

Universidad Abierta Interamericana



**Universidad Abierta
Interamericana**

Síndrome de Burn-Out y Ansiedad Ante la Muerte en Psicooncólogos

Tutor: Marcelo Esteban Gatto

Co- tutora: Constanza Moncada

Tesista: Noelia Belén Giudice

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Octubre 2011

Abstract

El objetivo de la presente investigación es evaluar la relación existente entre el síndrome del burn-out y la ansiedad ante la muerte, en una muestra de profesionales psicooncólogos y sus posibles efectos sobre el desempeño laboral, con el fin de realizar un aporte científico a esta área de la psicología poco investigada.

La metodología utilizada es de tipo transversal a una muestra de 30 psicooncólogos, trabajadores de Capital Federal, se evaluó el burn-out con el inventario MBI (Burnout Maslach Inventory) conformado por las dimensiones Despersonalización, Agotamiento emocional y Realización personal en el trabajo, y la Ansiedad ante la Muerte con la EAMR (Escala Revisada de Ansiedad Ante la Muerte). Se relacionó estas escalas y sus correspondientes dimensiones entre ellas y otras variables de interés: Edad, horas semanales de trabajo y antigüedad y el ítem nº 8 de la MBI

Se encontró una correlación significativa entre la EAMR y las dimensiones de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo del MBI, la primera correlación positiva y la segunda negativa. También se hayo una correlación positiva entre la EAMR y el ítem nº8 que anuncia: “Me siento quemado por el trabajo”.

Palabras claves: Burn-out – Ansiedad ante la muerte – psicooncología.

Abstract

The objective of this research is to evaluate the relation between burnout syndrome and death anxiety in a sample of professionals oncopsychologist and its possible effects on work performance, to make a scientific contribution to this area of psychology underresearched.

The methodology utilized is transversal to a sample of 30 oncopsychologis, Federal Capital’s workers, was assessed with burnout inventory (MBI Burnout Inventory Maslash) formed by the dimensions of depersonalization, emotional exhaustion and personal accomplishment at work, and the death anxiety with SRDA (Scale Revised Death Anxiety). They related these scales and their

corresponding dimensions between them and other variables of interest: age, weekly hours of work and seniority, and the item No. 8 of the MBI. We found a significant correlation between SRDA and the dimensions of emotional exhaustion and personal fulfillment in the work of the MBI, the first positive correlation and the second negative. Also enter it SRDA is a positive correlation and item nº 8 that announces: "I feel burned by the job."

Keywords: Burn-out - Death Anxiety - oncopsychology.

A mi familia y amor, que son mis pilares y sin ellos nada sería posible.

A todos aquellos que colaboraron con este trabajo cargado de esfuerzo.

***A Adriana y todo el Servicio de Oncología del Hospital P. Piñero, profesionales y
pacientes, por enseñarme tanto.***

Gracias.

Índice

Capítulo uno.....	5
Capítulo dos.....	8
Capítulo tres.....	17
Capítulo cuatro.....	28
Capítulo cinco.....	32
Capítulo seis.....	43
Bibliografía.....	45
Anexo.....	47

Capítulo Uno

Introducción

En la actualidad se utiliza el término burn-out para explicar las condiciones, sentimientos y actitudes negativas del trabajador extenuado a causa de estrés laboral prolongado, en relación tanto del propio rol profesional como en relación a las personas a las que trata por su condición profesional y para explicar la serie de síntomas que este síndrome presenta. Síntomas como desgano frente a la jornada de trabajo, desinterés en sus pacientes, embotamiento afectivo, abulia, y un sentimiento de disconformidad en relación al desempeño laboral, fracaso, inestabilidad y aislamiento entre otros (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Según Templer (1970), citado en un estudio sobre las características psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en pacientes de VIH, se define a la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas reales, a la propia existencia, que puede desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o disposicionales, relacionados con la propia muerte o ajena. (López Castedo & Calle Santos, 2008) Es decir, es una respuesta emocional frente a la sensación de amenaza a la vida de alguna índole por diversas circunstancias.

En cada sociedad existen temas de los cuales no se habla demasiado, temas que “es mejor no tocar”. Ya sea por miedo o por prejuicios estos temas son eludidos conscientemente por las personas para evitar regaños, incomodidad o malestar. Hoy en día, en el siglo XXI, la muerte es vista como un hecho horrible, como si excediera a un momento perteneciente al ciclo de la vida, a veces un tema del cual mejor no hablar, ni nombrar. Hoy, se evita pensar en la muerte, sobre todo si viene aparejada por alguna enfermedad, se esquiva, se intenta evitar de cualquier modo, no importa las situaciones o tratamientos dolorosos o ultrajantes a los que haya que exponer a un paciente (Behar, 2003). En nuestra sociedad la muerte está representada como un tabú, mismo dentro de los hospitales, lugares donde se convive con situaciones de muertes cotidianamente, se evita nombrarla, como si uno al nombrarla estaría llamándola.

La psicooncología es un área de psicología dedicada al estudio y tratamiento del paciente oncológico. Área de gran ayuda en los hospitales ya que se ocupa de cada una de las personas que se ven implicadas en el momento que esta enfermedad se desarrolla en un ser humano. Es decir que no solo se ocupa del paciente, sino que también se dedica al tratado de los familiares de los pacientes oncológicos así como también del equipo de salud que atiende al paciente con esta enfermedad, muchas veces mortal.

En la presente investigación se aborda la temática del síndrome de burn-out y de la ansiedad ante la muerte en los profesionales del área de la salud, específicamente del área de Psicooncología, siendo evaluados los trabajadores de Capital Federal en sus lugares de trabajo.

Se propone que los profesionales psicooncólogos que presentan altos índices de burn-out, presentarán también altos índices en la escala de ansiedad ante la muerte, por lo que la finalidad de este trabajo es medir los niveles de ansiedad ante la muerte y los niveles del síndrome de burn-out para luego, una vez obtenidos estos, realizar una correlación entre estos resultados.

Ambas problemáticas son estudiadas para aportar nuevos conocimientos sobre esta especialidad reciente a nivel académico y poco estudiada, con el fin de obtener información para el cuidado y la prevención de la salud de esos profesionales, una mejora en la calidad de vida como así también para una mejora en el rendimiento y desempeño de su rol profesional como actores de la salud.

Se pondrá en manifiesto el concepto de psicooncología, como se trabaja en el área y las distintas situaciones que se le suelen presentar y las distintas etapas de la enfermedad de sus pacientes en las cuales el psicooncólogo debe intervenir. Su campo de acción y su trabajo a realizar, no solo con los pacientes, sino también, con los familiares y con el equipo de salud que tiene a cargo la integridad y el tratamiento del mismo.

Igualmente se expondrá el concepto de estrés, estrés laboral y burn-out, introduciendo la relación que puede darse entre este síndrome y el trabajo que ejercen diariamente los profesionales psicooncólogos.

Se conceptualizará a la ansiedad inespecífica, sus síntomas, desencadenantes y consecuencias de ser padecida, como así también la ansiedad ante la muerte y la importancia de detectarla tempranamente, sobre todo en estos profesionales.

Se abordará el tema de la muerte y sus significados en la actualidad como así también según las religiones, en distintas épocas y por diversos autores para dar a conocer la connotación que le atribuimos.

No se ha encontrado información sobre investigaciones que hagan referencia a la relación entre el síndrome de burn-out y la ansiedad específicamente ante la muerte en ningún tipo de profesionales, así como tampoco fueron datadas investigaciones en las que se aplique estas escalas por separado específicamente en psicólogos trabajadores o especializados en el área de oncología, por lo que esta investigación permitirá nuevos conocimientos y recursos para próximas investigaciones.

Capítulo Dos

Psicooncología podría definirse como una especialización de psicología dedicada al estudio y tratamiento de pacientes oncológicos, como así también de sus familiares y profesionales que trabajan con dichos pacientes. Los profesionales que se dedican a esta área tienen como objetivo influir positivamente en las distintas situaciones y vivencias por las cuales van a atravesar los distintos actores involucrados en el tratamiento del cáncer.

La diferencia en el área de acción entre estos profesionales y los que se dedican a cuidados paliativos se encuentra en que, en lo que hace referencia al paciente, el psicooncólogo comienza su trabajo cuando existe la sospecha o posibilidad de que un paciente clínico haya contraído cáncer, es decir, que el trabajo del psicooncólogo comienza un tiempo antes del diagnóstico y prosigue luego de este acompañando al enfermo en todo el proceso de su enfermedad sin importar la gravedad del caso. Por el contrario, la actividad que realiza el personal de cuidados paliativos comienza cuando una enfermedad que amenaza a la vida de un paciente se encuentra en un estado avanzado y las terapias tratantes no dan resultado contra la misma. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, brindando cuidados físicos, psicológicos y recursos para la aceptación de la situación y ofrecer un tratamiento para paliar el dolor (Pucheu, 2011). Cuando no se puede curar al paciente, pero si se puede cuidar.

En lo que hace la atención de los pacientes, según sea la fase en la que se encuentre la enfermedad, el psicooncólogo puede apuntar a la sanación, contención, adaptación a esta nueva realidad, a los cambios en las dinámicas familiares que se dan frente a estas enfermedades, al acompañamiento en el tratamiento médico teniendo en cuenta los procesos dolorosos por los que atraviesa el paciente y los cambios físicos y disfuncionales a nivel corporal que se experimentan a lo largo de la enfermedad y su tratamiento. En el caso que el paciente se encuentra en un estadio muy avanzado de su enfermedad, el psicooncólogo cumple su función como acompañante en el proceso de morir (Scharf, 2005)

En su libro *sobre los muertos y los moribundos*, Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra suiza que se dedicó al estudio de pacientes moribundos y tratamiento en cuidados paliativos, plantea una serie de estadios o fases, que se dan por los mecanismos de reacción, por los que transcurre el paciente cuando se encuentra con la noticia de que es un enfermo con la vida comprometida:

La primera fase es la fase que presenta el paciente según la autora es la fase de negación y aislamiento en la que el paciente reacciona con sentimiento de incredulidad frente a la noticia, planteando la confusión de los resultados de sus estudios con los de otra persona, expresando su sorpresa e incredulidad frente al diagnóstico, realizando consultas con otros médicos con la estima de obtener un resultado distinto al ya informado. En esta fase el profesional escucha al paciente. Hay que tener en cuenta que si bien es la primera reacción o defensa que se pone en juego, esta puede aparecer en algún estadio más avanzado. Es claro cuando comienza a cesar esta fase, por que el paciente da lugar en su discurso a sus fantasías sobre la muerte, y siempre que el paciente quiera, esto es necesario de ser hablado con el psicólogo.

La segunda fase corresponde a la reacción conocida como ira. Fase difícil para las personas que están cerca del paciente porque esta reacción se puede desencadenar hacia cualquiera, sin razón, que rodee al paciente. Puede expresar su ira de una forma ciertamente azarosa, él encontrara alguna circunstancia para quejarse. Esto muchas veces se realiza consciente o inconscientemente para no ser olvidado, para demostrar y demostrarse que está vivo. Frente a esto el psicooncólogo tiene que preguntándose el verdadero “por qué” del enojo del paciente, entendiéndolo con empatía y sin tomarlo como algo personal. Esto solo se puede hacer cuando afrontamos los temores propios a la muerte, sobre nuestros aspectos destructivos y nuestras defensas, que pueden interferir en los cuidados diarios del paciente. Explicar esto al demás personal y familiares. La conducta hostil no es hacia ellos, el origen es otro.

