2.3.8.3 Epidemiología del Síndrome de Burnout

Respecto de los aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout descritos en la literatura, no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

Según Illera (2006), algunas de estas variables son:

La edad: aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización, pues habría unos años en los que el(la) profesional sería especialmente vulnerable a éste, como los primeros años de carrera profesional, dado que sería el periodo cuando se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana; se aprende en este tiempo que las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni esperadas.

El género: las mujeres son el grupo más vulnerable 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. Además, Maslach y Jackson (1997), precisan que la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión de agotamiento emocional, pero más bajo en reducida realización personal.

El estado civil: aunque el síndrome se ha asociado 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 en contraposición con aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos(as) hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia, generalmente encontrada en los padres, de ser personas más maduras y estables, además, la implicación con la familia y los(as) hijos(as)

hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realistas, con la ayuda del apoyo familiar.

Antigüedad profesional: Illera (2006) menciona que el síndrome se produce en mayor nivel en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia.

2.3.9 Condicionantes que afectan al personal rehabilitador que atiende a personas adultas mayores con trastorno mental

El papel del personal rehabilitador ha sido tradicionalmente como un componente fundamental en el cuidado de la persona adulta mayor con trastorno mental crónico.

La interacción de dicho personal con el paciente psiquiátrico es el medio por el cual se lleva a cabo, en la mayoría de los casos, el proceso rehabilitador. La interacción entre paciente y personal rehabilitador permite valorar más adecuadamente la calidad del servicio prestado así como su orientación terapéutica (Shepherd y Richardson, 1979, citados por Aldaz y Vázquez, 1996: 323).

Como bien lo mencionan Aldaz y Vázquez (1996), el trabajo del personal rehabilitador supone un gran esfuerzo profesional y personal, ya que nos

encontramos ante una población que, en la mayoría de los casos, presenta serios problemas conductuales y significativas alteraciones psicopatológicas.

Conocer las características y determinantes que rigen la interacción con los pacientes, la conducta del personal en diferentes circunstancias durante el proceso rehabilitador, así como los factores que mejoran la eficacia del personal en este proceso, son esenciales para cualquier profesional del campo de la rehabilitación (Aldaz y Vázquez, 1996: 324).

Estos investigadores señalan que cuanto menos institucionalizado sea el entorno, más adecuadas serán las interacciones entre el personal y las personas adultas mayores.

Asimismo, indican que las variables o condicionantes que afectan la interacción del personal con las personas que asisten son el entorno social, las dobles jornadas laborales y la orientación terapéutica, además de la emoción expresada. Este último elemento es quizás uno de los desarrollados más recientemente.

El personal y los familiares comparten el impacto de muchas de las alteraciones de conducta de las personas adultas mayores internadas en centros de salud mental, pero, al contrario de los familiares, el personal tiene días de descanso y vacaciones (Kuipers, 1992 citado por Aldaz y Vázquez, 1996).

Según estos autores, las relaciones de bajo nivel de asertividad se caracterizan por lo siguiente:

- ⊗ El personal identificaba las necesidades de los pacientes para conseguir la mayor independencia posible y reconocían que, en muchos casos, los pacientes estaban luchando por mantener ellos mismos un mínimo nivel de rendimiento en las habilidades de la vida cotidiana.

- ⊗ Por otro lado, el personal con bajos niveles de emoción expresada parecían sentirse cómodos con la idea de ofrecer apoyo de una forma optimista durante largos períodos y, lo más importante, al ritmo que marcaba el paciente.

- ⊗ Además, en muchos casos y dentro del nivel bajo de emoción expresada, el esfuerzo del personal no era necesariamente premiado.

Las personas adultas mayores institucionalizadas en centros de salud mental con bajo nivel de funcionalidad, ofrecen un entorno diferente al personal que los cuida en contraste con las que tienen una discapacidad moderada. Lo anterior significa que el cuidado que reciben es de diferente calidad. El efecto de las personas adultas mayores internadas en hospitales psiquiátricos en el personal tiene necesariamente que afectar todo el proceso terapéutico. Este hecho es importante y tiene que ser reconocido en el área de la rehabilitación.

3. METODOLOGÍA

En este apartado, se expone el procedimiento metodológico llevado a cabo, partiendo del tipo de investigación, la población investigada, los instrumentos, técnicas de recolección de datos, protección de los sujetos que participaron y el análisis estadístico utilizado.

3.1 Tipo de investigación

El enfoque metodológico de la investigación fue un diseño de estudio tipo descriptivo de corte cuantitativo, ya que:

El proceso se aplica secuencialmente: se comienza con una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se establecen objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. Después se analizan objetivos y preguntas, cuyas respuestas tentativas se traducen en hipótesis; se elabora o selecciona un plan para probar las hipótesis y se determina una muestra. Por último, se recolectan datos utilizando uno o más instrumentos de medición, los cuales se estudian (la mayoría de las veces a través del análisis estadístico), y se reportan los resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2006: 14).

3.2 Diseño de estudio

La investigación planteada fue un diseño de estudio descriptivo transeccional, la cual tuvo como objetivo “(...) indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006: 187). El procedimiento consistió en medir, en un grupo de personas u objetos, una o, generalmente, más variables y proporcionar su descripción. Son; por lo tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas. A pesar de ser una indagación descriptiva transeccional, contuvo elementos correlacionales, ya que se evaluó la probabilidad de que el Síndrome de Burnout tuviera relación con la calidad de atención que el personal le brindaba a los(as) adultos(as) mayores.

3.3 Población investigada

Los sujetos que participaron en la investigación planteada para obtener la información requerida, fueron 33 funcionarios(as) que laboraban en los diferentes servicios (Enfermería, Trabajo Social, Geriátría, Psiquiatría, Servicios Generales, Terapia Ocupacional y Terapia Física) en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico con personas adultas mayores. Se procuró abarcar a toda la población que trabajaba en los Pabellones No. 6 de las Psicogeriatrías con personas adultas mayores en el momento de la recopilación de los datos, por lo que fue un estudio censal.

3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Se hizo uso de instrumentos evaluativos para obtener información acerca del índice de incidencia, síntomas y causas del Síndrome de Burnout, para después realizar el análisis de los datos obtenidos con la teoría planteada en esta investigación.

Los instrumentos de recolección que se utilizaron fueron los siguientes:

- ***Inventario Burnout de Maslach (MBI)***

Según Maslach y Jackson (1997), el Inventario Burnout de Maslach (MBI) posee una fiabilidad de 0.82 y validez de 0.9 y busca evaluar el Síndrome de estrés laboral asistencial, conocido también como Síndrome Burnout o del Quemado, a partir de las tres variables: cansancio emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal.

La prueba se aplicó fácilmente y para esta investigación el(la) participante pudo anotar su nombre o mantenerlo anónimo. Además, se le explicó al(la) funcionario(a) partícipe del estudio toda aquella terminología que le fuese desconocida o poco entendible. Los ítemes se puntuaron de 1 a 6 y se englobaron las tres variables mencionadas. Estas se valoraron de forma inversa; es decir, a mayor puntuación mayor realización personal y menor desgaste (Anexo E).

La puntuación en las escalas del MBI fue el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas. El puntaje máximo de cansancio emocional (CE) fue 54, despersonalización (DP) fue 30 y en la falta de autorrealización personal (AP) fue 48 (Maslach y Jackson, 1997).

Maslach y Jackson señalan que la relación entre puntuación y grado de Burnout es dimensional; es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres tramos que definen un nivel de Burnout experimentado como bajo, medio y alto. Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de individuos pertenecientes a diversas profesiones como personal de salud mental, educadores(as), trabajadores(as) de servicios sociales y otros.

INTENSIDAD DEL SÍNDROME DE BURNOUT*		
Bajo: CE= 0 <18	Medio: CE= 19-26	Alto: CE= 0>27
DP= 0<5	DP= 6-9	DP= 0>10
RP= 0<40	RP= 34-39	RP= <33

Siglas: Cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (AP)

*** Fuente: Maslach y Jackson (1997)**

- ***Cuestionario sociodemográfico y aspectos laborales de los(as) funcionarios(as) que trabajan con personas adultas mayores con trastorno mental***

Se diseñó un cuestionario sociodemográfico para complementar los datos que recopila el Inventario Burnout de Maslach y Jackson (MBI), ya que este instrumento, a pesar de extraer algunos datos personales y laborales del(la) trabajador(a), no lo hace de forma exhaustiva. Este cuestionario buscó obtener información detallada acerca del ámbito laboral tal como: servicio dónde trabaja, tipo de tareas que realiza, tiempo laboral dentro de las Psicogeriatrías, entre otros.

Además, buscó obtener información acerca de aspectos de índole laboral relacionados con las condiciones para obtener una calidad de atención a los(as) usuarios(as), para ello se tomó en cuenta los criterios y características predeterminadas de la atención psicosocial y sociosanitaria (Leturia y Yanguas, 2001), cuyos aspectos por valorar fueron:

- *Política de ingresos y egresos:* procedimiento que se realiza para ingresar o egresar al(la) usuario(a).
- *Proporción personal-usuarios(as):* cantidad de funcionarios(as) equitativa para la atención del número de usuarios(as).
- *Horario:* planificación, programación y distribución del tiempo.

- Formación: capacitación e información continua al personal para la atención de las personas adultas mayores.
- Recursos: disponibilidad de equipo adecuado y existencia de programas terapéuticos.
- Actividades: existencia de programas de actividades variadas, flexibles y adaptables a cada persona adulta mayor.
- Trabajo en equipo: los miembros del equipo interdisciplinario están involucrados y comprometidos con los objetivos del pabellón.
- Equipo interdisciplinario: existe un enfoque interdisciplinario.
- Identidad propia: respeto por los derechos, individualidad e integridad de la persona adulta mayor.
- Seguridad: instalaciones adaptadas a las necesidades del(la) usuario(a).
- Espacio y su disposición: espacio suficiente para los(as) usuarios(as).
- Espacio para el personal: lugares propios para el personal.
- Autonomía e identidad: permitirle al(la) usuario(a) tomar sus propias decisiones.
- Modelo de atención psicosocial: se refiere a los programas que existen para mejorar la calidad de atención de los(as) usuarios(as).

Estas categorías permitieron medir la presencia o ausencia de elementos esenciales de la calidad de atención (Anexo C).

- ***Registro observacional para distinguir conductas de interacción entre el(la) funcionario(a) y la persona adulta mayor***

Se elaboró un registro observacional sistematizado para analizar las conductas de interacción entre el(la) funcionario(a) y la persona adulta mayor. Se observó si se presentaban comportamientos necesarios para afirmar que sí se brinda una atención de calidad del(la) funcionario(a) al(la) usuario(a). Estas conductas por registrar se basaron en los principios que Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001) mencionan (intimidad, derechos, dignidad, autonomía, entre otros), debe existir en un sistema de calidad de atención.

Anguera (1989) señala que la observación tiene la ventaja de:

- Obtener la información tal como ocurre.
- Proporciona datos de conductas de personas que no pueden comunicarse verbalmente.
- Solicita menos la cooperación activa por parte de las personas observadas o que tengan resistencia a participar en una investigación.

Además, este registro observacional fue construido, también, para tomar en cuenta las manifestaciones conductuales que pueda presentar una persona que muestre síntomas del Síndrome de Burnout, tales como: irritabilidad, maltrato hacia el(la) usuario(a), superficialidad en el contacto con los demás, distanciamiento afectivo, impaciencia y comunicación deficiente (Fernández,

2002). Así como conductas que mostraron la existencia de calidad de atención de parte del personal hacia los(as) usuarios(as). Estas categorías conductuales fueron construidas con base en la teoría conceptual propuesta en esta investigación (Anexo D).

El procedimiento para aplicar este instrumento de observación conductual fue el siguiente:

- Se brindó entrenamiento a dos estudiantes de Psicología que se encuentran en sus últimos años de pregrado; se les indicó cuáles eran las categorías conductuales por observar, el intervalo de tiempo de la observación y los lugares donde se ubicaron para la recopilación. En este proceso de adiestramiento a las observadoras, se comenzó por explicar los fundamentos teóricos, el fin del estudio y el por qué el plan de observación se había construido de esta forma.

Las observadoras ensayaron cómo realizar observaciones sin tener que contar con un protocolo preciso. Surgió la necesidad de entender sí la naturaleza del comportamiento por ver y la forma de consignarlo cuando constaten que tienen opiniones diferentes sobre estos hechos (Anguera, 1989).

Recopilada la información, se obtuvo el índice de fiabilidad entre los datos recopilados por las observadoras a través de la siguiente fórmula propuesta por Anguera (1989):

No. de acuerdos

No. de acuerdos+No. de desacuerdos

Superada esta etapa, las observadoras realizaron constataciones más precisas y utilizaron el protocolo de observación que tendrían que seguir. Se les explicó cada uno de los ítemes del protocolo de observación, fin general del estudio, finalidad de cada punto y la forma correcta de realizar las anotaciones. Luego, se analizaron los datos según los objetivos propuestos.

El intervalo de tiempo de la observación fue durante 20 minutos, durante 4 veces al día (2 durante la mañana y 2 en la tarde-noche). Las observadoras se ubicaron durante el período de la mañana en actividades de rehabilitación o atención médica (de 9 a.m. a 10 a.m.) y durante la hora de almuerzo (de 11 a.m. a 12 m.d) y, durante la tarde, las estudiantes permanecieron en el área de la estancia o sala de 1 p.m. a 2 p.m. y luego en la hora de tomar café (de 3 p.m. a 4 p.m), lugares y horarios seleccionados por la interacción que se da entre el personal y la población atendida y porque se podía observar la ocurrencia o no de las conductas planteadas.

3.5 Ambiente o espacios para la recolección de la información

La recolección de la información se realizó en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico ubicado en Pavas, San José.

3.6 Procedimiento

Para recopilar la información necesaria para este estudio, se siguió el siguiente procedimiento:

- 1) Inicialmente, se solicitó, a las instancias correspondientes de la Caja Costarricense del Seguro Social, autorización para realizar el estudio dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico (Anexo G).
- 2) Se efectuó una convocatoria oficial por medio de las Jefaturas respectivas (Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social, Geriatría, Psiquiatría, Servicios Generales, Terapia Ocupacional y Terapia Física), para informar a la población en investigación acerca del estudio que se realizaría en los Pabellones No. 6 de Hombres y Mujeres; se solicitó y motivó la participación en forma voluntaria.
- 3) Al definirse la población para la investigación, se aplicaron los instrumentos con los cuales se recopiló la información del estudio. Esta aplicación se hizo de forma individual y algunos de forma autoadministrada, en el caso del Inventario Burnout de Maslach (MBI) y Cuestionario sociodemográfico y aspectos laborales de los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores con trastorno mental. Teniéndose los resultados del MBI, se aplicó el registro observacional tanto a aquellas personas que manifestaron la presencia del Síndrome de Burnout como las que no. Se

observó la interacción que se establece entre el(la) funcionario(a) y los(as) usuarios(as) de forma minuciosa y la información obtenida en los instrumentos se manejó de forma confidencial y anónima, pero no así para la investigadora y las observadoras.