La tercera fase fue llamada la fase de pacto. Apelar a la buena conducta para poder conseguir algo. Este algo por conseguir corresponde a un posponer los hechos, a

un alargar la vida y es fijado con un vencimiento: “poder participar de la boda de un hijo” con el acuerdo implícito de que el paciente es lo único que acuerda, que una vez que pueda realizar lo pactado no pedirá mas, como si fuera lo único que importase lo último por hacer. Este acuerdo cae una vez realizado lo anhelado, siempre hay un deseo mas a ser cumplido. Desde luego que estos pactos son realizados con Dios, o cualquiera que fuese la creencia del paciente, como un intento de prolongar la vida y posponer el final. Según la autora las promesas están relacionadas con sentimientos de culpabilidad a la cual hay que ponerle atención en caso del que paciente haga pública estas promesas o pactos realizados.

La cuarta fase con la cual se va a encontrar el psicooncólogo es con la fase de depresión, esta se da por una sensación de pérdida en muchos aspectos. Ejemplo de esto puede ser una pérdida en su aspecto físico, una pérdida de su estética corporal, sobre todo en pacientes que no solo se ven de otra manera sino que también por extracciones pierden alguna parte de su cuerpo (mama, útero, etc.). Pérdida en aspectos económicos por la gran cantidad de dinero que se invierten en los tratamientos, algunos pacientes terminan vendiendo pertenencias para poder mantenerlos o sacrificar ahorros realizados con otros fines. Pérdidas a nivel laboral por incapacidad o ausencias reiteradas. Pero en este punto la autora plantea una diferencia entre la pérdida de estas cosas y la pérdida inminente de todos los objetos de amor. Frente a la primera el equipo de salud puede incentivar a cambiar la óptica del paciente, ver el lado alegre de la vida que todavía está presente, pero frente a la segunda no se debería actuar de esa forma porque se le pediría no pensar en su muerte, por el contrario se debe permitir expresar su dolor, para que de esta manera se haga posible la aceptación final. A diferencia de la primera, esta depresión se presenta de forma silenciosa, y da lugar más a la preparación de lo que viene que de lo que deja atrás. El psicooncólogo debe informar esto a allegados del paciente, ya que sus ansias por reanimar al paciente a que todo va a mejorar, puede interrumpir y ser disruptivo con la preparación psicológica del mismo. De esta forma se evitan ansiedades y angustias por parte tanto del paciente como de sus allegados.

La quinta y última fase por la cual el equipo de salud debe acompañar al paciente, es la que está regida por el mecanismo de la aceptación. En esta fase el paciente puede hablar sin restricciones de sus sentimientos tanto actuales como anteriores, pero ya sin estados de depresión. Se puede encontrar débil cansado, pero podrá vislumbrar su muerte con tranquilidad. El acompañamiento en esta fase puede contener muchos silencios sentados junto a la cama, y las comunicaciones pueden ser de este tipo, con gestos más que con palabras, palmadas, apretones de manos, miradas a los ojos, y esa presencia es fundamental para confirmar que se va a estar ahí hasta el final. Como dice Kübler-Ross al atardecer, al final del día: “después de la ronda del médico, cuando no hay nadie para interrumpir” es un momento privado y oportuno para que el paciente sienta que no es olvidado y que no está solo.

Un mecanismo que puede encontrarse a lo largo del proceso de estas fases es la esperanza, la posibilidad de encontrar de alguna forma la sanación. También es lo que da fuerza a encontrar un sentido a lo que está ocurriendo. Y en este punto se puede presentar un conflicto en dos partes. Ambas se relacionan cuando hay discrepancia entre lo que le ocurre al paciente en referencia a la esperanza y lo que le ocurre al equipo de salud, a veces desesperanzado, o por otra parte cuando lo que ocurre es que el paciente entro en la fase de aceptación ya en un estadio avanzado de su enfermedad y sus allegados se aferran a la esperanza no permitiendo al enfermo tener la tranquilidad que necesita en ese momento para morir en paz.

Estas son algunas de las fases o los momentos con los cuales se enfrenta el psicooncólogo en su trabajo con los pacientes diariamente, y algunas de sus intervenciones.

Muchas veces antes de todo esto se puede presentar ante el psicooncólogo una especie de debate que realiza la familia, planteándole posibilidad de decirle la verdad al paciente sobre la sospecha u diagnostico de su enfermedad o simplemente callar, omitirlo. El psicooncólogo debe ante todo, respetar los derechos del paciente, brindándole la información necesaria que se relaciona con los estudios que debe

afrontar para dar con su diagnóstico, en caso que el diagnóstico ya este dado, tanto él como el médico deben ser francos con respecto a lo que implica el tratamiento. Y esta información debe ser expresada al paciente de la forma correcta para hacer coincidir las necesidades e intereses de este con los del médico y el equipo tratante (Kors, 2004). “Lo esencial en la vida es establecer con los demás una comunicación sincera y libre de temores, y ésta nunca es tan importante como cuando se trata de una persona moribunda” (Rimpoché, 2011, p.227).

En relación al trabajo del psicooncólogo también puede surgir el tema el deseo del paciente de morir en casa o en el hospital, tema que también incluye a la familia ya que a veces los deseos del paciente no coinciden con los deseos de la familia. Puede suceder que el paciente prefiera pasar sus últimas horas en su casa y su familia no se vea capacitada para afrontar todos los cuidados que necesitan estos pacientes, desde moverlos para que no se les lastime la piel, con ulceración o escaras, incontinencias hasta posibles estados de semiinconsciencia. Frente a esto se puede complacer al paciente enviándolo a su casa, con un equipo de cuidado integral a domicilio y el psicooncólogo debe hablar con la familia para generar recursos sobre lo que está por venir. A veces el paciente no se anima a expresar sus deseos de morir en su casa para no ser una carga para la familia. Cualquiera sea el caso es importante que el profesional aconseje sea donde sea que descansa el enfermo, crear un ambiente sereno y cómodo (Behar, 2003).

Bastian & Staley (2010) explican en su libro un tipo de trabajo llamado “Pathfinder for cáncer” que se realiza en EE. UU. Es un programa en el cual se le asigna al enfermo un “explorador” que en este caso puede ser psicólogo o trabajador social, quien debe acompañar al mismo paciente en el transcurso de la enfermedad garantizando que su tratamiento sea de la mayor calidad posible. Así el explorador actúa ofreciendo “una guía ecuánime sobre medicina complementaria, técnicas de autocuidado y técnicas cuerpo-mente, planificación del final de la vida y conexión espiritual” (p.311), educándolo en relación a la nutrición, ejercicios físicos y entrenamiento en relajación y reducción del estrés. En el caso de que el cáncer pueda ser sanado, el explorador es de gran utilidad para transmitir los

conocimientos al paciente sobre los recursos y habilidades para afrontar futuros desafíos y su readaptación social.

La psicooncología en su práctica plantea como muy beneficioso el hablar libremente y de manera abierta con el paciente, esto permite crear la atmosfera adecuada para que pueda expresar sus sentimientos y lo que este desea de aquí en adelante, poder hablar de manera natural frente a la muerte próxima, le permite expresar y no quedarse con pensamientos que a veces reprime por no hacer sufrir a sus familiares que también están en proceso de cambio y duelo. Lo que es de suma importancia también en este momento es que cuando el paciente por fin se permite hablar, la escucha y solo eso, de fundamental, el no interrumpir al paciente, no juzgar sus palabras y entender que este se encuentra en un estado de vulnerabilidad muy grande, está acercándose a su muerte y aun en este momento, él, necesita sentirse aceptado, con sus bienaventuranzas y sus formas erradas de actuar en su vida (Rimpoché, 2011).

En relación a la atención de la familia el psicooncólogo sirve de ayuda para que no se desestabilice la estructura familiar, para potenciar estrategias de afrontamiento, para que se produzca un cambio adaptativo a esta nueva vivencia y se realice un planeamiento pertinente en la dinámica familiar teniendo en cuenta y comprendiendo la situación de cada integrante de la familia, en la adaptación a los nuevos roles familiares. También como contención y psicoeducador en relación a la colaboración que los familiares del paciente con cáncer pueden brindar formando parte del equipo de salud. También el psicooncólogo actúa como agente que facilita la elaboración del duelo (Scharf, 2005).

En lo que hace referencia a los profesionales dedicados a esta área conformada necesariamente por un grupo interdisciplinario, como por ejemplo médicos, enfermeros, radiólogos, el psicooncólogo puede ser de gran ayuda para mejorar las condiciones comunicacionales e interaccionales entre los profesionales. Ser generador de un espacio en el cual las emociones, preocupaciones y ansiedades puedan ser expresadas, compartidas y deliberadas, y así de esta forma el psicooncólogo pueda actuar e intervenir como agente de salud y comunicación

que beneficie al trabajo cotidiano de estos profesionales en constante contacto con pacientes con poco tiempo de vida y sus familiares (Scharf, 2005).

En algunos casos el psicooncólogo también puede funcionar como una ayuda cuando por algún motivo se presenta algún tipo de conflicto en la comunicación entre el médico y el paciente, ya que el médico tiene muchos conocimientos sobre la enfermedad pero a veces tienen escasas herramientas para la comunicación con el paciente en algunas circunstancias (Kübler-Ross, 1993).

En otras palabras, el psicooncólogo trabaja en promoción de la salud y para mejorar la calidad de vida de cada uno de los individuos que se ven implicados en el proceso de esta enfermedad.

Para poder trabajar con pacientes con la vida amenazada, o realizar un trabajo en el cual se convive con muertes diariamente, es necesario por sobre todas las cosas, tener en claro la propia actitud frente a la muerte. Esto es, los miedos que frente a esta se nos presentan, las creencias y fantasías que cada uno idea sobre que será y sobre que vendrá después, tanto para uno como para los que se quedan se este mundo, las ideaciones sobre que pasará con el propio cuerpo, las experiencias vividas de muertes de personas allegadas, en sí, el significado que cada uno le atribuye. (Kübler-Ross, 1993)

Según expresa Kors “El manejo psicológico y social del paciente con cáncer y sus familiares, es complejo y causa ansiedades” (Kors, 2004, p.89)

¿Por qué el cáncer debe ser atendido y también prevenido por el equipo de salud mental? ¿porque la especialización en psicooncología? Como es sabido, el cáncer tiene una base explicativa regida por la medicina, esta expone que el cáncer se produce por una desregulación en la transformación normal de una célula o grupo de células y que conduce a un crecimiento descontrolado de las mismas, lo que da como consecuencia una intrusión a los tejidos que se encuentran junto a esta, o a veces una metástasis. Agüero (2010) plantea que existen múltiples causas que provocan el cáncer, como ser agentes químicos o físico-químicos, que incluyen los rayos x, radiaciones de distintos tipos, drogas usadas sin control, ingredientes

nocivos para salud que contienen algunos alimentos entre otros. También hay agentes biológicos, algunos virus, o carga genética que trae consigo el individuo. Estos agentes nombrados tiene que tener un accionar perdurable en el tiempo para que el cáncer se haga presente.