- 4) Obtenida la información sobre los(as) funcionarios(as) que presentaron o no el Síndrome de Burnout, se le dio seguimiento a cada trabajador(a) según los datos recopilados por la investigadora y observadoras, y se registró la presencia o ausencia de las conductas de atención, participación, agresividad, relajación y distanciamiento de forma individual, donde 1 era presencia y 0 ausencia. Lo anterior con el objetivo de analizar la relación entre la manifestación o no del Síndrome de Burnout y la calidad de atención, a través de la prueba Ji-cuadrado de Pearson, la cual es una estadística que evalúa la hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

La Ji cuadrada se calculó por medio de una tabla de contingencias o tabulación cruzada, que es un instrumento de dos dimensiones y cada una de estas contiene una variable (Anexo E). A su vez, cada variable se subdividió en dos o más categorías.

En la tabla de contingencia, se anotaron las frecuencias observadas en la muestra de la investigación. La Ji cuadrada fue una comparación entre la tabla de frecuencia observada y la tabla de frecuencias esperadas.

La frecuencia esperada de cada celda se calculó mediante la siguiente fórmula aplicada a la tabla de frecuencias observadas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006):

$$fe = \frac{(\text{total o marginal de renglón})(\text{total o marginal de columna})}{N \text{ (\# total de frecuencias observadas)}}$$

Hernández, Fernández y Baptista comentan que una vez obtenidas las frecuencias, se aplicó la siguiente fórmula de Ji cuadrada:

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Donde “ Σ ” significó sumatoria “O” que es la frecuencia observada en cada celda. “E” fue la frecuencia esperada en cada celda; es decir, para cada celda se calculó la diferencia entre la frecuencia observada y la esperada; esta diferencia se elevó al cuadrado y se dividió entre la frecuencia esperada. Finalmente, se sumaron estos resultados y la sumatoria fue el valor de “x” al cuadrado obtenida.

- 5) Recopilados y obtenidos los datos, se codificaron de forma gráfica y se sistematizó a través del Programa Informático de Excel 2000. Este programa está diseñado para evaluar y presentar información en un formato de hoja de cálculo. Este software de hojas de cálculo permite al(la) usuario(a) combinar datos, fórmulas matemáticas, texto y gráficos en un

solo reporte o libro de trabajo (Berk y Carek, 2000). Se pretendió tener la información obtenida con la utilización de este programa en tres unidades de análisis centrales: el Síndrome de Burnout, población de funcionarios(as) y la calidad de atención, cada una con sus categorías de estudio y codificadas de forma gráfica. Además, a través de este programa se sacó la prueba estadística Ji cuadrada para obtener la relación entre la presencia o no del Síndrome de Burnout y la calidad de atención, a través de la ausencia o no de las conductas de atención, participación, agresividad, relajación y distanciamiento afectivo, con el objetivo de determinar si las diferencias entre las frecuencias observadas en la tabla de contingencia correspondientes al cruce de los valores de las dos variables y las frecuencias esperadas (puesto que las variables son independientes) son estadísticamente significativas.

- 6) Con la información ya sistematizada, se procedió a analizar los datos obtenidos, partiendo del marco referencial propuesto. El análisis que se realizó es transversal, ya que su objetivo principal es formular descripciones del tema que se estudia, para presentar un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetivos o indicadores en determinado momento.

3.7 Protección a sujetos

Se le entregó, a cada participante un consentimiento informado (Ver Anexo B), el cual fue autorizado por cada uno(a) de los sujetos de investigación y por la investigadora. Una copia de este documento fue entregado para uso personal y otra para uso de la investigadora.

También, en dicho consentimiento se plantearon los fines de la investigación y la posibilidad de que en el transcurso de esta, si alguna persona no quisiera continuar en el proceso, tendría plena libertad para retirarse, sin que existiera ninguna consecuencia negativa para ella. Además, se brindó apoyo y contención emocional en caso de que la situación lo ameritara.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos planteados en la metodología, los cuales fueron: el Inventario Burnout de Maslach (MBI), el Cuestionario sociodemográfico y aspectos laborales de los(as) funcionarios(as) que trabajan con personas adultas mayores con trastorno mental y el Registro observacional para distinguir conductas de interacción entre el(la) funcionario(a) y la persona adulta mayor, para adquirir los datos del estudio titulado: ***“Análisis de la relación de la incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionario(as) que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico”.***

Los datos se recopilaron desde el 16 de enero hasta el 22 de febrero del 2008 y se aplicaron los instrumentos a todos(as) los(as) funcionarios(as) que tuvieran anuencia a participar en la investigación; un total de 33 personas (19 mujeres y 14 hombres). Como se señaló en el Apartado de Metodología, la información obtenida fue codificada en el Programa de Informática Excel 2000.

A continuación, se expondrán los resultados de cada uno de los instrumentos utilizados.

4.1 Cuestionario sociodemográfico y aspectos laborales de los(as) funcionarios(as) que trabajan con personas adultas mayores con trastorno mental

Por medio de este instrumento, se obtuvo la información concerniente a la caracterización de la población de funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en las Psicogeriatrías del Hospital Nacional Psiquiátrico, además se consiguió la percepción de los(as) funcionarios(as) sobre los aspectos que debe poseer un servicio para brindar una calidad de atención a los(as) usuarios(as) que atiende.

- ***Resultados obtenidos sobre la caracterización de la población de funcionarios(as) de las Psicogeriatrías que atienden a personas adultas mayores***

Se puede apreciar, en la tabla No. 1, que el total de la población de funcionarios(as) que se encontraba en los Pabellones No. 6 de Psicogeriatrías durante la aplicación de este instrumento, desde el 16 de enero hasta el 22 de febrero del 2008, fue de 33 personas, de las cuales 19 eran mujeres (58%) y 14 hombres (42%).

TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
SEXO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
Femenino	19	58%
Masculino	14	42%
TOTAL	33 personas	100%

El rango de edad de estas 33 personas va de 18 a 58 años; 1 persona (3%) reside en Alajuela, 3 (9%) en Cartago, 5 (15%) en Heredia y 24 (73%) en San José. El Hospital Nacional Psiquiátrico se ubica en Pavas, San José, por lo que a los(as) funcionarios(as) que se desplazan desde Heredia, Alajuela y sobre todo Cartago les queda lejos su centro de trabajo (Tabla No. 2).

TABLA No. 2

DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
PROVINCIA	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
Alajuela	1	3%
Cartago	3	9%
Heredia	5	15%
San José	24	73%
TOTAL	33 personas	100%

En cuanto al nivel de escolaridad, 5 personas (15%) cuentan con la primaria completa, 9 (27%) con la secundaria completa, 5 (15%) con la secundaria incompleta, 12 (37%) con universidad completa y 2 (6%) con universidad incompleta (Tabla No. 3).

TABLA No. 3

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
NIVEL DE ESCOLARIDAD	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
Primaria completa	5	15%
Secundaria incompleta	5	15%
Secundaria completa	9	27%
Universidad incompleta	2	6%
Universidad completa	12	37%
TOTAL	33 personas	100%

De estas 33 personas, 14 (43%) están casadas, 4 (12%) divorciadas, 1 (3%) separada, 11 (33%) solteras y 3 (9%) en unión libre (Tabla No. 4). La variable de estado civil es importante considerarla, ya que algunos estudios retomados en los antecedentes sobre el Síndrome de Burnout mencionan que las personas solteras son propensas a “quemarse”, por centrarse en el ámbito laboral.

TABLA No. 4

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
ESTADO CIVIL	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
Casado(a)	14	43%
Divorciado(a)	4	12%
Separado(a)	1	3%
Soltero(a)	11	33%
Unión libre	3	9%
TOTAL	33 personas	100%

En cuanto a datos referentes al ámbito familiar y socioeconómico de la población de funcionarios(as) en estudio, se encontró que de las 33 personas, 9 (27%) no tienen pareja y 24 (73%) sí (Tabla No. 5). La variable de tener pareja o no es tomada en cuenta, pues en indagaciones previas, al igual que el estado civil, se indica que personas sin pareja y solteras, al centrar más la vida en el ámbito laboral, tienden a caer en el Síndrome del Quemado (Illera, 2006).

Los(as) funcionarios(as) que mantienen una relación con su pareja (casados o unión libre) tienen con esta entre 1 a 38 años. Además, algunos(as) trabajadores tienen entre 2 a 5 hijos(as) en promedio, cuyas edades oscilan entre 1 a 39 años.

TABLA No. 5

DISTRIBUCIÓN POR TENER PAREJA O NO DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
TIENE PAREJA	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	9	27%
Sí	24	73%
TOTAL	33 personas	100%

En el nivel socioeconómico, el ingreso mensual de los(as) funcionario(as) se centra en los siguientes rubros:

- entre 150000 a 200000, 3 personas (9%),
- entre 250000 a 300000, 11 trabajadores (31%),
- entre 350000 a 400000, 5 funcionarios(as) (15%),
- entre 450000 a 500000, 5 (15%),
- y entre 550000 o más, 9 (30%) (Tabla No. 6).

TABLA No. 6

DISTRIBUCIÓN POR INGRESO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
INGRESO MENSUAL	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
150000 a 200000	3	9%
250000 a 300000	11	31%
350000 a 400000	5	15%
450000 a 500000	5	15%
550000 o más	9	30%
TOTAL	33 personas	100%

En el ámbito laboral, las 33 personas se desempeñan en diversas áreas laborales. Se encontró que 7 trabajadores(as) (21%) son asistentes de pacientes, 8 funcionarios(as) (25%) son auxiliares de Enfermería, 4 (12%) son enfermeros(as), 2 (6%) son médicos(as), 5 (15%) son de servicios generales, 2 (6%) son terapistas físicos, 2 (6%) son terapistas ocupacionales y 3 personas (9%) son trabajadoras sociales (Tabla No. 7).

TABLA No. 7

DISTRIBUCIÓN POR ÁREA DE TRABAJO DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
ÁREA DE TRABAJO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
Asistentes de pacientes	7	21%
Auxiliares de Enfermería	8	25%
Enfermero(a)	4	12%
Medicina	2	6%
Servicios generales	5	15%
Terapia física	2	6%
Terapia ocupacional	2	6%
Trabajo social	3	9%
TOTAL	33 personas	100%

Según el cuestionario aplicado a los(as) funcionarios(as), el tipo de tareas que realizan son las siguientes: 4 (12%) personas en administración de Enfermería, 15 (46%) funcionarios(as) en cuidados básicos, 3 (9%) en intervención social, 5 (15%) trabajadores(as) en limpieza, 4 (12%) en rehabilitación y 2 (6%) en tratamiento médico (Tabla No. 8).

TABLA No. 8

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE TAREAS QUE REALIZA LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
TIPO DE TAREAS QUE REALIZA	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
Administración de Enfermería	4	12%
Cuidados básicos	15	46%
Intervención social	3	9%
Limpieza	5	15%
Rehabilitación	4	12%
Tratamiento médico	2	6%
TOTAL	33 personas	100%

Se puede apreciar, en la tabla No. 9, la situación o condición laboral de la población de funcionarios(as) en estudio, en donde un total de 24 personas tienen propiedad y 9 son interinas. En Enfermería, 18 trabajadores(as) poseen propiedad y 1 no, en Terapia Física las dos personas están en propiedad, en Terapia Ocupacional una sí tiene estabilidad laboral y otra no, en Medicina

ninguna de las dos tiene propiedad, en Servicios Generales 3 tienen estabilidad laboral y 2 no, y en Trabajo Social ninguna está en propiedad.

TABLA No. 9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR SITUACIÓN LABORAL				
ÁREA DE TRABAJO	PROPIEDAD	PORCENTAJE	INTERINO	PORCENTAJE
Enfermería	18	75%	1	11%
Medicina	0	-----	2	22%
Servicios generales	3	13%	2	22%
Terapia física	2	8%	0	-----
Terapia ocupacional	1	4%	1	11%
Trabajo social	0	-----	3	34%
Total	24	100%	9	100%

En la tabla No. 10, los(as) funcionario(as) manifiestan tener una cantidad considerable de beneficios al estar laborando en el Hospital Nacional Psiquiátrico, tales como alimentación, experiencia laboral, garantías sociales, incentivo manicomial, médico de empresa, transporte, vacaciones profilácticas, entre otros.

TABLA No. 10

DISTRIBUCIÓN POR BENEFICIOS QUE MENCIONA TENER LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		
BENEFICIOS QUE TIENE AL TRABAJAR EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
Estabilidad laboral	15	25%
Satisfacción a nivel personal	10	17%
Vacaciones profilácticas	10	5%
Garantías sociales	6	10%
Experiencia laboral	4	7%
Transporte	4	7%
Alimentación	3	5%
Compartir con personal y usuarios(as)	3	5%
Incentivo manicomial	3	5%
Flexibilidad de horarios	1	1%
Médico de empresa	1	1%
TOTAL	33 personas	100%

A nivel de satisfacción del funcionario(a) con su trabajo actual, un 15% (5 personas) manifestó no estarlo y un 85% (28 trabajadores(as)), sí está

satisfecho(a) (Tabla No. 11). Las personas expresaron estar satisfechas con su trabajo actual, por motivos tales como: realización personal, estabilidad laboral, buena jefatura, experiencia, por trabajar con personas adultas mayores y ver la superación de los(as) usuarios(as) en su rehabilitación. En cuanto a los(as) trabajadores(as) que no están contentos con su trabajo, comentan: la falta de infraestructura adecuada para la población de usuarios(as) que se atiende, la deficiencia en la administración del sistema hospitalario y la desvalorización de otras disciplinas no médicas, entre otras.

TABLA No. 11

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO ACTUAL		
ESTÁ SATISFECHO CON SU TRABAJO ACTUAL	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	5	15%
Sí	28	85%
TOTAL	33 personas	100%

Como bien se puede observar en la tabla No. 12, los(as) funcionarios(as) que laboran con las personas adultas mayores manifiestan, en su totalidad, tener el agrado de trabajar con personas adultas mayores y argumentan que al laborar en la atención de estas, adquieren realización personal, sentimiento de que están ayudando a una población vulnerable de la sociedad, por ser personas muy nobles y agradables, y que necesitan mucho cuidado y afecto.

TABLA No. 12

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE AGRADO AL TRABAJO CON PERSONAS ADULTAS MAYORES		
LE AGRADA TRABAJAR CON PERSONAS ADULTAS MAYORES	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	0	----
Sí	33	100%
TOTAL	33 personas	100%

A nivel laboral, en la tabla No. 13 se muestra que un 67% (22 personas) no ha tenido problemas laborales y un 33% (11 trabajadores(as)) sí. Algunos de estos conflictos se deben al no cumplimiento de tratamiento de enfermería, deficiente manejo terapéutico, malas relaciones interpersonales con algunos(as) compañeros(as) de la institución, maltrato a personas adultas mayores, atraso en el pago, recargo de trabajo y dificultades en el manejo del poder.

TABLA No. 13

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE PRESENCIA DE PROBLEMAS LABORALES		
HA TENIDO PROBLEMAS LABORALES	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	22	67%
Sí	11	33%
TOTAL	33 personas	100%

De los(as) 11 funcionarios(as) que han tenido conflictos laborales, 10 (30%) han buscado ayuda para resolver los problemas (Tabla No. 14), a nivel de jefaturas, reuniones de equipo, asesoría con otros(as) compañeros(as) y colegas o le han pedido al(la) supervisor(a) que intervenga cuando hay problemas. Los(as) trabajadores(as) que no han solicitado apoyo para resolver sus conflictos manifiestan la existencia de un mal manejo de las jefaturas ante los problemas de los(as) subalternos(as).

TABLA No. 14

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE BÚSQUEDA DE AYUDA PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS LABORALES		
HA BUSCADO AYUDA PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS LABORALES	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	22	67%
No responde	1	3%
Sí	10	30%
TOTAL	33 personas	100%

- ***Resultados obtenidos sobre los principios del sistema de calidad de atención a las personas adultas mayores***

Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001) mencionan que un sistema de calidad de atención debe tener como principios:

1. Intimidad
2. Dignidad
3. Autonomía
4. Elección
5. Derechos
6. Satisfacción

Estos elementos esenciales para brindar una calidad de atención se abordaron en el cuestionario sociodemográfico dirigido a la población en estudio, con el objetivo de saber si existen, en las Psicogeriatrías, estos aspectos de relevancia para la atención de las personas adultas mayores.

Según Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001), los aspectos para un adecuado sistema de calidad de atención son los siguientes:

1. Política de ingresos y egresos

Se puede observar en la tabla No. 15, cómo la población de funcionarios(as) consideran que no existe una política de ingreso y egreso del hospital, para las

personas adultas mayores, reflejado en un 61% (20 personas) y un 39% (13 personas) señala que sí la hay, pero no indica el nombre de ninguna.

TABLA No. 15

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE UN PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y EGRESO CLARO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES AL CENTRO DE SALUD MENTAL		
EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA DE INGRESO Y EGRESO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	20	61%
Sí	13	39%
TOTAL	33 personas	100%

2. Proporción personal-usuarios(as)

En cuanto a proporción del personal con respecto a la cantidad de personas adultas mayores por atender, un 97% (32 trabajadores(as)) dice que no hay suficiente cantidad de funcionarios(as) para velar por los(as) usuarios(as) y un 3% (1 persona) manifiesta que sí existe una buena proporción entre cantidad de personal asignado a la atención de la población longeva y esta (Tabla No. 16).

TABLA No. 16

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE UNA ADECUADA PROPORCIÓN ENTRE LA CANTIDAD DE PERSONAL Y LA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE SE ATIENDE		
PROPORCIÓN PERSONAL-USUARIOS(AS)	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	32	97%
Sí	1	3%
TOTAL	33 personas	100%

3. Horario

A nivel de horario de programación de actividades, un 67% (22 funcionarios(as)) menciona que sí existe y un 33% (11 personas) que no (Tabla No. 17). Aquellos que comentaron la existencia de un cronograma de actividades, señalaron las siguientes:

- Programas de vida diaria e instrumental
- Charlas educativas avaladas por el CENDEISSS
- Programa de habilidades sociales
- Cursos referentes a la persona adulta mayor
- Reuniones de motivación
- Actividades de Fisioterapia, Psicología y Terapia Ocupacional

TABLA No. 17

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS TANTO PARA EL PERSONAL COMO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE SE ATIENDE			
HORARIO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE	
No	11	33%	
Sí	22	67%	
TOTAL	33 personas	100%	

4. Formación

Como lo muestra la tabla No. 18, un 67% (22 funcionarios(as)) considera que sí se ofrecen capacitaciones para el personal encargado de atender a las personas

adultas mayores y un 33% (11 personas) que no. Los(as) trabajadores(as) que señalaron que sí existe, hicieron referencia a las charlas educativas avaladas por el Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).

TABLA No. 18

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE CAPACITACIONES PARA EL PERSONAL QUE ATIENDE A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES			
FORMACIÓN PARA EL PERSONAL		CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No		11	33%
Sí		22	67%
TOTAL		33 personas	100%

5. Organización del programa/Recursos

En cuanto a la disponibilidad del equipamiento adecuado para la realización de actividades de rehabilitación para las personas adultas mayores, un 55% (18 funcionarios(as)) menciona que no hay y un 45% (15 trabajadores(as)) que sí existen recursos (Tabla No. 19).

TABLA No. 19

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE DISPONIBILIDAD DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES			
ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA-RECURSOS		CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No		18	55%
Sí		15	45%
TOTAL		33 personas	100%

6. Actividades

Como se observa en la tabla No. 20, un 73% (24 personas) considera que no existen actividades y programas destinados a generar autoconfianza y satisfacción

a la persona adulta mayor, ni al personal ni a la familia, y un 27% (9 funcionarios(as)) señaló que sí se realizan a través de trabajadoras de Terapia Ocupacional y Psicología.

TABLA No. 20

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DESTINADOS A GENERAR AUTOCONFIANZA Y SATISFACCIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR, PERSONAL Y FAMILIA		
ACTIVIDADES PROGRAMAS	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	DE PORCENTAJE
No	24	73%
Sí	9	27%
TOTAL	33 personas	100%

7. Trabajo en equipo

La población de funcionarios(as) manifiesta en un 42% (14 personas) que no existe una sensación de trabajo en equipo; en cambio, un 58% (19 individuos) indica que sí hay trabajo en equipo (Tabla No. 21).

TABLA No. 21

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE SENSACIÓN DE TRABAJO EN EQUIPO		
EXISTE SENSACIÓN DE TRABAJO EN EQUIPO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	14	42%
Sí	19	58%
TOTAL	33 personas	100%

8. Equipo interdisciplinario

En la tabla No. 22, se observa que mayoritariamente la población de funcionarios(as) percibe un enfoque interdisciplinario que tiene en cuenta

diferentes perspectivas en el abordaje. Un 33% (11 personas) comenta que no se da y 67% (22 trabajadores(as)) que sí.

TABLA No. 22

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN EL PERSONAL QUE TENGA EN CUENTA DIFERENTES PERSPECTIVAS EN EL ABORDAJE		
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	11	33%
Sí	22	67%
TOTAL	33 personas	100%

9. Identidad propia

La identidad propia es un aspecto que conforma el sistema de calidad de atención de relevancia, ya que en este elemento se aprecia si se están transgrediendo, de cierta manera, los derechos humanos de las personas adultas mayores. En este caso, un 76% (25 personas) mencionó que no se toma en cuenta a los(as) usuarios(as) en la planificación de los programas y decisiones por seguir en el pabellón y un 24% (8 funcionarios(as)) que sí se hace (Tabla No. 23).

TABLA No. 23

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE TOMAR EN CUENTA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y DECISIONES POR SEGUIR EN EL PABELLÓN		
IDENTIDAD PROPIA	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	25	76%
Sí	8	24%
TOTAL	33 personas	100%

10. Entorno físico

Cuando se les preguntó a los(as) trabajadores(as) sobre la adaptación de las instalaciones a las necesidades de la persona adulta mayor, del personal y de la familia, un 39% (13 personas) opinó que no había adaptación del medio y un 61% (20 funcionarios(as)) que las instalaciones sí son adecuadas (Tabla No. 24). Los que señalaron que las instalaciones no son apropiadas agregaron que estas son: *“Inadecuadas, falta vida, no hay adaptación de espacios y no hay área de visita paciente-familia para agudos ni crónicos”*.

TABLA No. 24

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE ADAPTACIÓN DE LAS INSTALACIONES A LAS NECESIDADES DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, PERSONAL Y FAMILIA		
ENTORNO FÍSICO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	13	39%
Sí	20	61%
TOTAL	33 personas	100%

11. Espacio y su disposición

En la tabla No. 25, se muestra que un 39% (13 personas) de los(as) funcionarios(as) resalta la inexistencia de espacios diferentes para las diversas actividades diarias (Trabajo Social, Psicología, Geriatría, entre otros) y un 61% (20 personas) señala que sí hay.

TABLA No. 25

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE ESPACIOS DIFERENTES PARA LAS DIVERSAS ACTIVIDADES DIARIAS (TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGÍA, GERIATRÍA, ENTRE OTRAS)		
ESPACIO Y SU DISPOSICIÓN	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	13	39%
Sí	20	61%
TOTAL	33 personas	100%

12. Espacio para el personal

Cuando se le consultó al personal sobre la existencia de espacios propios en los que puedan descansar quienes atienden a las personas adultas mayores, un 61% (20 trabajadores(as)) dijo que no hay y un 39% (13 funcionarios(as)) que sí (Tabla No. 26).

TABLA No. 26

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE DE EXISTENCIA DE ESPACIOS PROPIOS EN LOS QUE PUEDA DESCANSAR EL PERSONAL QUE ATIENDE A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES		
ESPACIO PARA EL PERSONAL	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	20	61%
Sí	13	39%
TOTAL	33 personas	100%

13. Autonomía e identidad (Toma de decisiones)

La autonomía e identidad es un aspecto del adecuado sistema de calidad de atención, donde debe existir el cumplimiento de los derechos humanos que posee cualquier persona. Como se muestra en la tabla No. 27, un 67% (22 personas) menciona que no se le permite, a la persona adulta mayor, decidir por sí misma y un 33% (11 personas) que sí se consiente que la población adulta mayor decida por sí sola.

TABLA No. 27

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE SOBRE SI SE PERMITE A LA PERSONA ADULTA MAYOR DECIDIR POR SÍ MISMA		
AUTONOMÍA E IDENTIDAD	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	22	67%
Sí	11	33%
TOTAL	33 personas	100%

14. Modelo de atención psicosocial

Como bien se observa en la tabla No. 28, un 45% (15 personas) comenta que no se preservan ni fomentan los derechos humanos de la persona adulta mayor y un 55% (18 funcionarios(as)) menciona que sí se hace.

TABLA No. 28

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS POR LA VARIABLE SOBRE SI SE PRESERVAN Y FOMENTAN LOS DERECHOS HUMANOS DE LA PERSONA ADULTA MAYOR		
MODELO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	PORCENTAJE
No	15	45%
Sí	18	55%
TOTAL	33 personas	100%

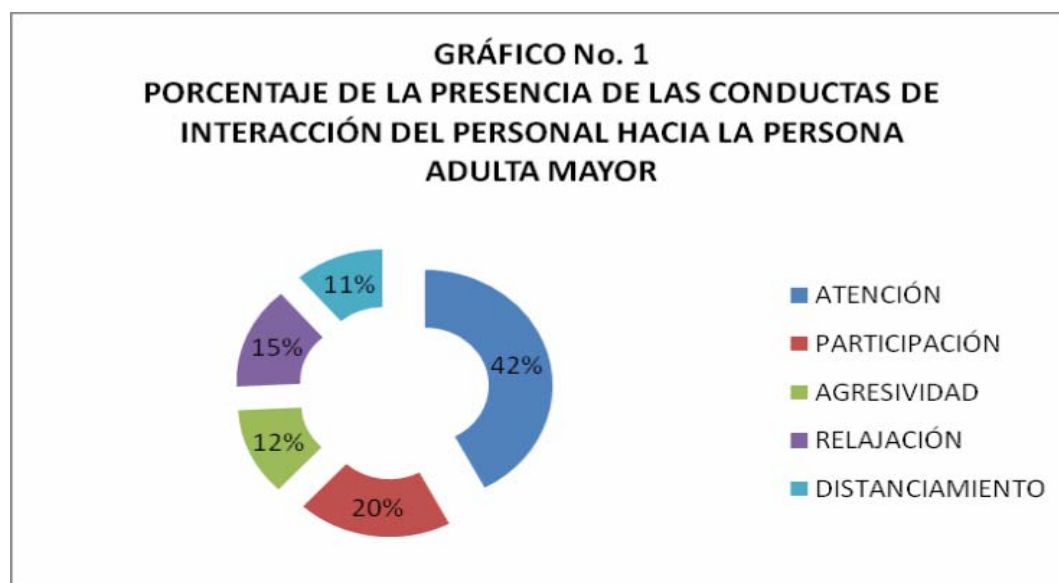
Los 14 aspectos mencionados (modelo psicosocial, identidad propia, horario, proporción personal-usuarios(as), entre otros) y explicados en los resultados obtenidos, constituyen los elementos básicos para la existencia de un adecuado sistema de calidad de atención; si se carece o falla alguno de éstos la intervención o cuidado que se esté brindando no será eficiente ni de calidez hacia la persona adulta mayor (Leturia y Yanguas, 2001).

4.2 Registro observacional de conductas de interacción entre el(la) funcionario(a) y la persona adulta mayor

La aplicación del registro observacional se llevó a cabo con la colaboración de dos estudiantes de Bachillerato en Psicología de la Universidad de Costa Rica, ambas cursaban el cuarto año de estudios. Este instrumento se aplicó del 6 al 22 de febrero y se realizaron 15 observaciones. El objetivo de este registro fue observar

las conductas de interacción entre los(as) funcionarios(as) de las Psicogeriatrías y las personas adultas mayores, así como captar conductas como participación y cuidado existentes en un sistema de calidad de atención y manifestaciones comportamentales que podría presentar una persona que mostrara síntomas del Síndrome de Burnout, tales como: agresividad, distanciamiento y tensión.

En el gráfico No. 1, se observa que en las conductas de interacción entre los(as) funcionarios(as) y las personas adultas mayores, a nivel de porcentaje, se presentan en orden de predominio de la siguiente forma: la atención (42%) funge como primera, la participación (20%) como segunda, la relajación (15%) como tercera, la agresividad (12%) como cuarta y el distanciamiento (11%) como quinta.