Sin embargo, y a pesar de estos orígenes biológicos, hoy no es noticia que el cáncer tiene una gran carga emocional, tienen como protagonistas fuerzas psíquicas. Esta carga emocional tiene que ver con sufrimientos perdurables a lo largo del tiempo, un hecho negativo repentino que nos toma por sorpresa, largos silencios y emociones que fueron calladas por mucho tiempo, conflictos que no terminan de resolverse y que vienen de larga data de secretos y confesiones a ser dadas. Todos estos también son agentes que desde el interior del cuerpo van gestando esta enfermedad (Agüero, 2010). En otras palabras, el cáncer es una enfermedad psicosomática, y ahí, la necesidad de un tratamiento que ante todo sea preventivo, y luego cuando ya está presente la enfermedad que sea para aliviar y acompañar el proceso de sanación, de duelo o de muerte.

Según la bibliografía hay tres condiciones, para el desarrollo de enfermedades psicosomáticas: La ira, la sobreadaptación y los conflictos, sobre todos los que albergan sentimientos profundos no expresados. Estos son los fenómenos psíquicos más dañinos para el cuerpo y los principales causantes de cáncer (Agüero, 2010).

Pocos trabajos se han realizado en relación a los estados que pueden aquejar a los profesionales especializados en psicooncología, por el contrario se puede encontrar variedad a lo que respecta al trabajo de los médicos y sobre todo al personal de enfermería dedicados a el tratado de esta enfermedad, pero no así sobre psicólogos. Profesionales que, por su trabajo, pueden pasar por situaciones de desgaste constante, teniendo en cuenta que se vuelven el punto, la trinchera, donde cae la angustia del paciente ante la posible noticia, ante la sospecha de enfermedad y luego que el diagnóstico es informado al paciente, el acompañamiento ante el proceso, tanto de curación como de etapas finales de la vida; de los familiares, sus incertidumbres y esperanzas, y del equipo médico que cuenta con una variedad de especialistas que tienen que encontrar una armonía

en el grupo que conforman, que acompañan el proceso, y que ponen sus conocimientos a esperas de una curación, por lo menos al principio de este proceso.

Capítulo Tres

El síndrome de Burn-out, o de quemarse en el trabajo, nació como concepto en los años 70, en Estados Unidos haciendo referencia al debilitamiento en las funciones profesionales y hacia las personas hacia las cuales se realizan las actividades laborales. El primero en describir estos síntomas fue Herbert Freudenberger, en el año 1974.

Se pueden encontrar dos perspectivas de este síndrome, una de ellas es la clínica que lo presenta como un estado que sería consecuencia de constante estrés laboral, es decir, que hace referencia al estado al que llega el individuo cuando se presenta este síndrome. La otra perspectiva existente, la psicosocial, fue propuesta por Maslach y Jackson en 1981, que explica el burn-out desde una perspectiva psicosocial definiéndolo no como un estado sino como un proceso que emerge de la interacción de la persona con su ambiente laboral y que está manifestado por despersonalización, agotamiento emocional e insatisfacción con el desarrollo personal propio en el trabajo y con las personas a las que atienden. (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Según Rodríguez-Marín citado en el libro *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*, el síndrome de burn-out se debe pensar como una reacción a fuentes de estrés crónico que surge en las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos (Gil-Monte & Peiró, 1997). A personas que trabajan con personas.

Esto sucede cuando no se conciben las expectativas profesionales y la rutina de trabajo también cuando el trabajador se ve expuesto a situaciones constantes de enfermedad y muerte como suele suceder en profesionales del área de la salud, como es en el equipo de psicooncólogos. Así como también cuando el trabajo es excesivo y fatigante durante periodos prolongados de tiempo.

Hay que tener en cuenta que la presencia de este síndrome no solo puede volverse insalubre para el profesional sino también para el paciente que es atendido por él, ya que el primero presentaría desinterés, fallas empáticas, agotamiento, fallas a

nivel de incentivación para la realización de los tratamientos médicos tan dolorosos, para la mejora de una mejor calidad de vida y el impulso a nuevas actividades y forma de darle un nuevo significado a la enfermedad.

Este síndrome tiene otra característica, y es que este no se presenta repentinamente, no sucede que un día el profesional se encuentra en su espacio de trabajo y de un momento a otro comienza a sentir un desgano insostenible, una frustración por no cumplir sus propias expectativas y no quiere atender más pacientes por que perdió el interés en ellos, sino que estos síntomas se van dando de forma paulatina. De a poco comienza a sentirse cansado por su trabajo y exposición a la atención de personas, luego pasa del cansancio al agotamiento y así continua si es que no percibe esto como una señal para comenzar a tratarlo

Del mismo modo vale aclarar que hay diferencia entre el estrés laboral y el síndrome de burn-out. El estrés puede darse por distintas razones, es decir, existen factores desencadenantes que pueden contribuir que, a largo plazo, se caiga en el síndrome. Estos factores pueden ser: Edilicios, las actividades diarias a realizar en esta área, las posibles sobrecargas laborales, su especialidad. Factores como recursos yoicos, defensas, y tipos de personalidades, algunas más vulnerables que otras. Factores interpersonales en relación con el grupo de trabajo, grupo que tiene la característica de ser interdisciplinario, como también las relaciones interpersonales fuera del trabajo. Además de esto, estudios han encontrado una serie de factores demográficos con resultados de personas que son más proclives a sufrir este síndrome, como las personas solteras por sobre las casadas, los profesionales más jóvenes por sobre los que pertenecen a un grupo etario mayor y en lo que hace referencia al sexo, el femenino es más proclive que el sexo masculino. (Gil-Monte & Peiró, 1997)

Prosiguiendo con la aclaración establecida, estrés laboral no es lo que define a este síndrome, sino que este se produce a partir de una situación de estrés que se da a largo plazo, que se vuelve crónico y que al no ser abolida por algún medio se produce una respuesta no adaptativa a la demanda desarrollándose este síndrome, percibiendo el sujeto la no coincidencia entre sus expectativas e ideales profesionales con la realidad y experiencia cotidiana. (Torrent, 2003)

El estrés etiológicamente proviene de la palabra en inglés Stress, que en su traducción puede significar tensión o esfuerzo. Según Hans Selye, citado por Arturo Eduardo Agüero (2010) en su libro *Emociones que enferman*, el significado de esta palabra es reacción. El autor de este libro lo define de la siguiente manera:

“Estrés es, entonces, la reacción de esfuerzo sostenido que realiza nuestro organismo cuando se encuentra en riesgo de perder su estabilidad. Como esta reacción involucra a todo el organismo, existe la posibilidad de que en algún momento haga eclosión en el cuerpo, produciendo alteraciones e incluso lesiones muy serias” (p. 89).

Es decir, que el estrés se presenta por un intento que realizamos para no perder el equilibrio tanto psíquico como corporal, para no perder el equilibrio interno que poseemos, es una respuesta. Que sea una respuesta significa que antes de esta hubo una provocación, un desafío, un “algo”, circunstancia, que demanda y esa demanda cuando es constante y no tenemos recursos, es nociva.

El estrés es clasificado en cuatro tipos:

- Eutrés: llamado también estrés positivo, es esta respuesta antes nombrada que se necesita para la vida cotidiana en casos que son percibidos como positivos para nosotros, suele sentirse al alcanzar un logro, una meta, un ascenso, un viaje soñado, al recibirse etcétera.
- Distrés: llamado también estrés negativo, representaría al antagónico del anterior, y suele provocarse frente a pérdidas de cualquier índole. Esto es, material, física, duelo, robo, divorcio etcétera.
- Hiperestrés: hace referencia a una respuesta desmedida, excesiva y muy intensa, frente a una situación o conjunto de circunstancias que no lo ameritan de esa forma, con un desgaste de más de energía. Percibir algo trágicamente sin que sea un suceso que merezca dicha importancia.
- Hipoestrés: Describe la falta de reacción en la respuesta, mismo una falla en el registro de la demanda, lo que hace vulnerable a la persona que presenta un retraso en la defensa, y la importancia del desafío que no es percibida por la

persona que no devolverá una respuesta adecuada ante la “alarma” o demanda ejercida sobre él (Goytia, 2004).

El síndrome de burn-out no afecta solamente al que lo padece en su trabajo y emociones, sino que afecta directamente a las tres áreas fundamentales de la vida del ser humano: Física, Psicológica y Social. Dentro del área física se pueden encontrar todo tipo de somatizaciones, fatiga crónica, insomnio y cambios en la apariencia y peso del afectado, entre otras. En el área psicológica se pueden presentar distintos tipos de trastornos del sueño, trastornos depresivos, sentimientos de inseguridad, frustración, baja autoestima, sensación de desamparo. En relación al área social la persona con este síndrome comienza a aislarse y se desarrollan en él sentimientos negativos en relación a su propia persona y hacia los demás, como actitudes negativas hacia su trabajo y hacia la vida. (Gil-Monte & Peiró, 1997)

En un estudio realizado en un hospital de Madrid a enfermeros y a técnico/auxiliares de distintas especializaciones, específicamente de las áreas de oncología, urgencias, cuidados intensivos y grupo general, se obtuvo como resultado que los trabajadores que se ocupaban del área de oncología y urgencias presentaban mayor síntomas de agotamiento ($p=0,001$), que en urgencias la despersonalización era mayor ($p=0,007$) y que el Burn-out tenía el índice más alto en estas dos áreas ($p=0,000$). También expone que los profesionales con mas Burn-out son los que presentan mayor experiencia (una media de 15 años) y expresan sentimientos de poco reconocimiento sobre su trabajo (Albarejo, R. et.al., 2004).

Como ha demostrado Ramirez y cols. (1995, citado por Moreno-Jimenez, Garrosa, Rodriguez & Morante, 2003), que en un estudio realizado a profesionales de oncología, el síndrome de Burn-out se va en aumento con la existencia y experiencia de sufrimiento en el paciente, esta demanda de un cese de dolor genera malestar en el profesional.

En un estudio realizado a profesionales dedicados a la intervención en crisis y servicios sociales, específicamente formado por profesionales que trabajan con víctimas de

violencia como equipos de Urgencias Sanitarias, Servicios Sociales, de Educación y de Policía Local, midiendo el síndrome de burn-out y su relación con la ansiedad (ansiedad inespecífica) se obtuvo como resultado que un 50% de los sujetos presenta un alto nivel en alguna de las escalas de burn-out; alrededor del 12% de la muestra, conformada por 113 personas, presenta altos niveles de burn-out en todas las escalas y alto nivel de ansiedad. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los distintos colectivos, excepto un incremento en las puntuaciones de burn-out en el grupo de Policía Local. Se obtuvieron diferencias significativas de género en la variable ansiedad arrojando el resultado superior en mujeres; sin embargo, no se observan diferencias significativas en las puntuaciones de burn-out en género. Por otro lado se encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones de la variable ansiedad y las puntuaciones indicadoras de burn-out, así como entre las diversas escalas de las variables. Se constatan relaciones negativas entre la realización personal y las variables de antigüedad en la profesión, ansiedad y edad; y se constatan las correlaciones entre la ansiedad, el cansancio emocional y la despersonalización (Morales, Gallego & Rotger, 2004).

El pensar en la muerte muchas veces se evita, vivimos en una sociedad en la cual la idea de morir no está asociada al proceso que implica vivir, el éxito se muestra de la mano de la juventud y acercarse a la muerte no tiene ningún tipo de compatibilidad con eso. En palabras de Freud (1991) en un texto inédito al cual llamo *Nosotros y la muerte*, dice: “nos comportamos como si quisiéramos eliminar nuestra muerte de la vida”. Como si el final de una película no estaría en el mismo guión, así tratamos a la muerte hoy.

Cáncer, a veces nombrada como si fuera una palabra soez, como si por nombrar la enfermedad uno la contrajera. Es que es una de las enfermedades consideradas terminales que más miedo atañe, principalmente por su clasificación de “terminal”, el cómo está ligada al tratamiento doloroso que conlleva y sobre todo por la muerte, en un número elevado de casos. El morir a través del tiempo fue tomando una nueva significación ya que a diferencia de tiempos anteriores, en el que el enfermo se encontraba con su muerte natural en su hogar, cerca de sus familiares

y seres queridos, sus cuidadores; hoy la muerte está en una sala de internación, en una habitación hospitalaria con un equipo cargado de conocimientos luchando contra esa fase natural de la vida, cerca de los médicos, alejado de sus allegados, entre tubos, jeringas y sueros (Aresca, 2004), desde luego nosotros siempre esperando que triunfen los conocimientos y teorías por sobre la muerte, esa porción perteneciente a la vida.

Aresca, al respecto, señala que:

“En la medida en que el morir ya no sucede en la propia casa, nos vamos despojando de la muerte natural como hecho cotidiano y entonces se asimila a la triste consecuencia de un acto violento, a lo dramático, o al resultado de la lucha de los malos contra los buenos y viceversa” (Aresca & otros, p.15).

Y hasta hay casos en los que se da que no se puede determinar técnicamente cuando se ha producido la muerte.

El cáncer en números estadísticos:

- Una de cada tres personas enferman de cáncer, esto equivale al 33% de la población de seres humanos.
- Una persona de cada cuatro muere a causa de dicha enfermedad, esto es el 25%.
- El 75%, tres de cada cuatro personas enfermas de cáncer mueren.
- En el año 2000 murieron 6.2 millones de personas como consecuencias de tumores malignos.
- Para el año 2020 la expectativa de muertes por enfermedad oncológica, en caso de que continúe la tendencia actual es de 15 millones de muertes.
- Se ha encontrado que en los Estados Unidos en relación al número de muertes dadas como consecuencia de esta enfermedad, en los últimos dos años se ha producido una pequeña disminución (Chiozza, 2010).

Estos números reflejan que aunque la medicina y los grupos de terapia avanzan en sus descubrimientos el cáncer es una enfermedad que en estadios avanzados termina con la vida del enfermo.

El sentimiento de temer a la muerte se considera universal y se da por la incertidumbre que genera la situación de la muerte, el sufrimiento de los sobrevivientes cercanos a la propia persona, la forma de morir en relación al sufrimiento, al dolor, a la liberación de este, a la salvación con respecto a lo religioso entre otras cosas (Neimeyer, 1997).

Sobre la deshumanización, esta mecánica o maquinización a la hora de la muerte y sobre la relación con el sufrimiento y el dolor Elisabeth Kubler-Ross (1993) plantea la siguiente pregunta:

“¿no es un intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, porque nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad?” (p. 23).

Las situaciones que nos exponen a la mortalidad de otro humano, nos recuerdan que somos seres finitos, que no somos inmortales y que algún día nosotros tendremos que dejar el mundo también. Según Freud no es posible para nuestro inconsciente representar la propia muerte, poder imaginarla. Dice que la forma de ver a la muerte como algo horrible, tanto que intentamos evitarla hace que nos privemos de muchas cosas en la vida, que vivamos de una forma más truncada, que no nos atrevemos a realizar actos que por esta perspectiva suelen clasificarse como acciones peligrosas. A veces la muerte irrumpe en la vida de una persona, y a pesar de que sea un hecho natural, parte que conforma y finaliza la vida en esta tierra, es recibida con asombro “no somos nada”, como si fuera algo que tomo por sorpresa y poco común en la estadía que a todos nos toco sobre la tierra.

El hecho de temer a la muerte habla del significado que uno, inmerso en una sociedad, le atribuye a esta. Se expondrá ahora el significado que se le atribuye o se le atribuía a la muerte en distintas culturas. Del libro Tibetano de los muertos, se puede extraer el significado de que esta religión budista le provee a la muerte la idea de reencarnación, por lo que esta no significa un fin, sino que significa un nuevo

comienzo, una etapa esencial de la evolución humana (Rinpoche, 2011). Al creer en la reencarnación estos se hacen responsables de la forma en que manejan su libertad ya que las consecuencias de los hechos que realicen afectan las vidas posteriores.

Para el cristianismo se ha encontrado otra definición, relacionada con la salvación y aunque comparten cierta similitud, la vida es muerte en el pecado y la muerte física, acceso a la vida eterna (Bowker, 1996). La muerte de Jesús tuvo como finalidad reconciliar a la humanidad con Dios y la resurrección de Cristo salvó al mundo de la muerte y el pecado dando nueva vida a los que creen en él. Al llegar la muerte es importante la presencia de un sacerdote para la confesión y este orara para encomendar al enfermo a Dios y a autorizarle a morir (Behar, 2003).

En cambio para el judaísmo el encuentro con la muerte es observado como un momento trascendental de la vida, con el que hay que encontrarse siendo meritorio. Creen que “este mundo es la antecámara del próximo”. En el judaísmo existen oraciones específicas para las enfermedades y para cuando se acerca la muerte. El cuerpo sin vida es tratado con respeto y no se permiten mutilaciones, por lo que en caso de necesidad de autopsia debe ser encomendada por la ley. Luego se da un periodo de luto “*shiva*” que quiere decir siete, por los siete días de luto por los que atraviesa la familia en esta costumbre (Behar, 2003)

En sí, la gran mayoría de las teorías religiosas ponen en manifiesto a la muerte como un nuevo comenzar, como una nueva vida de alguna manera u otra después de esta, y puede que estas teorías también se deriven de la muerte (Bowker, 1996). Sin embargo, más allá de estas teorías, el miedo a la muerte y a dejar este mundo parece persistente.

Buscando en otro enfoque, un autor historiador describió que al comienzo de la edad media la vida de cada uno estaba ligada a un destino, algo ya planeado que la persona no podía ni quería cambiar, el que había nacido en una familia rica, debía tener y continuar con esa formalidad impuesta, y el pobre, sería pobre no experimentaría un ascenso en su forma de vida nunca. A partir del siglo XII comienza a suscitarse la idea de que cada uno es propietario de una biografía

personal. Esta, hecha solo de actos, calificados como buenos o malos y que eran sometidos al juicio del ser. Luego, este juicio del ser se fue transformando en el juicio del haber al conformar la biografía personal, ya no eran los actos lo que erigía sino también las cosas, animales, personas amadas. Fue así como afines de la Edad Media “la conciencia de uno mismo y de su biografía se confunde con el amor a la vida. La muerte no ha sido, solamente, una conclusión del ser, sino una separación del haber: hay que dejar casas, huertos y jardines” (Ariès, 2011, p.158), la muerte deja de significar el paso a otra vida sino muerte física, sufrimiento y descomposición, un despojarse de los objetos sean de amor, materiales o físicos.

En esta tesis se plantea el tema de la ansiedad ante la muerte, pero ¿qué es la ansiedad? Es una emoción como respuesta, planteada como universal y común, que emerge cuando percibimos una situación de peligro, o de amenaza que se puede estar dando en este momento o que puede que sepamos que esa situación ocurrirá en un futuro (Ej.: una cirugía programada). Su finalidad es ser alarma, señal, para que podamos proporcionar una conducta apropiada, es decir, la protección del individuo ante posibles daños (Cía, 2004).

Goytia (2004) define la ansiedad como una sensación que genera inquietud, es decir, anticipatoria, displacentera de que algo negativo puede ocurrir y ante esto sentimos miedo, vulnerabilidad. Frente a esta vulnerabilidad actuamos de manera inadecuada que nos impide razonar y darle al hecho la importancia y dimensión que ameritan “revestimos de mayor poder a circunstancias que en realidad no lo tienen y que, si no lo tienen, no son de la magnitud que imaginamos” (p.31). Le asignamos un significado catastrófico a la situación que siendo pensada racionalmente sería más fácil, más sencilla de ser enfrentada y superada a través de una respuesta adecuada. Pero frente a esto, no se debe buscar la eliminación total de la ansiedad, sino simplemente una reducción de la misma. Una cuota mínima de ansiedad siempre es necesaria para poder actuar y desempeñarse en la vida, el problema está cuando se produce un incremento de esta y nos limita.

Los síntomas que surgen en los momentos de ansiedad pueden ser: corazón acelerado, traspiración de manos frente o axilas, enrojecimiento facial, temblor, escalofríos,

inestabilidad, opresión, malestar abdominal, tensión muscular, presión craneal o cefaleas, movimiento constante, entre otros.

El estar en permanente contacto con personas expuestas a muerte, como es el caso del psicooncólogo por la enfermedad de los pacientes de quienes se ocupa, también podría llevar a presentar niveles elevados de ansiedad ante la muerte que sería, del mismo modo que el burn-out, perjudicial para él, para su trabajo, para los enfermos y el equipo de salud.

En el libro *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* de Robert Neimeyer (1997) expone que los conceptos de miedo ante la muerte y ansiedad ante la muerte se utilizan en la bibliografía de un modo equivalente, aunque se propone una diferencia entre ambos: “puede ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás inaccesible a la conciencia” (p.19)

Esta ansiedad es una reacción como respuesta a la percepción de señales amenazantes o peligrosas que podrían atentar integridad de la propia persona y que pueden ser reales o imaginarias. El sentimiento puede desencadenarse por estímulos ambientales como cementerios, funerales entre otros, estímulos situacionales, como accidentes, enfermedades, internaciones o estímulos internos como pueden ser pensamientos asociados a la muerte.

Este mismo autor en su libro cita el modelo de los dos factores de ansiedad ante a muerte (Guilliland & Templer, 1985-1986), que expone la existencia de dos factores de la ansiedad ante la muerte, por un lado uno de ellos reflejaría la salud psicológica global, como la ponen de manifiesto las medidas de ansiedad y depresión generales y el otro factor, a diferencia del anterior, refleja experiencias de la vida más específicas que se relacionan con el tema de la muerte. El primer factor representaría de manera un tanto limitada la ansiedad ante la muerte, mientras que el segundo representaría de manera específica el miedo a la muerte y dice: “un fallo en los mecanismos de defensa puede provocar ansiedad ante la muerte además de otros problemas psicopatológicos, como depresión, diversos tipos de neuroticismos y psicosis” (Neimeyer, 1997, p.28).