*Índice de fiabilidad del registro observacional efectuado: 92.68%.

Este gráfico muestra el porcentaje de presencia de cada una de las conductas observadas; la atención se da en un 42% (el(la) funcionario(a) orienta, escucha,

ayuda, da información, repite las instrucciones, fija la atención, clarifica, mantiene contacto visual cuando habla con el(la) usuario(a)), la participación en un 20% *(el(la) funcionario(a) muestra cooperación, levanta el ánimo de la persona adulta mayor, pide opiniones de los demás, ayuda al(la) usuario(a) a realizar sus actividades cotidianas)*, la relajación en un 15% *(el(la) trabajador(a) muestra relajamiento de tensión, ríe a consecuencia de algún suceso o broma, sonríe ante la atención del(la) usuario(a))*, la agresividad en un 12% *(el(la) funcionario(a) no expresa sus sentimientos ni deseos, rechaza ayuda de los demás, rebaja el estatus de los demás, grita, manipula de forma brusca (empujando, dando órdenes de mala manera)* y en un 11% el distanciamiento *(el(la) trabajador(a) se muestra impaciente, aburrido, irritable, incapaz para concentrarse ante el(la) usuario(a), se aleja de la persona adulta mayor).*

Es importante recalcar que la presencia de personas extrañas al contexto hospitalario pudo haber provocado que los(as) funcionarios(as) reprimieran su comportamiento real.

4.3 Inventario Burnout de Maslach (MBI)

El Inventario Burnout de Maslach (MBI) buscó evaluar el Síndrome de estrés laboral asistencial, conocido también como Síndrome de Burnout o del Quemado, a partir de las tres variables: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y falta de autorrealización personal (RP) (Maslach y Jackson, 1997).

La prueba fue fácil de aplicar, pues se realizó de forma autoadministrada y en aquellos casos en los que el(la) trabajador(a) necesitó apoyo, la investigadora se la proporcionó. La aplicación de este instrumento se efectuó del 16 de enero al 21 de febrero del 2008.

Maslach y Jackson (1997) señalan que la relación entre puntuación y grado de Burnout es dimensional; es decir, no existe un punto de corte indicador de si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres tramos que definen un nivel de Burnout experimentado como bajo, medio y alto.

INTENSIDAD DEL SÍNDROME DE BURNOUT*		
Bajo: CE= 0 <18	Medio: CE= 19-26	Alto: CE= 0>27
DP= 0<5	DP= 6-9	DP= 0>10
RP= 0<40	RP= 34-39	RP= <33

Siglas: Cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y falta de autorrealización personal (RP)

* **Fuente:** Maslach y Jackson (1997)

1. Cansancio emocional

En cuanto a la variable de cansancio emocional, como se muestra en la tabla No. 29, el rango bajo se presenta en un 33% (11 personas), medio en un 30% (10 personas) y alto en un 37% (12 trabajadores(as)).

TABLA No. 29

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS SEGÚN EL NIVEL DE INTENSIDAD DE CANSANCIO EMOCIONAL			
NIVEL DE EMOCIONAL	CANSANCIO	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	DE PORCENTAJE
	Bajo	11	33%
	Medio	10	30%
	Alto	12	37%
	TOTAL	33 personas	100%

2. Despersonalización

Como se observa en la tabla No. 30, la variable de despersonalización se presenta en un nivel de intensidad bajo, en un 61% (20 personas), medio en un 12% (4 personas) y alto en un 27% (9 trabajadores(as)).

TABLA No. 30

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS SEGÚN EL NIVEL DE INTENSIDAD DE DESPERSONALIZACIÓN		
NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	DE PORCENTAJE
Bajo	20	61%
Medio	4	12%
Alto	9	27%
TOTAL	33 personas	100%

3. Baja realización personal

En la tabla No. 31, se muestra que en el factor de baja realización personal, un 67% (22 personas) de trabajadores(as) se encuentra en un rango bajo, un 18% (6 personas) en un nivel medio y 15% (5 funcionarios(as)) en un rango alto.

TABLA No. 31

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE FUNCIONARIOS(AS) QUE LABORAN EN LAS PSICOGERIATRÍAS SEGÚN EL NIVEL DE INTENSIDAD DE BAJA REALIZACIÓN PERSONAL			
NIVEL DE PERSONAL	BAJA REALIZACIÓN	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS)	DE PORCENTAJE
	Bajo	22	67%
	Medio	6	18%
	Alto	5	15%
	TOTAL	33 personas	100%

En cuanto a la población de funcionarios(as) que presentan un nivel alto en los factores que conforman el Síndrome de Burnout, 10 mujeres y 2 hombres manifiestan cansancio emocional, 6 funcionarias y 3 funcionarios despersonalización y 4 trabajadoras y 1 trabajador baja realización personal (Tabla No. 32). En 4 mujeres, se manifiesta un alto nivel en los factores de cansancio emocional y despersonalización de forma simultánea.

TABLA No. 32

CANTIDAD DE FUNCIONARIOS(AS) QUE PRESENTAN UN NIVEL ALTO EN LOS FACTORES QUE CONFORMAN EL SÍNDROME DE BURNOUT				
FACTORES QUE CONFORMAN EL SÍNDROME DE BURNOUT	MUJERES	PORCENTAJE	HOMBRES	PORCENTAJE
Cansancio emocional	10 personas	83%	2 personas	17%
Despersonalización	6 personas	67%	3 personas	33%
Baja realización personal	4 personas	80%	1 persona	20%

En la tabla No. 32, se observa cómo un 83% (10 mujeres) y un 17% (2 varones) presentan un alto nivel de cansancio emocional.

La población afectada con un alto nivel de cansancio emocional, ocupa puestos en Enfermería, Fisioterapia, Aseo y Terapia Ocupacional, y tiene un rango de edad que va de 21 a 33 años y de 42 a 56 años, con un tiempo laborado dentro del Hospital entre 1 a 6 años y de 14 a 34 años, y en las Psicogeriatrías de 1 mes a 6 años y de 10 a 24 años (Tabla No. 33).

TABLA No. 33

DISTRIBUCIÓN POR PUESTO DE TRABAJO, SEXO, EDAD, TIEMPO LABORADO EN EL HOSPITAL Y LAS PSICOGERIATRÍAS DE LOS(AS) FUNCIONARIOS(AS) QUE PRESENTAN UN ALTO NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL				
PUESTO DE TRABAJO	SEXO	EDAD	TIEMPO LABORADO EN EL HOSPITAL	TIEMPO LABORADO EN LAS PSICOGERIATRÍAS
Aseo	F	42 años	14 años	14 años
Asistente de pacientes	F	44 años	19 años	2 meses
Asistente de pacientes	F	53 años	32 años	10 años
Asistente de pacientes	M	51 años	31 años	10 años
Asistente de pacientes	F	43 años	14 años	3 años
Asistente de pacientes	M	29 años	6 años	2 años
Auxiliar de Enfermería	F	21 años	1 año y 2 meses	1 mes
Auxiliar de Enfermería	F	51 años	30 años	6 años
Auxiliar de Enfermería	F	56 años	34 años	1 mes
Enfermería	F	58 años	17 años	16 años
Fisioterapia	F	33 años	6 años	6 años
Terapia Ocupacional	F	56 años	37 años	24 años

En la tabla No. 32, se aprecia que un 67% (6 mujeres) y un 33% (3 varones) presentan un alto nivel de despersonalización, lo cual se relaciona con la tabla No. 34, donde se muestra que la población con un alto nivel de despersonalización se encuentra en puestos de Enfermería, Fisioterapia y Medicina; tiene un rango de edad que va de 29 a 37 años y de 43 a 56 años, con un tiempo laborado dentro del Hospital entre 6 años y de 14 a 35 años, y en las Psicogeriatrías de 1 mes a 6 años y 35 años.

TABLA No. 34

DISTRIBUCIÓN POR PUESTO DE TRABAJO, SEXO, EDAD, TIEMPO LABORADO EN EL HOSPITAL Y LAS PSICOGERIATRÍAS DE LOS(AS) FUNCIONARIOS(AS) QUE PRESENTAN UN ALTO NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN				
PUESTO DE TRABAJO	SEXO	EDAD	TIEMPO LABORADO EN EL HOSPITAL	TIEMPO LABORADO EN LAS PSICOGERIATRÍAS
Asistente de pacientes	F	44 años	19 años	2 meses
Asistente de pacientes	F	53 años	19 años	1 mes
Asistente de pacientes	M	55 años	35 años	35 años
Asistente de pacientes	M	29 años	6 años	2 años
Asistente de pacientes	F	43 años	14 años	3 años
Auxiliar de Enfermería	F	56 años	34 años	1 mes
Auxiliar de Enfermería	M	37 años	15 años	3 años
Fisioterapia	F	33 años	6 años	6 años
Medicina	F	37 años	6 años	6 años

En la tabla No. 32, se observa que un 80% (4 mujeres) y un 20% (1 hombre) muestran un alto nivel de baja realización personal.

La población que presenta un alto nivel de baja realización personal ocupa puestos en Enfermería, Terapia Ocupacional y Medicina; tiene un rango de edad que va de 23 a 37 años y de 51 a 56 años, con un tiempo laborado dentro del Hospital entre 1 a 8 años y de 31 a 34 años, y en las Psicogeriatrías de 1 mes a 5 años y 10 años (Tabla No. 35).

TABLA No. 35

DISTRIBUCIÓN POR PUESTO DE TRABAJO, SEXO, EDAD, TIEMPO LABORADO EN EL HOSPITAL Y LAS PSICOGERIATRÍAS DE LOS(AS) FUNCIONARIOS(AS) QUE PRESENTAN UN BAJO NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL				
PUESTO DE TRABAJO	SEXO	EDAD	TIEMPO LABORADO EN EL HOSPITAL	TIEMPO LABORADO EN LAS PSICOGERIATRÍAS
Aseo	F	28 años	8 años	5 años
Asistente de pacientes	M	51 años	31 años	10 años
Auxiliar de Enfermería	F	56 años	34 años	1 mes
Medicina	F	37 años	6 años	6 años
Terapia Ocupacional	F	23 años	1 año y 9 meses	1 año y 4 meses

Estos resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos dan respuesta a los objetivos planteados en el estudio.

4.4 Registro de presencia o ausencia de las conductas de interacción entre funcionarios(as) con Síndrome de Burnout o sin él y la persona adulta mayor

Como último procedimiento metodológico, se recopiló la información sobre los(as) funcionarios(as) que presentaron o no Síndrome de Burnout. Se le dio seguimiento a cada trabajador(a) que tuviera un alto nivel, en cualquiera de las variables (cansancio emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal) que integran esta patología, según los datos obtenidos por la investigadora y observadoras. Se registró la presencia o ausencia de las conductas de atención, participación, agresividad, relajación y distanciamiento de cada una de las personas indagadas, donde 1 fue presencia y 0 ausencia.

A través de este registro, se creó una tabla de contingencias o tabulación cruzada (Anexo E) que permitió obtener la Ji cuadrada, prueba que proporcionó el grado de probabilidad en que las conductas mencionadas se dan de forma significativa, si el(la) funcionario(a) presenta o no el Síndrome de Burnout.

Los resultados brindados en la tabla de contingencias se codificaron por medio del Programa Informático de Excel 2000, los cuales son los siguientes:

En la tabla No. 36, se proporcionan los datos acerca de las personas que tienen ausencia del Síndrome de Burnout; 15 personas no lo tienen y 18 sí lo presentan.

TABLA No. 36

DISTRIBUCIÓN DE LOS(AS) TRABAJADORES(AS) QUE PRESENTAN O NO EL SÍNDROME DE BURNOUT					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	15	45,5	45,5	45,5
	Presencia	18	54,5	54,5	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

En cuanto a la relación existente entre el Síndrome de Burnout y la conducta de atención que manifiestan los(as) trabajadores con esta patología o sin ella, se puede concluir que el personal que tiene esta enfermedad, muestra, orientación, escucha, ayuda hacia el(la) adulto(a) mayor (Tabla No. 37) .

TABLA No. 37

DISTRIBUCIÓN POR RELACIÓN DE OCURRENCIA ENTRE LA CONDUCTA DE ATENCIÓN Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT				
		Atención		Total
		No ocurre	Ocurre	
Síndrome de Burnout	Ausencia	3	12	15
	Presencia	5	13	18
Total		8	25	33

Al realizar la prueba de Ji-cuadrado para obtener la significancia de la relación entre la manifestación de la conducta de atención en funcionarios(as) que presentan o no el Síndrome de Burnout, se puede señalar que aunque el personal

tenga esta enfermedad, no necesariamente va a fallar la atención a la población de adultos(as) mayores, tal y como se anota en la Tabla No. 38, esta conducta tiene un valor de 0.270 en la prueba de Ji-cuadrado, lo que muestra baja significancia.

TABLA No. 38
Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Atención

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	,270(b)	1	,604		
Corrección por continuidad(a)	,012	1	,911		
Razón de verosimilitudes	,272	1	,602		
Estadístico exacto de Fisher				,699	,459
Asociación lineal por lineal	,261	1	,609		
N de casos válidos	33				

Con respecto a la conducta de participación, donde el(la) funcionario(a) manifiesta cooperación, levanta el ánimo de la persona adulta mayor, pide opiniones de los demás y ayuda al(la) usuario(a) a realizar sus actividades cotidianas, el valor de significancia es elevado (de 5.241), según los datos que sustenta la prueba de Ji-cuadrado (Tabla No. 40). Lo anterior que significa que de cada 2 funcionarios(as) que tienen el Síndrome del Burnout, 1 trabajador(a) no presenta la conducta de participación (Tabla No. 39 y 40).

TABLA No. 39

DISTRIBUCIÓN POR RELACIÓN DE OCURRENCIA ENTRE LA CONDUCTA DE PARTICIPACIÓN Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT				
		Participación		Total
		No ocurre	Ocurre	
Síndrome de Burnout	Ausencia	4	11	15
	Presencia	12	6	18
Total		16	17	33

TABLA No. 40
Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Participación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	5,241(b)	1	,022		
Corrección por continuidad(a)	3,762	1	,052		
Razón de verosimilitudes	5,405	1	,020		
Estadístico exacto de Fisher				,037	,025
Asociación lineal por lineal	5,082	1	,024		
N de casos válidos	33				

Como se observa en la tabla No. 41, la relación de ocurrencia entre la conducta de agresividad, la cual significa no expresar sentimientos, ni deseos, rechazar ayuda de los demás, rebajar el status, gritar, manipular de forma brusca, empujando, darle órdenes de mala manera al(la) usuario(a), no se presenta de forma significativa, en funcionarios(as) que tienen el Síndrome de Burnout, ya que su valor obtenido en la prueba de Ji-cuadrado es de 0.435 (Tabla No. 42).

TABLA No. 41

DISTRIBUCIÓN POR RELACIÓN DE OCURRENCIA ENTRE LA CONDUCTA DE AGRESIVIDAD Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT				
		Agresividad		Total
		No ocurre	Ocurre	
Síndrome de Burnout	Ausencia	13	2	15
	Presencia	14	4	18
Total		27	6	33

TABLA No. 42

Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Agresividad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	,435(b)	1	,510		
Corrección por continuidad(a)	,042	1	,837		
Razón de verosimilitudes	,444	1	,505		
Estadístico exacto de Fisher				,665	,423
Asociación lineal por lineal	,421	1	,516		
N de casos válidos	33				

En la tabla No. 43, se puede apreciar que el personal que presenta el Síndrome de Burnout es una proporción elevada de funcionarios(as), quienes no manifiestan conductas de relajación, lo que significa sonreír ante el(la) usuario(a), mostrar tranquilidad ante la tensión y reír a consecuencia de algún suceso o broma.

TABLA No. 43

DISTRIBUCIÓN POR RELACIÓN DE OCURRENCIA ENTRE LA CONDUCTA DE RELAJACIÓN Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT				
		Relajación		Total
		No ocurre	Ocurre	
Síndrome de Burnout	Ausencia	5	10	15
	Presencia	14	4	18
Total		19	14	33

Ante la relación que se muestra entre la presencia del Síndrome de Burnout y la no manifestación de la conducta de relajación en la atención de la persona adulta mayor, se recalca que la prueba de Ji-cuadrado de cada 3 funcionarios(as) que tienen esta patología, 1 no presentará la conducta en mencionada (Tabla No. 44).

TABLA No. 44
Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Relajación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	6,617(b)	1	,010		
Corrección por continuidad(a)	4,922	1	,027		
Razón de verosimilitudes	6,822	1	,009		
Estadístico exacto de Fisher				,015	,013
Asociación lineal por lineal	6,416	1	,011		
N de casos válidos	33				

En cuanto a la conducta de distanciamiento, definida como mostrar impaciencia, aburrimiento, irritación, incapacidad para concentrarse ante el(la) usuario(a) y alejamiento físico de la persona adulta mayor, se mostró que 8 funcionarios(as) que tienen esta enfermedad manifiestan esta conducta ante el(la) adulto(a) mayor (Tabla No. 45). De acuerdo con la prueba de Ji-cuadrado, de cada 2 trabajadores(as) que presentan Síndrome de Burnout, 1 tiene esta conducta ante la persona adulta mayor (Tabla No. 46).

TABLA No. 45

DISTRIBUCIÓN POR RELACIÓN DE OCURRENCIA ENTRE LA CONDUCTA DE DISTANCIAMIENTO Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT				
		Distanciamiento		Total
		No ocurre	Ocurre	
Síndrome de Burnout	Ausencia	11	4	15
	Presencia	8	10	18
Total		19	14	33

TABLA No. 46

Pruebas de Ji-cuadrado: Síndrome de Burnout * Distanciamiento

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	2,795(b)	1	,095		
Corrección por continuidad(a)	1,738	1	,187		
Razón de verosimilitudes	2,859	1	,091		
Estadístico exacto de Fisher				,158	,093
Asociación lineal por lineal	2,711	1	,100		
N de casos válidos	33				

Al finalizar, la presentación de los resultados del registro de presencia o ausencia de las conductas de interacción entre el(la) funcionario(a) con Síndrome de Burnout o sin él y la persona adulta mayor, se concluye que el personal que manifiesta esta enfermedad tiene la probabilidad de presentar u omitir conductas que presten una deficiente o mala atención hacia la población geronte.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Hospital Nacional Psiquiátrico tiene como misión brindar atención integral especializada en salud y enfermedad mental, con calidad, eficiencia y calidez, mediante el desarrollo de programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental para el individuo, la familia y la comunidad dentro del marco del respeto a los derechos humanos (Servicio de Psicología Clínica, 2007).

La visión de esta Institución se centra en formar personal humano en el área de salud mental, mediante un uso racional de los recursos que está dirigido hacia la calidad en la atención integral de los(as) usuarios(as), asimismo se halla vinculado con la investigación, y tiene proyección hacia la red nacional de salud y al servicio comunitario (Servicio de Psicología Clínica, 2007). Las directrices institucionales mencionadas no se cumplen a cabalidad, pues tanto la misión como la visión quedan en el papel, lo cual ha llevado a esta entidad hacia una deficiencia en la calidad de la atención a los(as) usuarios(as).

El panorama institucional lo condicionan múltiples factores del trabajo diario de los(as) funcionarios(as) que trabajan en la atención directa de las personas adultas mayores. González y Domínguez (2000) señalaban que al no guiarse la institución por la misión y visión hacia una calidad de atención a las personas que asisten, no solamente se pone en riesgo a los(as) usuarios(as) de estos servicios,

sino también a los(as) funcionarios(as) que se encuentran inmersos en entidades que no velan por el bienestar de sus trabajadores(as).

Al no existir los recursos necesarios y mínimos en infraestructura, material didáctico y personal que supla adecuadamente la atención de las personas adultas mayores, el ambiente intrahospitalario y el diario vivir dentro de la institución se tornan amenazantes, lo cual pone en riesgo el bienestar de los(as) trabajadores(as); aún cuando estos(as) hayan establecido relaciones adaptativas, su salud mental puede ser alterada en un momento determinado o progresivamente, como lo señalaron Salazar y González (1994).

Los(as) trabajadores(as) proporcionan atención desde diferentes niveles asistenciales y profesionales. Como lo mencionaron Aldaz y Vázquez (1996) “La interacción de dicho personal con el paciente psiquiátrico es el medio por el cual se lleva a cabo, en la mayoría de los casos, el proceso rehabilitador” (pág. 323). Si el personal se encuentra en una situación de riesgo de su propia salud mental, no podrá brindar un servicio de calidad a los(as) demás, por encontrarse enfermos(as).

El personal que sufre del Síndrome de Burnout padece de diversas alteraciones personales, psíquicas, sociales y físicas que repercuten tanto en su vida personal como familiar; por consiguiente, pasa de ser cuidador(a) formal y funcionario(a) a ser una persona que requiere atención, por no encontrarse en las condiciones adecuadas para dar calidad en el trato a la persona adulta mayor.

El estudio mostró que sí existe una relación de probabilidad de que los(as) funcionarios(as) con Síndrome de Burnout manifiesten u omitan conductas que permiten una atención de calidad del(la) trabajador(a) a la persona adulta mayor, tales como el distanciamiento (mostrar impaciencia, aburrimiento, irritación, incapacidad para concentrarse ante el(la) usuario(a) y alejamiento físico de la persona adulta mayor), la ausencia de comportamientos como la relajación (sonreír ante el(la) usuario(a), mostrar tranquilidad ante la tensión y reír a consecuencia de algún suceso o broma) y la participación, donde el(la) trabajador(a) manifiesta cooperación, levanta el ánimo de la persona adulta mayor, pide opiniones de los demás y ayuda al(la) usuario(a).

Lo anterior indica que la interacción entre el(la) trabajador(a) y la población de personas adultas mayores no puede facilitar un proceso rehabilitador al presentarse el Síndrome de Burnout, pues propicia conductas que traen como consecuencia una mala atención a los(as) adultos(as) mayores. La aparición de esta patología en alguna de sus tres fases o en varias (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal) afecta la disposición del personal en el cuidado y atención de los(as) usuarios(as).

Madrigal (2005) en su estudio sobre el “*Síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en la psiquiatría costarricense*” halló que esta enfermedad tiene un perfil femenino: mujeres entre los 30 y 49 años, casadas, con pocos hijos(as) o sin ellos(as) y que se encuentran en los primeros años de trabajo. Estos resultados se reafirman en el presente estudio, debido a que los(as) trabajadores(as) con

Síndrome de Burnout fueron de sexo femenino, casadas, con pocos hijos(as) y se encuentran en los primeros años laborales. Por ello, es necesario brindar un programa de prevención de esta patología.

En 1992, Porras y Pereira concluyeron que existe la necesidad, dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico, de fomentar el conocimiento de sí mismo, el autorrespeto, la autoestima, el prestigio y la estima de los demás, para establecer buenas relaciones interpersonales entre el personal y la población de personas adultas mayores. Asimismo, el ambiente de trabajo donde se desarrolla el personal debe ser constantemente valorado para impedir que factores personales y laborales generen enfermedades que perjudiquen el desempeño del(la) trabajador(a), y en definitiva, la calidad de atención a los(as) usuarios(as).

Al respecto, cada servicio de atención posee sus propios estresores específicos: los derivados de la propia organización (horario, infraestructura, recurso humano, jornada laboral, entre otros). El tipo de entidad donde se trabaja (de gestión pública o privada) marca criterios de funcionamiento y de rentabilidad en la organización laboral, los cuales repercuten en las prioridades establecidas en la labor asistencial y en los objetivos de intervención asumidos.

González y Domínguez (2000) comentan acerca de la influencia de numerosos factores en la calidad de atención que brindan los(as) funcionarios(as) a las personas adultas mayores: el número de personal de base por usuario(a) atendido(a), la cobertura profesional en horas de mayor demanda de atención y

nivel de cuidados, actividades y programas desarrollados, implicación y funciones pautadas al personal a lo largo de la jornada laboral, oferta de formación especializada, transmisión de información, existencia de equipo interdisciplinario. Todo ello repercute, de forma directa, en la percepción que tiene el o la funcionaria en cuanto a sobrecarga de tareas, motivación, clima laboral o grado de satisfacción.

En el 2005, De la Cuesta presentó, en Madrid, España, un informe sobre *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*, donde manifiesta su preocupación por el aumento del maltrato a personas adultas mayores tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

El maltrato de mayores que se da, por lo general, en un entorno bien familiar o institucional, abarca así una pluralidad de situaciones de maltrato físico, psicológico o emocional, sexual, de abuso o explotación económica e influencias indebidas, e incluye todo tipo de negligencias, situaciones de abandono o hasta de autoabandono que, intencional o imprudentemente, acaban produciendo daños o sufrimientos a los mayores (De la Cuesta, 2005: 200).

En su estudio, De la Cuesta señaló que el maltrato producido en el ámbito institucional ha sido menos estudiado que el agravio en el entorno familiar; sus manifestaciones principales son: no suministrar adecuadamente los

medicamentos, mantener condiciones ambientales no apropiadas, pronunciar comentarios inadecuados o hirientes, no permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad...), aplicar restricciones físicas y de salida, no tener en cuenta las barreras arquitectónicas, no proporcionar lecturas, distracciones y actividades.

Las condiciones mencionadas caen, según De la Cuesta (2005), en un auténtico abuso institucional, a través de prácticas autoritarias y normas abusivas, las cuales se traducen en actitudes no respetuosas de la autonomía de los sujetos en la institución y en la pérdida de la individualidad, infantilización, poca o nula intimidad y victimización.

De la Cuesta señaló que se conoce la existencia de una relación de maltrato hacia la persona adulta mayor y la presencia en el(la) funcionario(a) del llamado Síndrome del(la) Cuidador(a), el cual le produce a quien cuida, un proceso de distanciamiento y cosificación de la persona adulta mayor, “el cuidador asume así su tarea como algo exclusivamente obligado desprovisto del elemento de relación humana, lo que le permite reducir su sufrimiento, pero facilita la aparición del maltrato” (pág. 205).

Este autor indica que lo anterior es más frecuente en el marco institucional y el maltrato físico, es causado por personal no profesional, de 25 a 35 años de edad, con escasa motivación y preparación, y pobreza de recursos para hacer frente a su labor. Por su parte, en relación con el maltrato psicológico, parece mayor la importancia de déficits culturales que llevan a posiciones de falso paternalismo

exagerado del(la) cuidador(a) hacia la persona mayor, vista como alguien que va a morir y hay que hacérselo todo o como un(a) niño(a) a quien se necesita reeducar, lo cual pretendidamente justificaría la aplicación de medidas o respuestas restrictivas.

Como resultado de esta investigación, se recalca que el personal con Síndrome de Burnout manifiesta conductas de distanciamiento, poca relajación y participación en la forma de atender al(la) adulto(a) mayor, lo que puede conducirlo, como lo señaló De la Cuesta, a maltratarlo, sea consciente o no, su forma de actuar.

Mace y Rabins (2004) comentaban que el *“bienestar del enfermo depende directamente de nuestro propio bienestar”* (pág. 325) de la comodidad que tenga el personal. Igualmente, hacen énfasis en que es esencial encontrar la manera de cuidarse cuando se atiende a personas adultas mayores para no caer en el Síndrome del Quemado.

Es importante señalar que, aunque el(la) trabajador(a) sea un(a) profesional, no elimina el riesgo de padecer del Síndrome del(la) Cuidador(a); al igual que cualquier otro(a) funcionario(a), puede presentar esta patología y cometer violaciones contra los derechos humanos de las personas adultas mayores.

La calidad de atención, dependiendo de donde provenga, posee diferentes significados. Al hablar de calidad en la asistencia de salud, se deben tomar en consideración elementos como: disponibilidad del servicio, buena aceptación,

relación usuario(a)-proveedor(a) aceptable y altos estándares de calidad, entre otros.

Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte (2001) refieren que un sistema de calidad de atención tiene como principios:

1. Intimidad: respeto a la persona como ser humano y a reservarse sus asuntos personales.
2. Dignidad: atender a la persona como un ser humano con derechos.
3. Autonomía: fomentar la independencia de la persona a través de la realización de actividades cotidianas por sí misma.
4. Elección: permitir la escogencia de sus decisiones, comportamiento, siempre y cuando no atente contra su integridad como persona ni de otro sujeto.
5. Derechos: incentivar, en el ser humano, el respeto a la integridad como persona.
6. Satisfacción: cubrir las necesidades que requiere y solicita la persona atendida.

La investigación realizada mostró que para que los Servicios de Psicogeriatrías posean un sistema de calidad de atención, además de propiciar el bienestar del personal, deben contar con los seis principios anteriormente mencionados, lo cual no se da en esta instancia hospitalaria, porque se carece de algunos de los elementos principales de este sistema, tales como: política de ingresos y egresos, proporción personal-usuarios(as), programación sistematizada de actividades,

falta de formación profesional para atender a esta población, carencia de recursos humanos y materiales, inexistencia de sentimiento de trabajo en equipo y falta de respeto a los derechos humanos de las personas adultas mayores. Al carecerse de la instrumentación y de los procedimientos necesarios para brindar un sistema eficiente de atención, los tipos de servicios que se ofrezcan a los(as) usuarios(as) no serán los más adecuados.