Otra teoría que expresa la relación de la ansiedad ante la muerte con otros factores es la teoría del control del terror creada por Rosenblatt, Greenberg, Solomon, Pyszczynski y Lion (1989 citados por Nemeyer, 1997), que predice, entre otras cosas, que los sujetos que experimentan un aumento de la autoestima deberían percibir y reaccionar con menos ansiedad frente a una situación conformada con estímulos amenazadores. Esta teoría también plantea la importancia de los sistemas culturales como amortiguadores frente a nuestra conciencia de vulnerabilidad y mortalidad ya que estos promoverían la identificación con los mismos y con esta un sentimiento de inmortalidad “simbólica” y un sentimiento de inmortalidad “real” a través de la religión y uno cumpliendo las reglas y mandatos que la cultura impone, llegaría a la sensación de utilidad en el sistema cultural, lo que beneficiaría el autoestima.

Capítulo Cuatro

Metodología general

Finalidad: Aplicada

Objetivo: correlacional

Fuente: primaria

Temporalidad: transversal

Orientación Metodológica: cuantitativo

Control: No experimental

Muestra:

La muestra intencionalmente seleccionada quedara constituida por 30 profesionales, trabajadores psicólogos y psiquiatras del área de Psicooncología, de Capital Federal.

U.A.: Profesionales del área de Psicooncología pertenecientes a hospitales de Capital Federal.

Variables:

- Síndrome de Burn-out
- Ansiedad de muerte
- Otras variables de interés: Edad, Antigüedad, Horas semanales de trabajo.

Instrumentos para la recolección de datos

El instrumento utilizado para la medición del Síndrome de burn-out es el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981/1986). Este cuestionario consta de 22 ítems, los mismos son evaluados con una escala Likert que presenta 7 opciones de respuestas que se presentan desde el grado 0 (Nunca) al grado 6 (Todos los días). Este instrumento de evaluación cuenta con tres factores que constituyen tres subescalas:

- Agotamiento emocional: la conforman 9 ítems que reflejan sentimientos de estar exhausto emocionalmente por el trabajo. (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burn-out experimentado por el sujeto.
- Despersonalización: conformada por 5 ítems que refieren embotamiento afectivo hacia los sujetos de atención y respuesta fría o impersonal hacia ellos. (5, 10, 11, 15, 22)
- Realización personal en el trabajo: formada por 8 ítems que representan sentimientos de desempeño exitoso en el trabajo hacia los demás y competencias adecuadas. (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Según los creadores del inventario las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 corresponden a la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”. Para el análisis de este instrumento y la relación con otras, no es recomendado utilizar la suma de las tres escalas (Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo) en una sola. Esto se da porque para que exista la presencia del síndrome de burn-out se deberían encontrar puntajes altos o superiores en las dimensiones “Agotamiento emocional” y “Despersonalización”, y no así en “Realización personal en el trabajo” que, por el contrario, debería presentar un puntaje conformado por números bajos (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Como se ha anunciado, estas subescalas o dimensiones se puntúan de manera independiente. Este instrumento ha sido el más utilizado para medir el síndrome de burn-out en el ámbito clínico independientemente de del origen y características ocupacionales de la muestra y ha sido ampliamente validado y confiabilizado. (García-García, Herrero-Remuzgo y León-Fuentes, 2007).

Para medir la ansiedad ante la muerte será utilizada la Escala Revisada de Ansiedad Ante la Muerte (EAMR), una versión modificada de la original escala de ansiedad ante la muerte (EAM) creada por Donald Templer en 1970. La Escala de Ansiedad Revisada Ante la Muerte, que en su versión norteamericana fue creada por Thorson y Powell (1988). Consta de 25 ítems que se responden según 5 puntos tipo Likert, del 0 al 4. Se le pide a la persona que responda si están de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones. Así 17 de las 25 afirmaciones son enunciadas de manera positiva (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24) y 8 de manera negativa (4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25) siendo 0 = totalmente en desacuerdo; 1 = en desacuerdo; 2= neutral; 3= de acuerdo; 4= totalmente de acuerdo. Luego, en el proceso de puntuación las respuestas de los ítems enunciados de forma negativa se invierten (siendo 4= totalmente en desacuerdo; 3 = en desacuerdo; 2= neutral; 1= de acuerdo; 0= totalmente de acuerdo).El resultado final se obtiene sumando las puntuaciones asignadas a los ítems (Neimeyer, 1997).

Escenario:

Los instrumentos fueron aplicados de manera individual a cada uno de los participantes de la muestra en sus espacios laborales y de acción, es decir, dentro de los hospitales ubicados en Capital Federal.

Al ser autoadministrables se entregaron los mismos a los profesionales para que los resuelvan. Una vez resueltos y aclaradas las dudas, si es que se presentaron, las escalas fueron recogidas por el investigador para su debido procesamiento.

A un número reducido de la muestra, las evaluaciones fueron enviadas vía e-mail a través de compañeros de trabajo, también psicooncólogos que quisieron colaborar por la conocida dificultad en poder dar con profesionales trabajadores o

especializados en esta área ya que no existe una población muy numerosa, los cursos de especialización en psicooncología en nuestro país son muy recientes.

Análisis de los datos

Una vez obtenidos los instrumentos resueltos, los datos serán procesados, para esto, se utilizará la herramienta estadística SPSS (Statistical Product and Service Solutions V17) para Windows.

Para constituir la relación entre las variables se realizará la construcción de las dimensiones correspondientes al burn-out, (Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal en el trabajo) y la debida transformación de los datos para crear la escala de ansiedad ante la muerte cuya puntuación de algunos de los ítems debe asignarse de forma invertida en referencia a los valores.

Se utilizará la función de correlación de Pearson y/o Spearman según corresponda para la relación entre la Ansiedad ante la muerte y las distintas dimensiones pertenecientes al síndrome de burn-out con el fin de verificar si entre estas existe correlación de algún tipo.

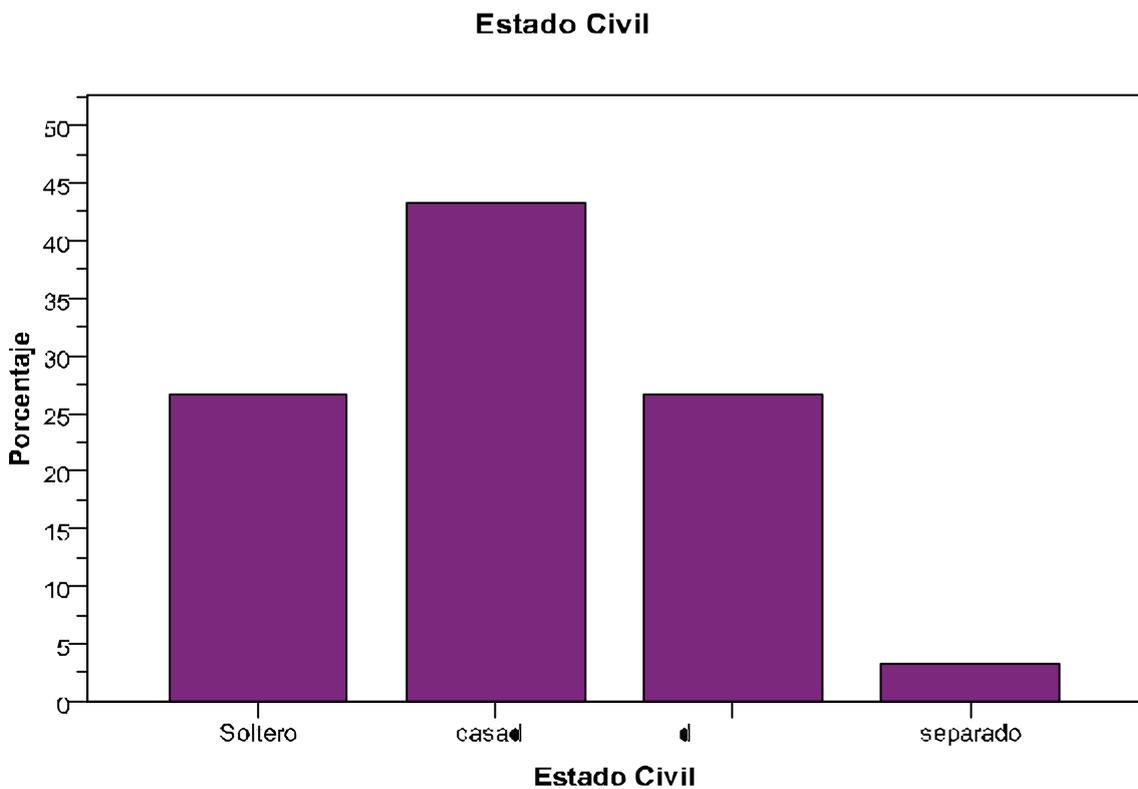
Se realizara también la correlación pertinente, según prueba de normalidad, entre la ansiedad ante la muerte y el ítem número 8 del Maslash Burn-out Inventory que anuncia: *Me siento “quemado” por el trabajo*, por considerar que es uno de los ítems más significativos de la escala, ya que es el único que describe o anuncia de manera directa (o no parcial) el sentimiento que la escala pretende evaluar.

Capítulo Cinco

Resultados

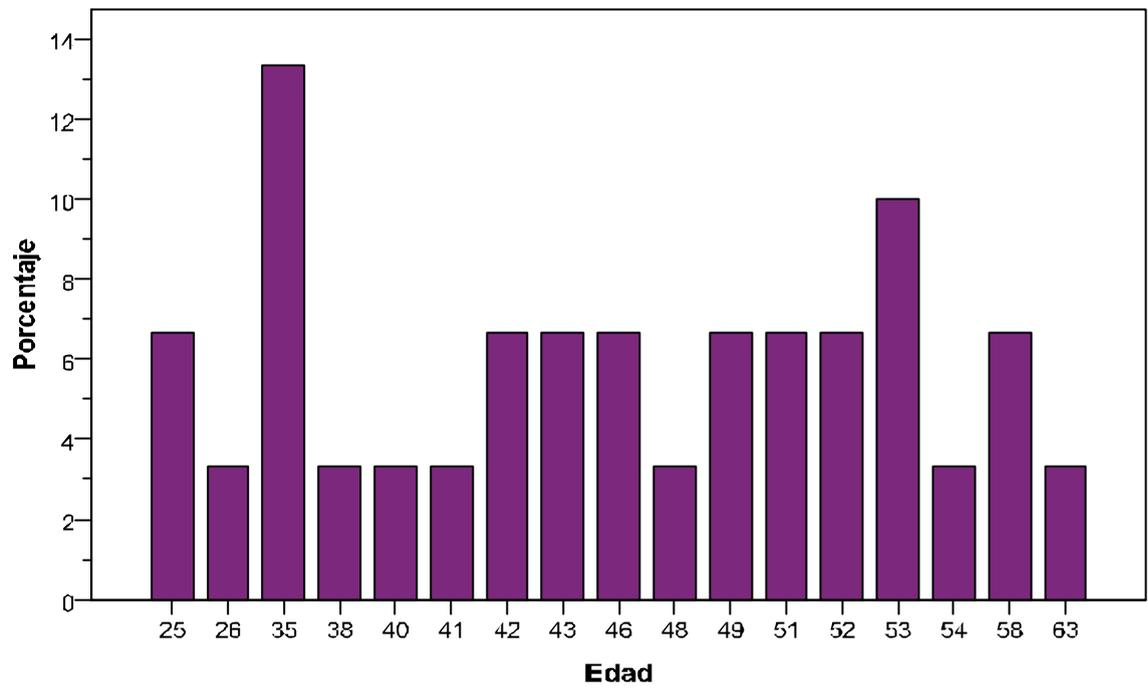
La muestra está conformada 30 profesionales, 21 mujeres y 9 hombres, de los cuales en porcentajes:

El 26.7% es soltero, el 43.3% es casado, otro 26.7 % es divorciado y hay un divorciado con el 3.3%.