El medio laboral condicionará la frecuencia, intensidad y tipo de interacción que el personal establezca con la persona adulta mayor. Los criterios directivos en cuanto a la flexibilidad o rigidez en la normativa respecto a la persona adulta mayor pueden generar áreas de participación o conflicto en la interacción entre el(la) trabajador y los(as) adultos(as) mayores. Por tanto, será necesario definir, desde la organización, aspectos relevantes como horarios de visitas, de estancia y acceso a diferentes zonas, implantación de programas de participación familiar, tipo y cantidad de información por transmitir. Los programas, procedimientos y normativas por seguir dentro de la institución, donde interaccionan entre la persona adulta mayor y el(la) trabajador(a), deben dirigirse hacia una atención eficiente y cálida, fundamentada en los derechos humanos de la población adulta mayor.

Chavés, Fernández y Prendas (2001) expresan que el personal, ante estos criterios, puede realizar demandas que se convierten en fuentes de estrés para los(as) trabajadores(as) (intromisión en las tareas, críticas injustificadas, aumento de demandas, exigencias inapropiadas) o; por el contrario, en una fuente de

colaboración (complemento de cuidados, transmisión de información viable, apoyo social).

Dueñas, Martínez, Morales, Viáfara y Herrera (2006) comentaban que se puede afirmar que existe una variabilidad de fuentes de estrés en función de cada categoría profesional y que los(as) funcionarios(as) de base se encuentran sometidos a ciertos estresores diferenciales, tales como: comunicación distorsionada de los jefes hacia los(as) trabajadores(as), las actividades que realizan son poco gratificantes en sí mismas, se encuentran sometidos a diferentes supervisiones o valoraciones, poca participación en las decisiones, no existen posibilidades de promoción, bajo nivel de formación especializada, no suelen trabajar con objetivos propios.

La relación del personal asistencial con los(as) usuarios(as) puede producir estrés laboral manifestado en irritabilidad, baja efectividad, baja tolerancia a la presión o sintomatología depresiva (Fernández, 1982). Asimismo, el Síndrome de Burnout supone una disminución de la calidad de vida de los(as) funcionarios(as) afectados(as), lo que conlleva un deterioro de las organizaciones donde realizan sus funciones y, por tanto, baja la calidad de los servicios ofrecidos por esas instituciones.

La desmotivación puede explicarse por medio de variables que proceden de la propia organización y otras de tipo personal-profesional. La propia estructura de la organización es responsable de la escasa integración del(la) funcionario(a) en la

dinámica de trabajo, la existencia de una coordinación excesivamente vertical, una confusa definición de objetivos, la escasez de personal técnico y una selección poco rigurosa en cuanto al tipo de actitudes y nivel de formación (Durante y Hernando, 1989).

El Síndrome de Burnout en los(as) funcionarios(as) presenta una sintomatología múltiple. Entre las áreas más afectadas están: la física, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares. En lo psicológico: depresión, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad. En el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento. En el área laboral: ausentismo y desinterés por el trabajo, entre otros. Todas estas alteraciones, según Nisebe (2005), repercuten en la vida de la persona y pueden llevarla a una situación en la que deberá que dejar de ejercer su papel de cuidador(a).

Por lo tanto, el Síndrome de Burnout es una de las patologías más preocupantes del futuro inmediato y consiste en el “derrumbamiento psicosomático de la persona, sobre la que recaen los cuidados al sentirse hiperresponsable del paciente” (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid, 2001: 6).

Según el estudio efectuado en cuanto a la población de funcionarios(as) que presentan un nivel alto en los factores que conforman el Síndrome del Burnout, se encuentra que 10 mujeres y 2 hombres manifiestan cansancio emocional, 6 funcionarias y 3 funcionarios despersonalización y 4 trabajadoras y 1 trabajador

baja realización personal. En cuatro mujeres, se manifiesta un alto nivel en los factores de cansancio emocional y despersonalización de forma simultánea.

Los datos anteriores son alarmantes, ya que de la población investigada, 33 trabajadores(as), 20 mujeres y 6 hombres se encuentran en alguna fase del Síndrome de Burnout. De esta muestra, cuatro mujeres se hallan en dos fases y los restantes en una. Más de la mitad de los(as) funcionarios(as) con esta patología atiende personas adultas mayores y la presencia de esta enfermedad provoca una relación de distanciamiento, poca participación y atención agresiva del(la) funcionario(a) hacia la persona adulta mayor. Esto se halla aunado a la carencia de programas, falta de personal, recursos humanos, proporción entre funcionarios(as) y población longeva, falta de apoyo de las jerarquías, infraestructura inadecuada, carencia de espacios físicos para las diversas disciplinas y violación de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

Malla (2001) señala la existencia de otros aspectos personales y de capacitación profesional que tienen un efecto mediador en la experiencia de estrés y amortiguan o potencian las consecuencias de los estresores potenciales; por ejemplo: el manejo de conductas problema, la comunicación o diferentes sucesos vitales como: muerte de algún(a) hijo(a), cónyuge o padres que, a veces, requieren un ajuste personal en su estilo de vida y pueden repercutir en su actuación profesional.

En este análisis, se ha puesto de manifiesto la existencia de diferentes variables que pueden interferir en la calidad asistencial. Se ha señalado cómo el personal de atención directa, en ocasiones, se encuentra desmotivado por causas derivadas de la relación con el(la) usuario(a) o con la entidad donde trabaja. Gracia (2000) explica que estas fuentes de estrés contribuyen a un bajo nivel de su competencia profesional. Por tanto, queda implícita la necesidad de realizar una intervención gerontológica a nivel preventivo y rehabilitativo que repercuta en los diferentes niveles implicados y factores responsables.

González y Domínguez (2000) mencionan que los programas de intervención deben contemplar un proceso global de actuación que comienza en la definición operativa de un perfil profesiográfico de los(as) trabajadores(as) por seleccionar. El perfil de usuario(a) al que se atiende, las necesidades detectadas y el contexto laboral condicionarán las variables por valorar.

En el proceso de selección de personal, es necesario establecer un perfil óptimo en cuanto a aptitudes, actitudes y motivación hacia el trabajo con personas adultas mayores.

Hasta el momento, en muchos casos, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, no se ha exigido una buena selección de personal e, incluso, en ciertos ámbitos laborales, por condicionantes administrativos, se ha reciclado y promocionado a ciertas categorías profesionales, lo cual produce un cambio cualitativo en sus funciones y con consecuencias difíciles de evaluar. En la actualidad, se debe

asumir la responsabilidad de conocer las necesidades asistenciales de base para poder definir las variables por seleccionar.

Un aspecto importante por considerar en la selección del personal es el conocimiento que posee el(la) trabajador(a) que se contrata, ya que la falta de preparación técnica o académica influye en la manifestación de una mala atención a los(as) usuarios(as). La escasa formación en Geriátrica y Gerontología propicia la prestación de un servicio de poca calidad, pues al carecerse de conocimientos básicos de estas disciplinas, se pierde la producción de efectos positivos para conseguir el objetivo general de una intervención gerontológica: fomentar la autonomía e independencia de la persona adulta mayor.

Cada vez son más los esfuerzos, desde diferentes puntos de la administración y empresas privadas, por facilitar cursos de formación para solventar este déficit detectado. Montorio e Izal (2000) señalaron que la formación del personal de atención a la persona adulta mayor, generalmente, suele centrarse en conocimientos sobre cuidado físico, al mismo tiempo que su formación y experiencia en el conocimiento y manejo de aspectos comportamentales suele ser muy escasa.

La formación cumple un papel importante no solo para transmitir conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, sino para constituir un instrumento útil que mejore situaciones de difícil afrontamiento profesional y, sobre todo, contribuir a un cambio de actitudes negativas que mantienen muchos de los(as) trabajadores(as)

que laboran en la atención directa y condicionan sus objetivos de actuación profesional (Durante y Hernando, 1989).

La asistencia a cursos de formación es un elemento motivador en sí mismo, además debe suponer un punto de encuentro, de discusión y reflexión sobre el trabajo diario. Este efecto motivador y de cambio puede potenciarse facilitando la participación del personal en la selección de ciertos temas. La programación debe elaborarse con base en las áreas de conflicto, de desconocimiento, características específicas del grupo, del ámbito asistencial y de la población objeto de la asistencia. Se trata, en definitiva, de realizar una formación ajustada a las necesidades reales del colectivo al que se dirige, lo cual permite aumentar su nivel de competencia y reducir su insatisfacción laboral.

Nisebe (2005) refiere que otro aspecto por retomar es la baja participación en los equipos interdisciplinarios, efecto que desmotiva, en ocasiones, al personal. Es cierto que en la nueva filosofía de los centros asistenciales se está potenciando el trabajo en equipo, como forma eficaz de aportar soluciones a las diferentes necesidades y problemáticas que padece la persona adulta mayor. Sin embargo, la implicación de todas las categorías profesionales no parece ocurrir con la misma fluidez.

Existen ciertos factores que pueden estar influyendo en esta escasa integración de la figura del(la) trabajador(a) en los equipos de trabajo, es la categoría más numerosa, tradicionalmente ligada al área sanitaria, con menor formación

especializada que demanda información sobre aspectos orgánicos, psicológicos, sociales y familiares, necesarios para la puesta en práctica de múltiples programas diseñados por otros profesionales.

Para resolver esta situación, se debe definir; en primer lugar, cuáles serán los canales de comunicación por establecer entre la propia categoría que les permita recibir y transmitir la información de forma fidedigna y participar en la toma de decisiones de equipo a través de su representación. En segundo lugar, se debe clarificar cuál es la información relevante sobre los aspectos sociales, psicológicos, orgánicos y funcionales que hay que transmitir al(la) trabajador(a) para facilitar el desempeño de su trabajo.

La intervención al Síndrome del Burnout se puede realizar desde la Gerontología Conductual, disciplina que estudia la aplicación de los principios de la Psicología científica a la solución de problemas del envejecimiento (Montorio, 1995 citado por Leturia y Yanguas, 2001), no solo para la intervención individual, sino también en la planificación, en la organización, en la implementación de planes de intervención y en la evaluación de programas o, de manera más específica, en la optimización de los procesos de adaptación en residencias, manejo de trastornos de comportamiento de alta prevalencia en estos centros, entre otros.

Esta disciplina y el plan de intervención se basan en el carácter interdisciplinar y de complementariedad entre las diferentes disciplinas implicadas. En los equipos de trabajo, el modelo psicosocial se complementa con las aportaciones que la

Gerontología Conductual ofrece para el diseño ambiental, la atención y tratamientos, entre otros, con una población que presenta una alta prevalencia de situaciones de dependencia (Valdés, Flórez, Martínez y Flórez, 2003). Centrarse en trabajar en la prevención y rehabilitación del Síndrome de Burnout está mejorando no solamente la calidad de vida de los(as) trabajadores(as) que atienden a la población adulta mayor, sino que también está beneficiando a las personas adultas mayores al tener profesionales y cuidadores(as) satisfechos con su labor y con salud mental.

La detección temprana del Síndrome de Burnout permite la intervención del equipo de salud en la preservación de la salud del cuidador, al identificar sus necesidades concretas. De esta manera, se vela por la salud del(la) adulto(a) mayor e, incluso, se optimiza la labor del equipo que lo atiende (Nisebe, 2005).

6. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones surgidas de los resultados obtenidos y la discusión teórica planteada anteriormente.

- ✎ La población de funcionarios(as) de las Psicogeriatrías con que contaba los Pabellones No. 6 durante la aplicación del estudio, se caracterizaba por ser trabajadores(as) provenientes principalmente de San José, prioritariamente de sexo femenino, con un promedio de escolaridad de secundaria completa, casadas o con pareja, con un ingreso mensual base de 250.000 colones, con un rango de edad de 18 a 58 años y con un periodo de servicio dentro de la institución de 2 meses a 34 años.
- ✎ El estudio realizado brindó datos alarmantes acerca de la incidencia del Síndrome de Burnout, pues de 33 funcionarios(as), 18 se encuentran en alguna de las fases de esta patología y 4 trabajadoras en dos de las etapas de forma simultánea.
- ✎ Las variables sociodemográficos del personal que tiene el Síndrome de Burnout, tener pareja, ser casado(a), tener hijos(as) y ser de sexo femenino, son aspectos de vulnerabilidad en la incidencia de esta patología, según esta investigación y otros estudios en esta temática.

- ✎ Numerosos factores (el número de personal de base por usuario(a) atendido(a), la cobertura profesional en horas de mayor demanda de atención y nivel de cuidados, actividades y programas desarrollados, implicación y funciones pautadas al personal a lo largo de la jornada laboral, oferta de formación especializada, transmisión de información, existencia de equipo interdisciplinario) influyen en la calidad de atención que brindan los(as) funcionarios(as) a las personas adultas mayores, lo cual repercute de forma directa en la percepción que tiene el o la funcionaria en cuanto a sobrecarga de tareas, motivación, clima laboral o grado de satisfacción.

- ✎ El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que no solamente afecta al(la) funcionario(a) que lo presenta a nivel personal y profesional, pues también altera la calidad de atención brindada por el(la) trabajador(a) de los Pabellones No. 6 a la persona adulta mayor y a la organización donde labora.

- ✎ La incidencia del Síndrome de Burnout en funcionarios(as) que laboran con la población adulta mayor de las Psicogeriatrías genera la probabilidad de presencia de conductas como poca colaboración al(la) usuario(a), intranquilidad ante la tensión, irritabilidad, aburrimiento o impaciencia que afectan la calidad de atención de la persona adulta mayor.

- ✎ El trabajo de prevención y rehabilitación del Síndrome de Burnout mejora no solamente la calidad de vida de los(as) trabajadores(as) que atienden a la población de personas adultas mayores, sino que también esté beneficia a los(as) adultos(as) mayores al tener profesionales y cuidadores(as) satisfechos(as) con su labor y con salud mental.

- ✎ Al carecerse de algunos de los aspectos que deben estar presentes en un sistema de calidad de atención como: una política de ingreso y egreso clara; una proporción de personal-usuarios(as) adecuada; programación de actividades tanto para la población adulta mayor, familia y personal; formación especializada en Gerontología y Geriatria para los(as) trabajadores(as); falta de recursos materiales y respeto por los derechos humanos de la persona adulta mayor; los(as) funcionarios(as) serán más propensos a padecer síntomas del Síndrome de Burnout y dar, ante su manifestación, una atención deficiente a los(as) adultos(as) mayores.