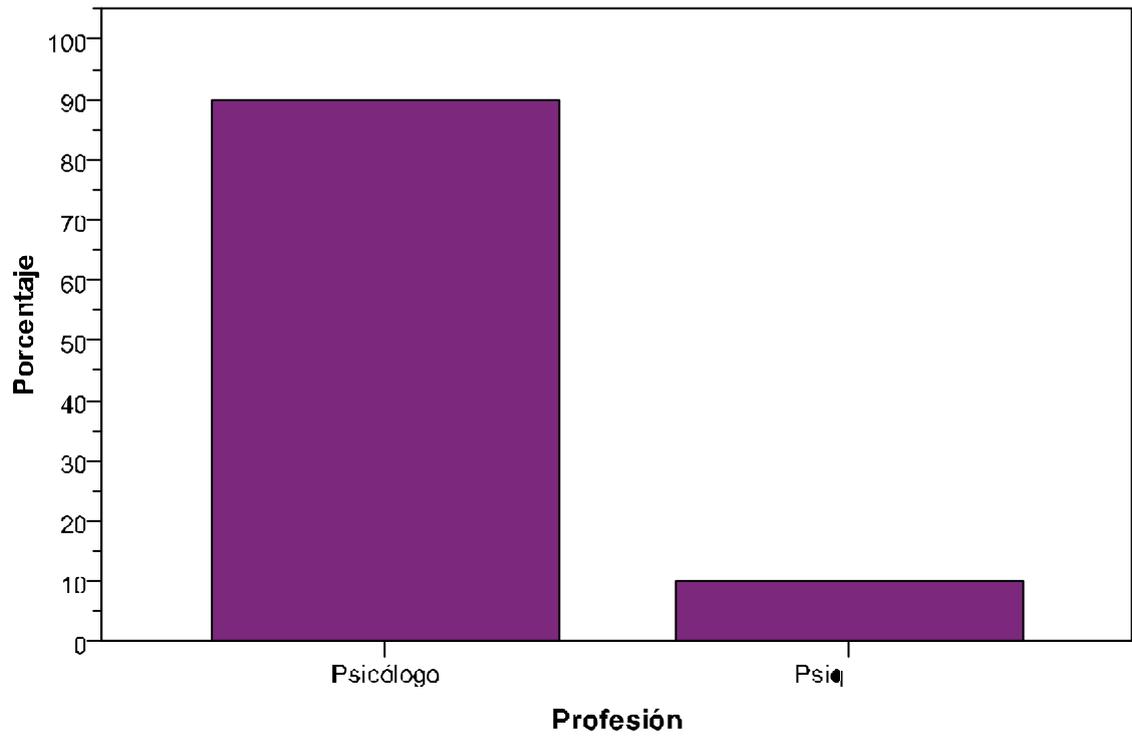


Las edades varían entre los 25 años y los 63 años, teniendo el 13,3% de los encuestados 35 años, el 10 % los profesionales de 53 años, el 6.7% las edades de 25, 42, 43, 46, 49, 51, 52 y 58 años; el 3.3% los evaluados de 26, 38, 40, 41, 48, 54, 58 años.

Edad

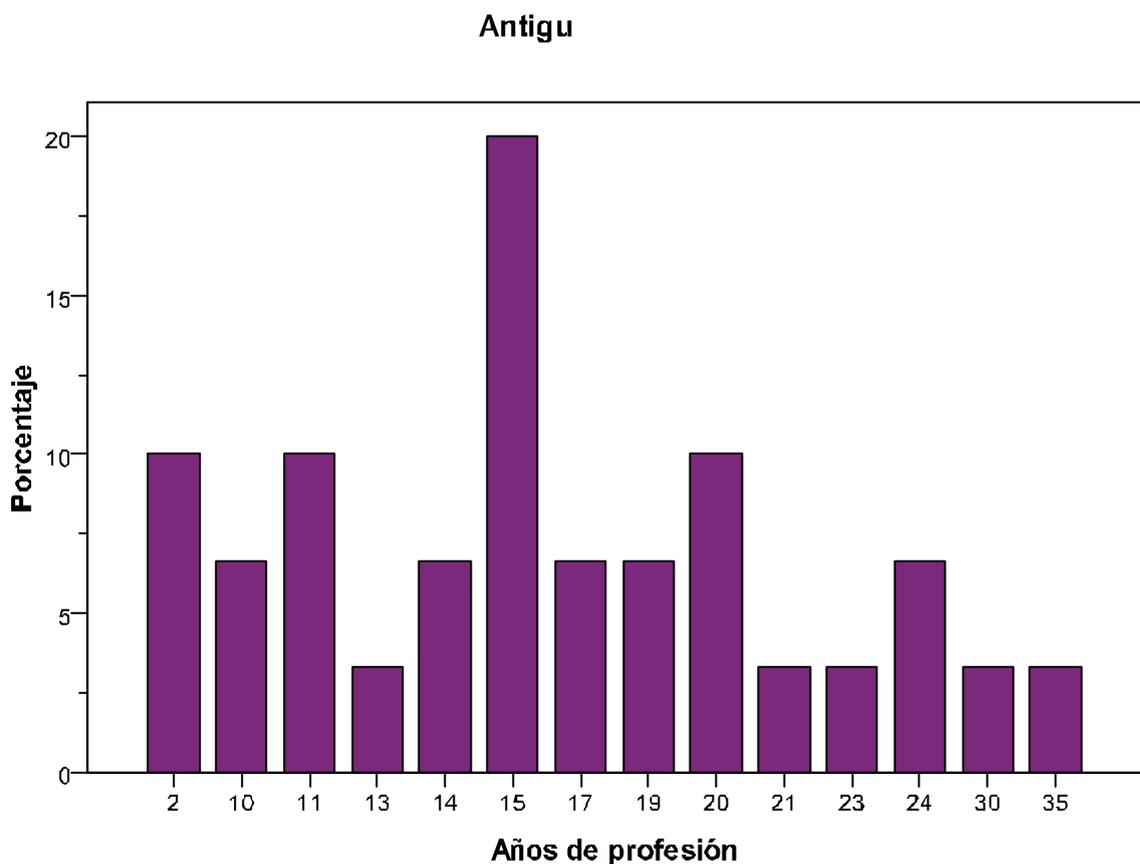


Profesión



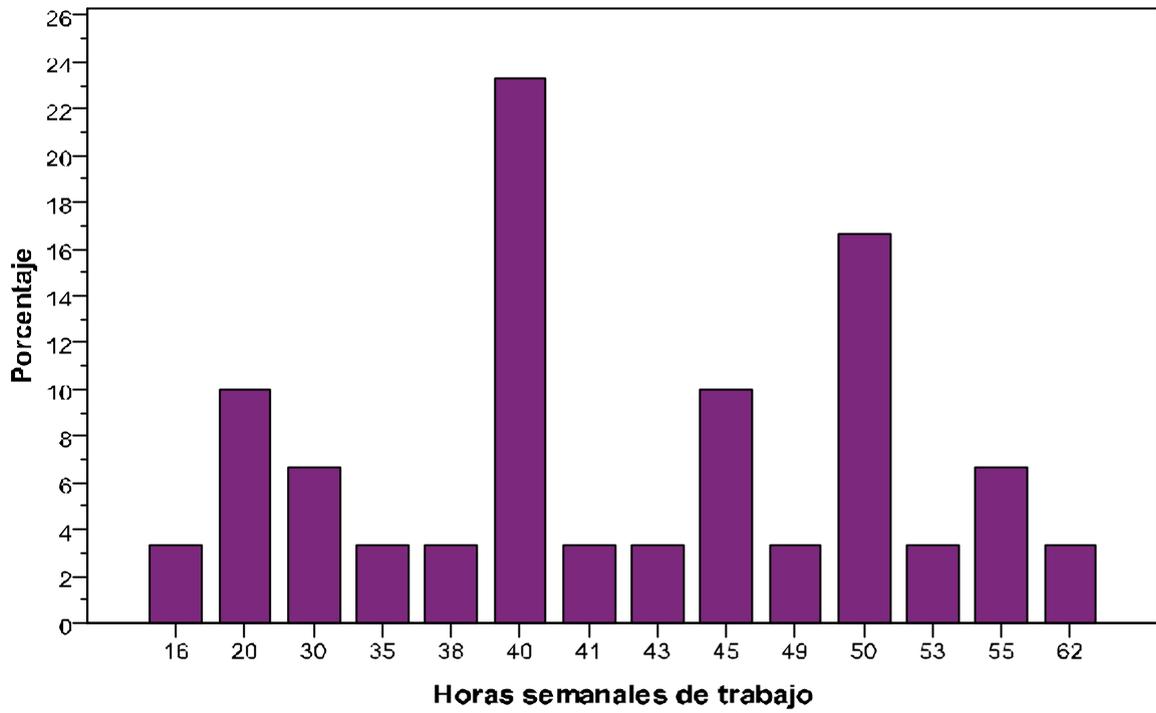
El 90% de la muestra (27 profesionales), son profesionales psicólogos, mientras que el 10% de la muestra pertenece a profesionales psiquiatras.

Con respecto a la antigüedad el rango va entre 2 años y 35 años de profesión, siendo los porcentajes más significativos los trabajadores que llevan 15 años de carrera con el 20%, seguido de los que poseen 20, 11, y 2 años de antigüedad con el 10%. Luego siguen los de 24, 19, 17, 14 y 10 con el 6,7% y los de 35, 30, 23, 21, y 13 con el 3.3%.



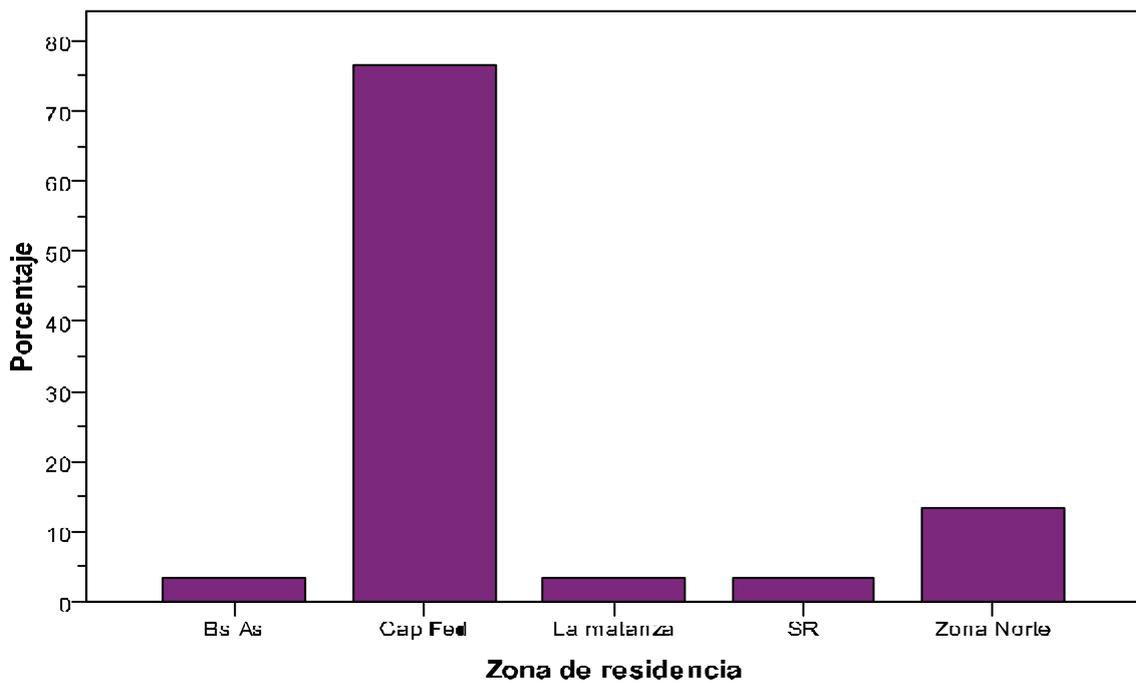
Con lo que respecta a las horas semanales de trabajo la muestra está compuesta por trabajadores que trabajan semanalmente 40 horas, el 23,3%; 50 horas, el 16,7%, con el 6,7% los profesionales que dedican 55, y 30 horas semanales a su trabajo y con el 3.3% los que dedican 62, 53, 49, 43, 41, 38, 35, 16 horas.

Horas semanales de trabajo



El 76% reside en Capital Federal (N = 23)

Zona de residencia

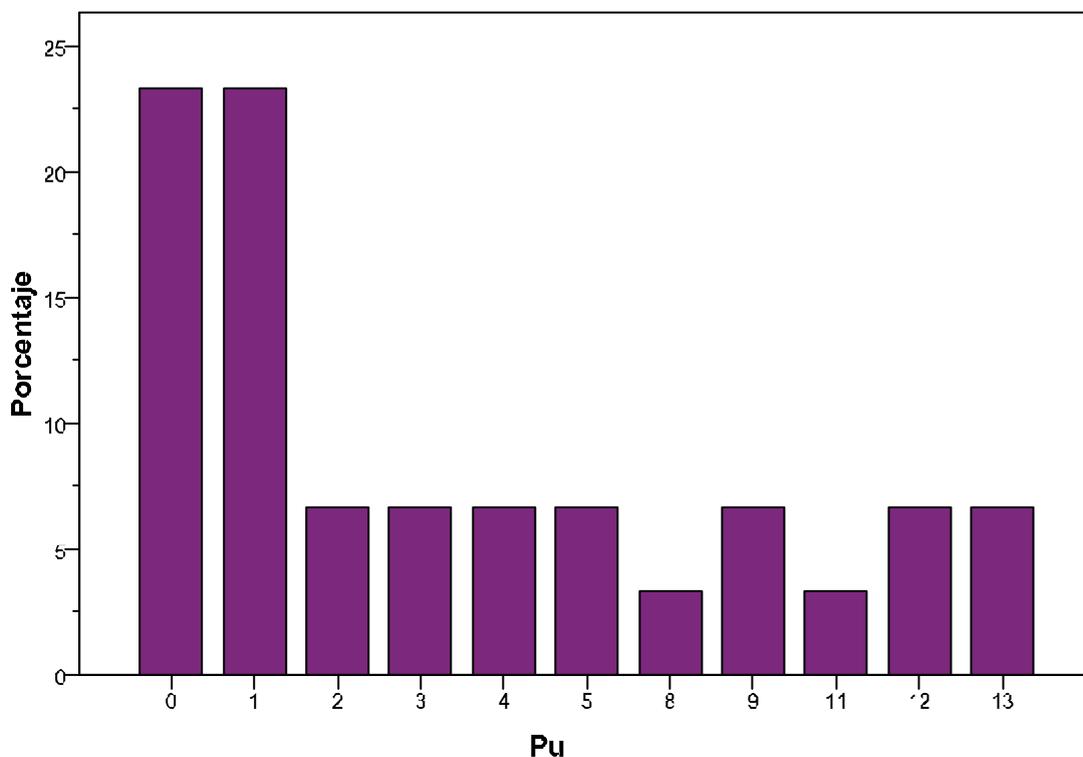


Según el resultados obtenidos, presentados en la siguiente tabla, de las dimensiones del burn-out y teniendo el cuenta el gráfico perteneciente a la escala de ansiedad ante la muerte, podría decirse que nos encontramos ante una muestra “sana”.

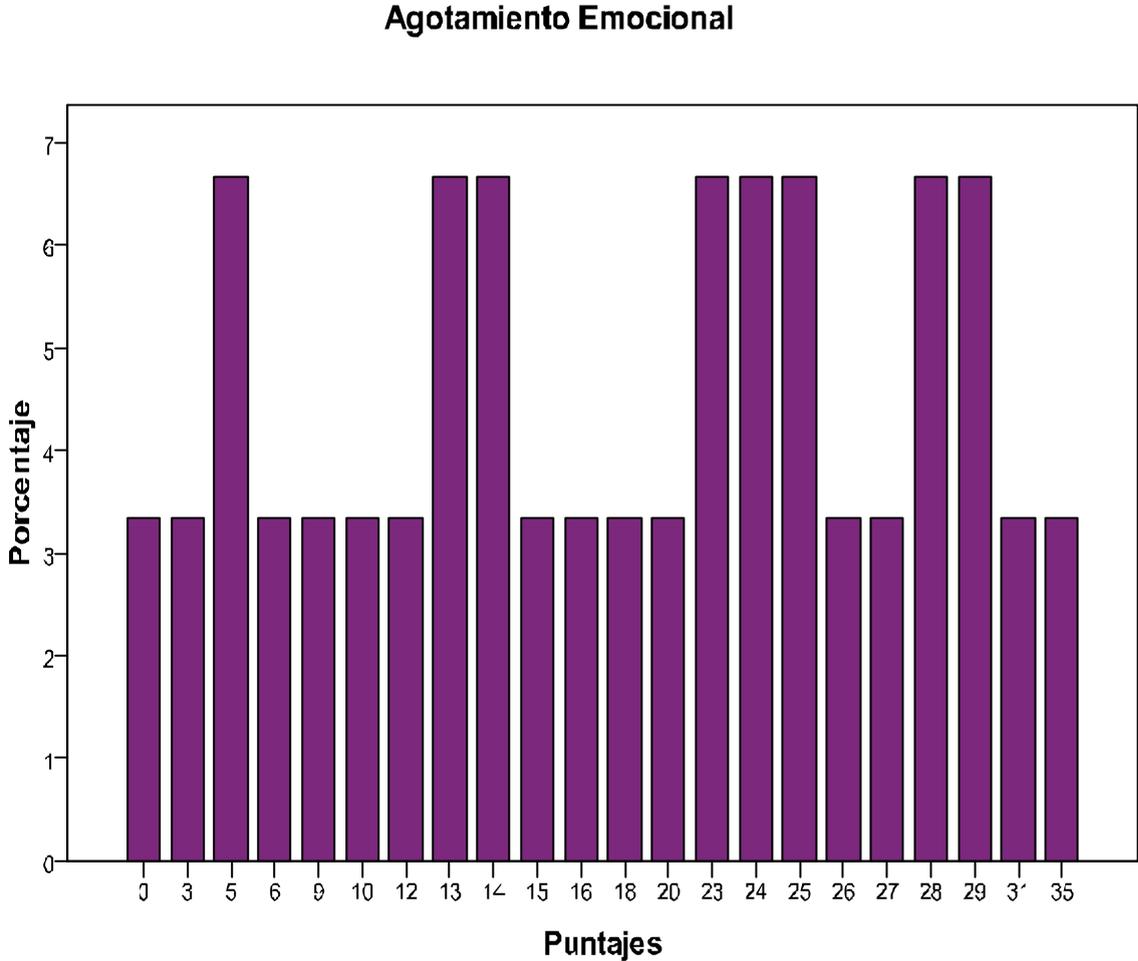
	Bajo	Medio	Alto
Despersonalización	73.4%	10%	16.6%
Agotamiento emocional	49.8%	26.9%	23.3%
Realización Personal en el trabajo	9.9%	36.6%	53.5%

Según frecuencia en respuestas, en la dimensión de Despersonalización los porcentajes más elevados son los que presentan 0 y 1 punto en despersonalización, ambos con un porcentaje del 23,3%. Con 2, 3, 4, 5, 9, 12 y 13 puntos corresponde un 6,7 % a cada uno y con 8 y 11 puntos el 3,3% para cada uno.

Despersonalización



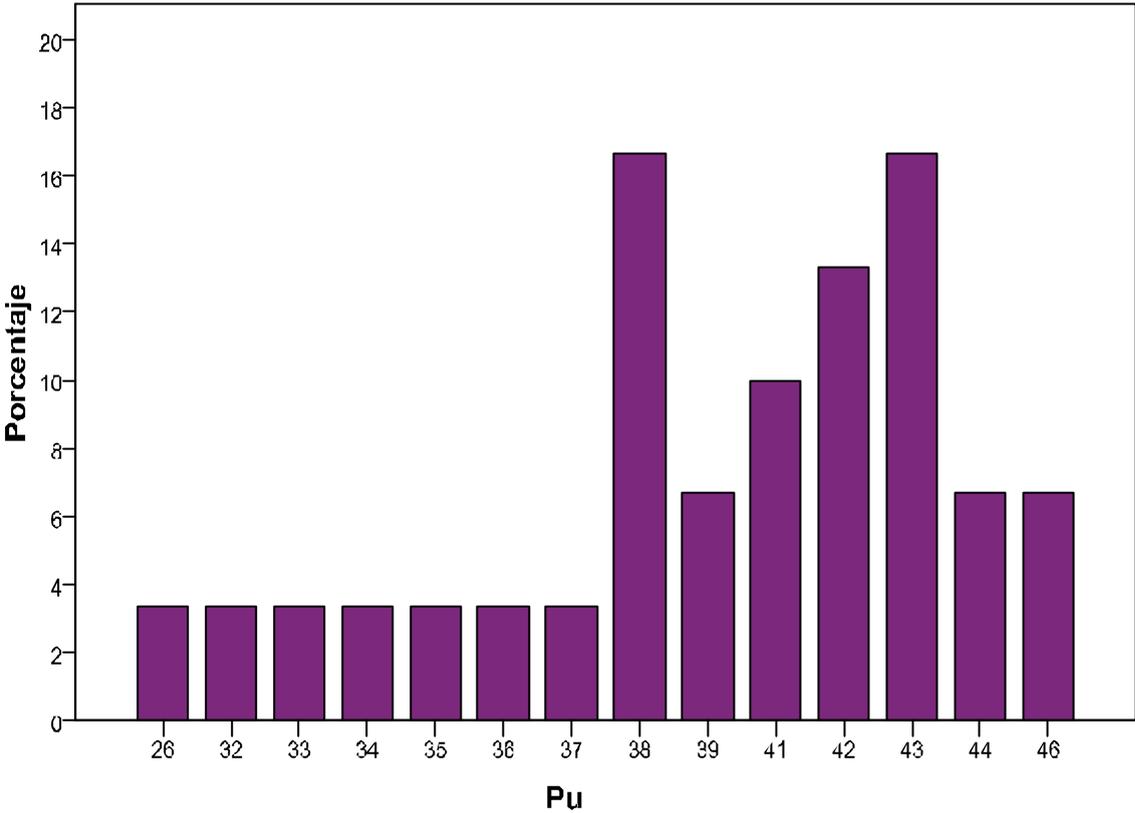
Para la dimensión de agotamiento emocional se hayo algo similar en relación a la variación de puntajes de respuestas.