- ✎ Los resultados obtenidos muestran la necesidad de ofrecer formación básica técnica y académica en Gerontología y Geriatria a todo el personal que atiende a las personas adultas mayores, para mejorar la calidad de atención brindada a esta población, pues la estrategia de intervención formativa y educativa hacia los(as) funcionarios(as) tiene la finalidad de generar el interés de los(as) trabajadores(as) en la incrementación de un sistema de calidad de atención hacia los(as) adultos(as) mayores, en principios de autonomía e independencia.

- ✎ La formación cumple un papel importante no sólo para transmitir conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, sino para constituir un instrumento útil que mejore situaciones de difícil afrontamiento profesional y, sobre todo, contribuir a un cambio de actitudes negativas que condicionan objetivos de actuación profesional de muchos(as) trabajadores(as).

- ✎ Ante la patología del Síndrome de Burnout y la probabilidad de que la presencia de esta enfermedad afecte la calidad de atención a la población adulta mayor, se torna necesario que a través de la Gerontología como disciplina que busca la planificación, organización, implementación de planes de intervención y evaluación de éstos, se le brinde al personal herramientas que le permita tener un envejecimiento activo y propiciar una atención del(la) funcionario(a) a la persona adulta mayor de calidad.

7. RECOMENDACIONES

En este apartado, se brindan algunas recomendaciones surgidas del proceso de investigación de forma segmentada; es decir, a la Maestría Interdisciplinaria en Gerontología, al Hospital Nacional Psiquiátrico y al Servicio de Psicología Clínica.

7.1 Maestría Interdisciplinaria en Gerontología de la Universidad de Costa Rica

- ✎ Incorporar dentro del plan de estudios o en algún curso teórico-práctico las siguientes temáticas: conocimientos académicos y prácticos acerca del Síndrome de Burnout, abordaje a personas adultas mayores con discapacidad mental y herramientas para los(as) cuidadores(as) que atienden a esta población.
- ✎ Impulsar la especialidad y la capacitación de los(as) profesionales que atienden a las personas adultas mayores, para fomentar la calidad de atención a la población adulta mayor.
- ✎ Fomentar la realización de nuevas investigaciones acerca del Síndrome de Burnout y cómo esta patología puede perjudicar la relación entre el(la) funcionario(a) y la persona adulta mayor.

7.2 Hospital Nacional Psiquiátrico

- ✎ Brindar información a los(as) funcionarios(as) y estudiantes del área de la salud sobre qué es el Síndrome de Burnout, sus implicaciones laborales y repercusiones en su bienestar integral, para concientizar acerca de las consecuencias que puede traer esta patología.

- ✎ Implementar la utilización del MBI como instrumento para detectar tempranamente el síndrome en el personal recién incorporado, igualmente en los(as) funcionarios(as) antiguos(as) y estudiantes como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica.

- ✎ Diseñar programas de promoción, prevención y rehabilitación del Síndrome de Burnout, inicialmente para los(as) trabajadores(as) de las Psicogeriatrías y, posteriormente, para todos(as) los(as) funcionarios(as) de este centro de salud mental.

- ✎ Elevar los resultados a las autoridades gerenciales de la Caja Costarricense del Seguro Social, con el objeto de que se incluyan, en el presupuesto, rubros para incentivar de la investigación y los programas de prevención del Síndrome de Burnout.

- ✎ Brindar a los(as) funcionarios(as) un espacio donde expresen sus temores, inquietudes y todas aquellas situaciones que le generen estrés y ansiedad.

- ✎ Capacitar a los(as) trabajadores(as) en aspectos técnicos, de conocimiento y procedimientos destinados a mejorar la calidad de atención a las personas adultas mayores.

- ✎ Brindar apoyo técnico y académico a los(as) trabajadores(as) de las Psicogeriatrías para que no se vean involucrados(as) en situaciones de abuso por negligencia, por la sobrecarga que mantengan.

7.3 Servicio de Psicología Clínica

- ✎ Fomentar la creación de una Oficina de Asuntos Laborales con profesionales capacitados académicamente en el área de la Gerontología, Ingeniería Industrial, Psicología de la Salud, Clínica y Organizacional, para incentivar la promoción y el bienestar de los(as) trabajadores(as).

- ✎ Incentivar la contratación de profesionales capacitados académicamente en el área de la Psicogeriatría y Gerontología, para atender la población de personas adultas mayores del Hospital Nacional Psiquiátrico.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aldaz, J.; Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. España: Editorial Siglo Veintiuno.
- Anguera, M. (1989). *Metodología de la Observación en las Ciencias Humanas*. Madrid, España: Editorial Cátedra.
- Araya G., E. y Víquez A., R. (2003). *Programa de capacitación en el autocuidado dirigido a usuarios (as) y cuidadores para la atención de la persona adulta mayor; Hogar para ancianos misión reina de los Ángeles*. Informe Final de la Práctica Dirigida de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.
- Barberena, Á. (2006). Las Tendencias Demográficas y el Desarrollo. (On Line) Extraído el 8 de abril, 2006 desde <http://www.ladb.unm.edu/econ/content/obsereco/2006/august/demografic.html>
- Berk, K.; Carey, P. (2000). *Análisis de datos con Microsoft Excel. Actualizado para Office 2000*. México: Thomson Learning.
- Blanco S., C. (1998). *El Hospital Nacional Psiquiátrico. Una visión actual*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia de Escuela de Ciencias Exactas. Administración de Servicios de Salud.
- Caja Costarricense del Seguro Social (1997). *Derechos Humanos de las Personas con Enfermedad Mental en el Sistema de Salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Castro V., A.; Morales G., M. (1997). *Propuesta de un manual para la capacitación de técnicas de modificación de conducta para el personal técnico y profesional que labora con pacientes institucionalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Tesis de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.
- Chavés, C.; Fernández, K.; Prendas, E. (2001). *Programa de capacitación y acompañamiento al (la) cuidador (a) de personas adultas mayores atendidas en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Informe Final de Práctica Dirigida de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

- Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid (2001). El cuidador: Elemento imprescindible en la hospitalización domiciliaria. (On Line) Extraído el 10 de agosto, 2006 desde <http://www.tribunasanitaria.com>
- D' Mézerville, Gastón (2004). *Ejes de salud mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto, y adaptación al estrés*. México: Editorial Trillas.
- De la Cuesta A., J. (2005). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Madrid, España: Instituto Vasco de Criminología.
- Dueñas, E.; Martínez, M.; Morales, B.; Muñoz, C.; Viáfara, A.; Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. En: *Revista Colombia Médica*. Vol. 37. N° 2. Págs. 31-38.
- Durante, P.; Hernando, A. (1989). Formación de personal y calidad asistencial. En: *Revista Española de Geriátria y Gerontología* Vol. 24. N° 2. Págs. 141-145.
- Farkas, M. (1996). Avances en Rehabilitación Psiquiátrica. Una Perspectiva Norteamericana. En: *J. A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.
- Fernández, F. (1982). *Compendio de Psiquiatría*. Madrid, España: Editorial Oteo.
- Fernández, R. (2000). La gerontología positiva. En: *Revista Mult. Gerontológica*. Vol. 10, N° 3. Págs. 143-145.
- Gómez R., M.; González V., F. (2004). El cuidador del paciente con demencia: Aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. En: *Revista Geriátrika*. Vol. 39, N° 3. Págs. 154-159.
- González A., E.; Domínguez LI. (2000). Factores que inciden en la actuación profesional con personas mayores. (On Line) Extraído el 10 de agosto, 2006 desde <http://www.redalyc.uaemex.mx>
- Gracia, D. (2000). *Calidad y excelencia en el cuidado de la salud*. Santiago de Chile: Editorial Lolos F.
- Hernández S., R.; Fernández C., C.; Baptista L., P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw-Hill.
- Hidalgo G., J. (2001). *El envejecimiento: Aspectos sociales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

- Illera R., D. (2006). Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas, resultado de algunos estudios en Popayán. (On Line) Extraído el 8 de abril, 2006 desde <http://www.dillera@unicauca.edu.co>
- Jara M., M. (2004). *Intervención Cognitivo, Conductual, Emocional en los Pabellones 6 de Psicogeriatría del Hospital Nacional Psiquiátrico*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Informe Final de la Práctica Dirigida.
- Jaramillo A., J. (1998). *Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Lara P., L.; Díaz D., M.; Herrera C., E.; Silveira H., P. (2001). Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. (On Line) Extraído el 12 de junio, 2006 desde <http://www.ecimed@infomed.sid.cu>
- León M., M.; Vargas H., T. (1995). *Aplicación de un paquete de técnicas conductuales, para la reducción de la conducta tímida en niños y niñas, por medio de la participación de padres, madres y maestras como mediadores*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.
- Leturia A., F.J., Yanguas L., J.J. (1999). *Las personas mayores dependientes y la complementación sociosanitaria: Un reto de futuro. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales.
- Leturia A., F.J.; Yanguas L., J.J. (2001). Intervenciones psicosociales y comportamentales con personas mayores en recursos sociosanitarios. (On Line) Extraído el 12 de junio, 2006 desde <http://www.matiáf.net/profesionales/articulos>
- Leturia A., F.J.; Yanguas L., J.J.; Arriola M., E.; Uriarte M., A. (2001). *La valoración de las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid, España: Editorial Caritas.
- Mace, N.; Rabins, P. (2004). *El día de 36 horas. Una guía práctica para las familias y cuidadores de enfermos de Alzheimer, otras demencias seniles y pérdida de memoria*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Madrigal S., M. (2005). *Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en la Psiquiatría Costarricense*. Sistema de Estudios de Posgrado CENDEISSS-CCSS: Unidad de Posgrado en Psiquiatría, Hospital Nacional Psiquiátrico para optar a la especialidad en Psiquiatría.

- Malla, R. (2001). *El cuidado del cuidador. Prevención del quemamiento e intervenciones. Necesidades psicosociales en la terminalidad*. España: Editorial Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Maslach, C., Jackson, E. (1997). *Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del Quemado por estrés Laboral Asistencial*. Madrid, España: TEA.
- Montorio, I.; Izal, M. (2000). *Intervención psicológica en la vejez: Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Morice C., M. (1997). *Pabellones de Psicogeriatría del Hospital Nacional Psiquiátrico: Diagnóstico, Análisis y Necesidades de una Población*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología para optar al grado de Magíster Scientiae.
- Muñoz T., J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Nisebe, M. (2005). Síndrome del Cuidador: Cuando atender enfermos enferma. (On Line) Extraído el 10 de agosto, 2006 desde <http://www.clarin.com>
- Olivares R., J.; Méndez C., F. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.
- Peinado P., A.; Garcés de los Fayos, E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. En: *Revista Anales de Psicología Vol. 14, Núm. 1*. Págs. 83-93.
- Peón S., M. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el "Síndrome del cuidador". En: *Revista Enfermería Científica Núm. 264-265. Marzo-Abril*. Págs. 16-22.
- Porras A., M.; Pereira S., M. (1992). *Programa de Salud Mental para el Personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Informe de la Práctica Dirigida de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Enfermería.
- Qualls, S. H. (1988) Problems in families with older adults. En: N. Epstein, S.E.; Schlesinger y W. Dryden (Eds). *Cognitive-behavioral therapy with families*. Nueva Cork: Brunner/Mazel Publishers.
- Quesada R., K. (2002) *Intervención Psicológica en las Áreas de Consulta Ambulatoria y Pabellones 4 de Larga Estancia en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Informe Final de la Práctica Dirigida.

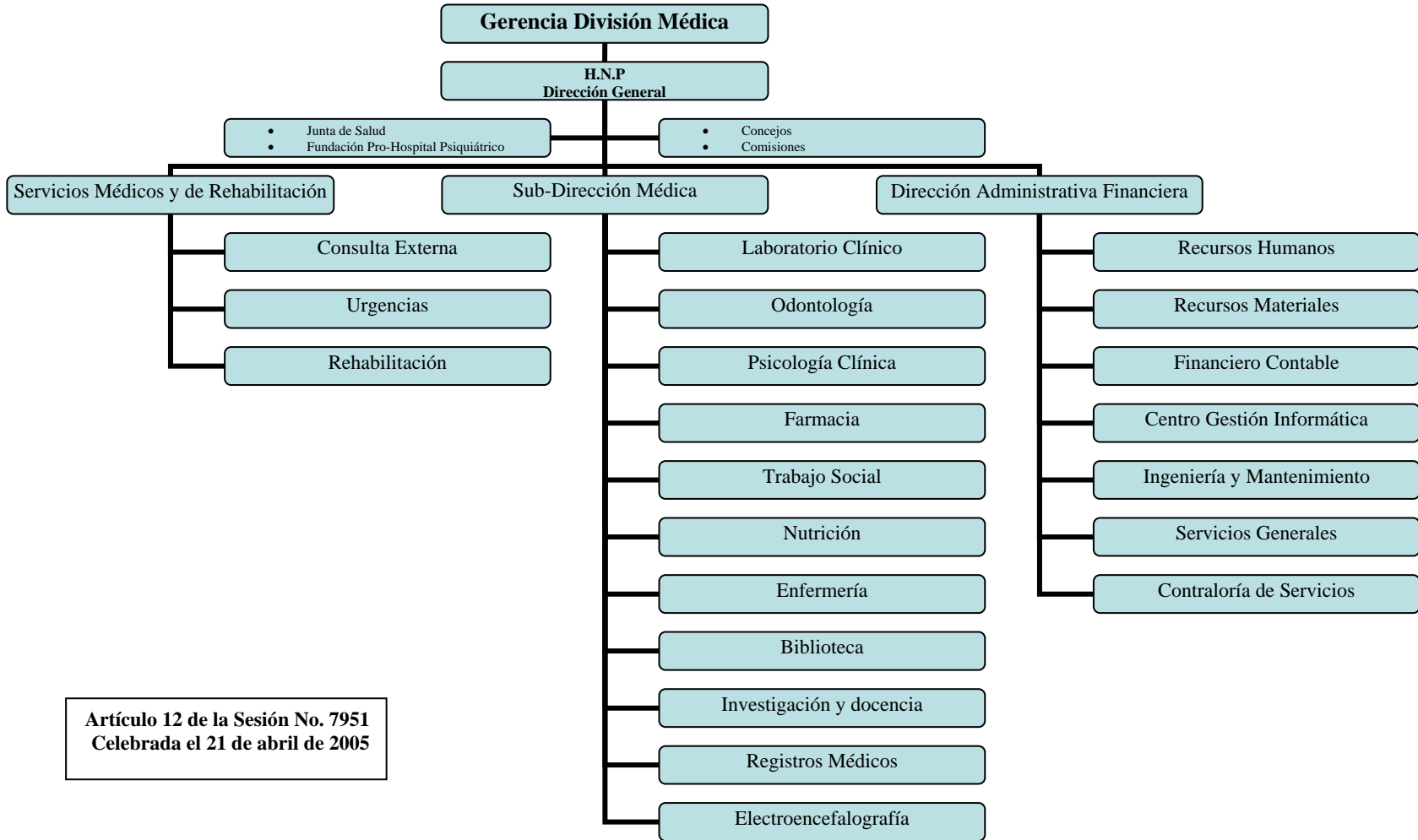
- Rimm, D.C., Masters, J.C. (1980). *Terapia de Conducta: Técnicas y hallazgos experimentales*. México: Editorial Trillas.
- Rodríguez J., M. (1991). *Reseña Histórica: Hospital Nacional Psiquiátrico: Manuel Antonio Chapuí y Torres*. Documento Inédito.
- Rodríguez R., Morales, J., Encinas, J., Trujillo, Z., D'Hyver, C. (2000). *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Salazar M., F.; González O., J. (1994). *Factores que influyen en el nivel de salud mental del personal profesional en Enfermería que labora en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica: Tesis para optar al grado de Licenciatura en Enfermería.
- Sarason, I., Sarason B. (1996). *Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada*. México: Editorial Prentice Hall.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: Diputación Provincial de Málaga (2005). Síndrome del Cuidador: Medidas Preventivas. (On Line) Extraído el 14 de julio, 2007 desde <http://www.dpm-prevencion.org/publisalud>
- Servicio de Psicología Clínica (2007). *Plan Anual Operativo*. Período 2006. Hospital Nacional Psiquiátrico.
- Turnes, A. (2002). El Síndrome de Desgaste Profesional. La salud mental, el médico y los profesionales de la salud. (On Line) Extraído el 10 de agosto, 2006 desde <http://www.smu.org.uy/eldiariomedico>.
- Trucco B., M. (2004). Ética y calidad en la atención médica y psiquiátrica. En: *Revista Neuro-Psiquiátrica Volumen 42, Número 2. Abril*. Págs. 81-87.
- Valdés, C.A.; Flórez, J.A.; Martínez, P.C.; Flórez, I. (2003). La modificación de conducta y su aplicación en el enfermo de Alzheimer. En: *Revista Geriátrica No. 19*. Págs. 137-148.
- Vázquez, F. (2004). La modificación de conducta en la actualidad: Una realidad compleja. En: *Psicología Conductual, Vol. 12, No. 2*. Págs. 269-288.
- Yanguas J., J.; Leturia F., J.; Leturia, M.; Uriarte, A. (1998). *Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico*. Madrid, España: Editorial Caritas.

ANEXOS

ANEXO A:
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**



ANEXO B:
CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA
INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
 Sistemas de Estudios de Posgrado
 Maestría Interdisciplinaria en Gerontología

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOPIACIÓN DE LOS DATOS DE INVESTIGACIÓN*

El presente formulario es un requisito del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para obtener la información deseada para la investigación propuesta sobre el **“Análisis de la relación del índice de incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los funcionarios que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico”**. Este estudio será realizado como requisito de graduación al grado de Maestría Interdisciplinaria Académica en Gerontología, efectuada por **Marisol Jara Madrigal**.

Esta investigación busca conocer cuál es el grado de prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal que labora con personas adultas mayores, para plantear un precedente acerca de este tema dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico, para futuros estudios de esta temática.

Sí acepta participar en este estudio, se le realizará la aplicación de dos instrumentos, los cuales son:

- ✎ **El Inventario Burnout de Maslach y Jackson**
- ✎ **El Cuestionario sociodemográfico y aspectos laborales de los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores con trastorno mental**
- ✎ **Registro observacional de conductas de interacción entre funcionarios(as) y la persona adulta mayor**

Ambos instrumentos serán autoadministrados (por usted mismo(a)), pero sí desea que la investigadora lo llene con su consentimiento, se realizará la aplicación. Al llenar los datos solicitados la persona que lo haga **no tendrá ningún tipo de riesgo ni perjuicio**, además que la información obtenida es **anónima y confidencial**. Al participar usted realizará un aporte social e institucional enorme, por medio de este estudio permitirá tener datos para continuar con nuevas investigaciones.

Puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en estudios de investigación a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 207-4201 o 207-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Su participación en este estudio es voluntaria y tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento. **No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.**

CONSENTIMIENTO

Yo, _____, cédula _____, he leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Fecha _____ Firma _____
Marisol Jara Madrigal 109990220 _____
 Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita el consentimiento

* Elaborado por Marisol Jara Madrigal, Psicóloga. (2007)

ANEXO C:

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y
ASPECTOS LABORALES DE LOS(AS) FUNCIONARIOS(AS)
QUE LABORAN CON PERSONAS ADULTAS MAYORES
CON TRASTORNO MENTAL

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
 Sistemas de Estudios de Posgrado
 Maestría Interdisciplinaria en Gerontología

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA LOS(AS) FUNCIONARIOS(AS) QUE
 LABORAN CON PERSONAS ADULTAS MAYORES***

Las preguntas de este cuestionario hacen referencia a datos sociodemográficos, para obtener información de interés para el estudio sobre el **“Análisis de la relación del índice de incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico”**. La información brindada es confidencial y anónima (no escriba su nombre).

Parte I

Datos de identificación

1. Sexo Masculino Femenino
2. Edad:
3. Lugar de residencia
4. Nivel de Escolaridad

<input type="checkbox"/> Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/> Primaria Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/> Secundaria Completa
<input type="checkbox"/> Universidad Incompleta	<input type="checkbox"/> Universidad Completa
<input type="checkbox"/> Otro _____	
5. Estado civil

<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Unión libre
<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)

Parte II

Datos del ámbito familiar y socioeconómico

1. Tiene pareja Sí No
 ¿Cuántos años o meses lleva con su pareja actual? _____
2. Tiene hijos(as) Sí No

* Elaborado por Marisol Jara Madrigal, Psicóloga (2007).

¿Cuántos(as) hijos(as) tiene y de qué edades? _____

3. Ingreso mensual
- 150.000 a 200.000
- 250.000 a 300.000
- 350.000 a 400.000
- 450.000 a 500.000
- 550.000 o más

Parte III

Datos del ámbito laboral

1. Área donde trabaja _____

2. Tipo de tareas que realiza _____

3. Años o meses de servicio dentro del hospital _____

4. Tiempo laboral dentro de las Psicogeriatrías _____

5. Situación laboral

Interino Propiedad

6. Beneficios que tiene al trabajar en esta institución _____

7. Esta satisfecho con su trabajo actual Sí No

Justifique _____

8. Le agrada trabajar con personas adultas mayores

Sí No

Justifique _____

9. Ha tenido problemas laborales Sí No

Mencione algunos _____

10. Ha buscado ayuda para resolver los problemas laborales

Sí No

Mencione alguna _____

Parte IV**Aspectos del ambiente laboral dentro de las Psicogeriatrías****Política de ingresos y egresos**

1. ¿Existe un procedimiento de ingreso claro y que puedan conocer los(as) usuarios(as) y familiares antes de ingresar al pabellón de Psicogeriatría?

Sí No

¿Cuáles? _____

Proporción personal-usuario(a)

2. ¿Se mantiene siempre la misma cantidad de personal durante el mes para la atención de la población de usuarios(as) internados(as) en las Psicogeriatrías?

Sí No

Horario

3. ¿Existen actividades planeadas en el área de la rehabilitación, educación, prevención y estimulación tanto para el personal como para los(as) usuarios(as)?

Sí No

¿Cuáles? (Si lo afirma) _____

Formación

4. ¿Se capacita de forma práctica y académica al personal para atender a las personas adultas mayores que atiende?

Sí No

¿Cómo? (Si lo afirma) _____

Organización del programa/Recursos

5. ¿Se dispone del equipamiento adecuado para la realización de actividades, juegos, terapias, actividades de la vida diaria?

Sí No

Actividades

6. ¿Existen actividades y programas destinados a generar autoconfianza y satisfacción al(la) usuario(a), personal, familia?

Sí No

¿Cuáles? (Si lo afirma) _____

Trabajo en equipo

7. ¿Existe sensación de trabajo en equipo?

Sí No

Equipo interdisciplinario

8. ¿Existe un enfoque interdisciplinario en el personal que tenga en cuenta diferentes perspectivas en el abordaje (psicológico, médico, ocupacional, social, entre otros)?

Sí No

Identidad propia

9. ¿Se toma en cuenta a los(as) usuarios(as) en la planificación de los programas y decisiones por seguir en el pabellón?

Sí No

Entorno físico

10. ¿Están las instalaciones adaptadas a las necesidades del(la) usuario(a), personal, familia?

Sí No

Si responde de forma negativa, cuáles instalaciones no están son adaptadas _____

Espacio y su disposición

11. ¿Existen espacios diferentes para las diversas actividades diarias, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Geriatría, Enfermería?

Sí No

Espacio para el personal

12. ¿Existen espacios propios en los que pueda descansar el personal que atiende a las personas adultas mayores?

Sí No

Autonomía e identidad

13. ¿Se permite al(la) usuario(a) decidir por sí mismo(a) cómo quiere estar y preservar la intimidad, durante el baño, vestido y cuidado personal?

Sí No

Modelo de atención psicosocial

14. ¿Se preservan y fomentan los derechos a la intimidad, a la dignidad, a la autonomía, a la elección, a la confidencialidad del(la) usuario(a)?

Sí No

Fecha de aplicación _____

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO D:
REGISTRO OBSERVACIONAL
DE CONDUCTAS DE INTERACCIÓN
ENTRE FUNCIONARIOS(AS) Y LA PERSONA ADULTA MAYOR

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
 Sistemas de Estudios de Posgrado
 Maestría Interdisciplinaria en Gerontología

REGISTRO OBSERVACIONAL DE CONDUCTAS DE INTERACCIÓN ENTRE FUNCIONARIO(A) Y LA PERSONA ADULTA MAYOR*

Fecha

Lugar

Nombre del/la observador/a

Hora: Inicio

Final

INTERVALO DE TIEMPO	CATEGORÍA 1 (ATENCIÓN)		CATEGORÍA 2 (PARTICIPACIÓN)		CATEGORÍA 3 (AGRESIVIDAD)		CATEGORÍA 4 (RELAJACIÓN)		CATEGORÍA 5 (DISTANCIAMIENTO)	
	OCURRE	NO OCURRE	OCURRE	NO OCURRE	OCURRE	NO OCURRE	OCURRE	NO OCURRE	OCURRE	NO OCURRE
0 a 5 minutos										
5 a 10 minutos										
10 a 15 minutos										
15 a 20 minutos										
TOTAL: 20 MINUTOS										

OBSERVACIONES



* Elaborado por Marisol Jara Madrigal, Psicóloga (2007).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS POR OBSERVAR*

Categorías conductuales:

1. Atención: el(la) funcionario(a) orienta, escucha, ayuda, da información, repite las instrucciones, fija la atención, clarifica, mantiene contacto visual cuando habla con el(la) usuario(a).
2. Participación: el(la) funcionario(a) muestra cooperación, levanta el ánimo de la persona adulta mayor, pide opiniones de los demás, ayuda al(la) usuario(a) a realizar sus actividades cotidianas.
3. Agresividad: el(la) funcionario(a) no expresa sus sentimientos ni deseos, rechaza ayuda de los demás, rebaja el status de los demás, grita, existe manipulación física rápida al(la) usuario(a) o lo empuja para que camine.
4. Relajación: el(la) funcionario(a) muestra relajamiento de tensión, ríe a consecuencia de algún suceso o broma, sonríe ante la atención del(la) usuario(a).
5. Distanciamiento afectivo: el(la) funcionario(a) se muestra impaciente, aburrido, irritable, incapaz para concentrarse ante el(la) usuario(a), se aleja de la persona adulta mayor.

* Elaborado por Marisol Jara Madrigal, Psicóloga (2007).

ANEXO E:

REGISTRO DE PRESENCIA O AUSENCIA
DE LAS CONDUCTAS DE INTERACCIÓN ENTRE FUNCIONARIO(A)
CON O SIN SÍNDROME DE BURNOUT
Y PERSONA ADULTA MAYOR

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
 Sistemas de Estudios de Posgrado
 Maestría Interdisciplinaria en Gerontología

**REGISTRO DE PRESENCIA O AUSENCIA DE LAS CONDUCTAS DE INTERACCIÓN
 ENTRE FUNCIONARIO(A) CON O SIN SÍNDROME DE BURNOUT Y LA PERSONA
 ADULTA MAYOR***

Persona	Sexo	Síndrome de Burnout	Atención	Participación	Agresividad	Relajación	Distanciamiento
1	Femenino	1	1	1	0	1	1
2	Femenino	0	1	1	0	0	1
3	Masculino	0	1	1	0	1	0
4	Femenino	1	1	1	1	0	0
5	Femenino	0	1	1	0	1	0
6	Masculino	0	0	0	1	0	1
7	Femenino	0	1	1	0	1	0
8	Femenino	1	1	1	0	0	0
9	Femenino	1	1	1	0	1	0
10	Masculino	1	1	0	0	1	0
11	Femenino	1	1	0	1	0	0
12	Femenino	1	0	0	1	0	1
13	Femenino	1	0	0	0	0	1
14	Masculino	1	1	0	0	0	0
15	Femenino	1	1	0	0	0	1
16	Masculino	0	1	1	0	1	0
17	Masculino	1	0	0	0	0	1
18	Femenino	0	1	0	0	1	0
19	Femenino	1	0	0	1	0	0
20	Femenino	1	1	0	0	0	1
21	Femenino	1	1	0	0	0	1
22	Masculino	0	1	1	0	1	0
23	Masculino	0	0	0	0	0	1
24	Femenino	0	1	1	0	1	0
25	Masculino	1	1	0	0	0	1
26	Femenino	0	1	1	1	0	0
27	Femenino	1	0	0	0	0	1
28	Masculino	0	0	0	0	0	1
29	Masculino	0	1	1	0	1	0
30	Femenino	1	1	1	0	0	1
31	Masculino	1	1	1	0	1	0
32	Masculino	0	1	1	0	1	0
33	Masculino	0	1	1	0	1	0

0 = Ausencia

1 = Presencia

* Elaborado por Marisol Jara Madrigal, Psicóloga (2008).

ANEXO F:

MBI

INVENTARIO BURNOUT

DE MASLACH

ANEXO G:

**OFICIOS DE APROBACIÓN DEL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO
AL ESTUDIO DE POSTGRADO
PLANTEADO**