Los puntajes van de 0 a 35 con el porcentaje de respuestas muy repartido. Según frecuencia en respuestas, en la dimensión de Agotamiento emocional los porcentajes más elevados son los que presentan 5,13, 14, 23, 24, 25, 28 y 29 puntos, todos con un porcentaje del 6.7% y con el 3,3% el resto.

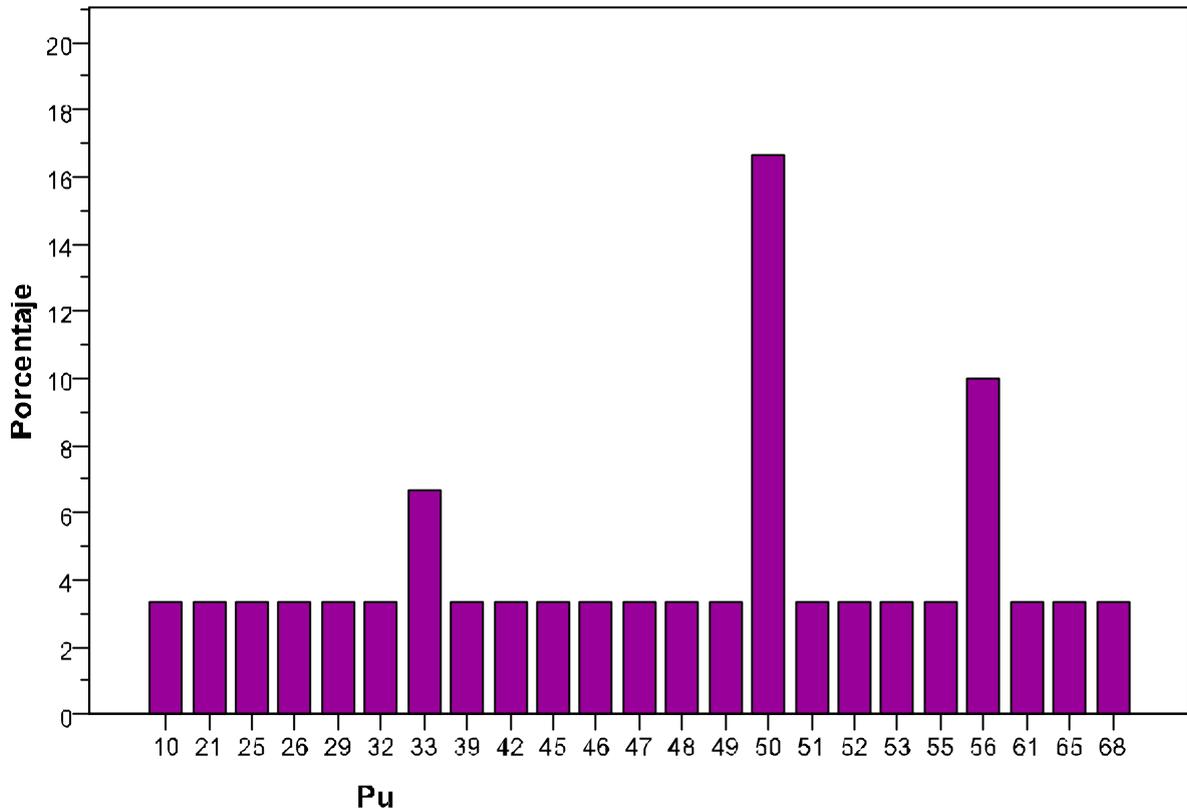
En relación a la dimensión Realización personal en el trabajo, los puntajes van de 26 a 46 presentando un mayor porcentaje los puntajes 43 con el 16,7%, 42 con el 13,3%, 41 con el 10%

Realización personal en el trabajo



En lo que hace referencia a la escala de ansiedad ante la muerte, si bien no posee punto de corte, se puede observar que los puntajes fueron más elevados. Variaron de 10 a 68 puntos, teniendo el porcentaje más alto los que presentaron 50 puntos con el 16,7% y 56 puntos con el 10%.

Pu



Según los datos obtenidos por la prueba de normalidad, las variables normales, en este caso Agotamiento emocional y Ansiedad ante la muerte, fueron correlacionadas con Correlación de Pearson.

Las variables anormales, Despersonalización y Realización personal en el trabajo, fueron relacionadas entre sí con Correlación de Spearman.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Despersonalización	,218	30	,001	,809	30	,000
Agotamiento Emocional	,157	30	,059	,958	30	,279
Realización personal en el trabajo	,159	30	,051	,923	30	,031
Puntaje total de ansiedad ante la muerte	,169	30	,029	,940	30	,094

Realizadas las correlaciones correspondientes y combinadas los resultados reflejan que:
 La relación entre la Ansiedad ante la muerte y el Agotamiento emocional es significativa ($p= 0.031$), presentando una correlación positiva entre las variables.

Correlations

		Agotamiento Emocional	Puntaje total de ansiedad ante la muerte
Agotamiento Emocional	Pearson Correlation	1	,395*
	Sig. (2-tailed)		,031
	N	30	30
Puntaje total de ansiedad ante la muerte	Pearson Correlation	,395*	1
	Sig. (2-tailed)	,031	
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La relación entre la Ansiedad Ante la Muerte y la dimensión de Realización personal en el trabajo es significativa ($p= 0.007$). Esta significación es negativa, es decir que a más ansiedad ante la muerte, se percibe menos sentimientos de realización personal en el trabajo.

Correlations

			Puntaje total de ansiedad ante la muerte	Realización personal en el trabajo
Spearman's rho	Puntaje total de ansiedad ante la muerte	Correlation Coefficient	1,000	-,485**
		Sig. (2-tailed)		,007
		N	30	30
	Realización personal en el trabajo	Correlation Coefficient	-,485**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,007	
		N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

La relación entre la Ansiedad Ante la Muerte y Despersonalización no es significativa para esta muestra.

No existe correlación significativa para las variables Antigüedad y Ansiedad ante la muerte.

No hay relación entre horas semanales de trabajo y ansiedad ante la muerte.

No hay correlación significativa entre la edad y la ansiedad ante la muerte en esta muestra.

Existe una correlación positiva entre la variable ansiedad ante la muerte y el Ítem 8 “Me siento quemado por el trabajo”, significativo por el tema tratado perteneciente a la escala “Maslash Burnout Inventory” del síndrome de burn-out ($p= 0,024$).

Correlations

		Puntaje total de ansiedad ante la muerte	Me siento "quemado" por el trabajo
Spearman's rho	Puntaje total de ansiedad ante la muerte	1,000	,410*
	Correlation Coefficient	.	,024
	Sig. (2-tailed)		
	N	30	30
Me siento "quemado" por el trabajo	Me siento "quemado" por el trabajo	,410*	1,000
	Correlation Coefficient	,024	.
	Sig. (2-tailed)		
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

No hay relación significativa entre antigüedad y despersonalización

No hay correlación entre el Agotamiento emocional y Antigüedad.

No existe correlación entre la Antigüedad y la realización personal en el trabajo.

No hay correlación existente entre la variable Edad y ninguna de las tres dimensiones por la cual está compuesta el Maslash Burn-out Inventory.

No se hayo correlación significativa entre las horas semanales en el trabajo y la dimensión de despersonalización como así tampoco entre la primera y agotamiento emocional.

Se hayo una correlación significativa entre las variables Horas semanales de trabajo y realización personal en el trabajo. Correlación del tipo negativa.

Correlations

			Horas semanales de trabajo	Realización personal en el trabajo
Spearman's rho	Horas semanales de trabajo	Correlation Coefficient	1,000	-,377*
		Sig. (2-tailed)	.	,040
		N	30	30
Spearman's rho	Realización personal en el trabajo	Correlation Coefficient	-,377*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,040	.
		N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Por otra parte este estudio arrojo resultados para constatar las correlaciones correspondientes para las dimensiones que conforman el inventario del burn-out. Es decir, se hayo correlación significativa entre la despersonalización y la realización personal en el trabajo, de tipo negativa.

Correlations

			Despersonalización	Realización personal en el trabajo
Spearman's rho	Despersonalización	Correlation Coefficient	1,000	-,456*
		Sig. (2-tailed)	.	,011
		N	30	30
Spearman's rho	Realización personal en el trabajo	Correlation Coefficient	-,456*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,011	.
		N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La correlación entre la Despersonalización y el Agotamiento emocional es significativa y de tipo positiva.

Correlations

			Despersonalización	Agotamiento Emocional
Spearman's rho	Despersonalización	Correlation Coefficient	1,000	,509**
		Sig. (2-tailed)		,004
		N	30	30
	Agotamiento Emocional	Correlation Coefficient	,509**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,004	
		N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

La correlación hallada entre el agotamiento emocional y la realización personal en el trabajo es significativamente negativa.

Correlations

			Agotamiento Emocional	Realización personal en el trabajo
Spearman's rho	Agotamiento Emocional	Correlation Coefficient	1,000	-,658**
		Sig. (2-tailed)		,000
		N	30	30
	Realización personal en el trabajo	Correlation Coefficient	-,658**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Capítulo Seis

Discusión y Conclusiones:

A partir de los resultados arrojados por el estudio realizado se puede afirmar que la población evaluada obtuvo puntuaciones favorables reflejadas en porcentajes bajos para las dimensiones que reflejan los síntomas negativos del síndrome y presentan porcentajes altos en la dimensión correspondiente a la realización personal, lo que expresa un bajo índice de síndrome de burn-out en los profesionales que trabajan en el área de psicooncología de Capital Federal.

Del mismo modo, no existen puntajes demasiado elevados en la escala de Ansiedad ante la muerte respondida por los mismos profesionales, sin embargo, estos puntajes son más altos que los que presentó el burn-out, por lo que se deberían implementar programas de prevención para impedir e interrumpir su aumento.

Según los datos arrojados por las correlaciones realizadas, podríamos decir que la hipótesis se confirma ya que, existe una relación entre las dimensiones del Síndrome de Burn-Out y la Ansiedad Ante la Muerte.

Esta afirmación se justifica por la correlación positiva entre la dimensión de Agotamiento emocional y la ansiedad ante la muerte.

Se justifica por la correlación negativa entre la Realización personal en el trabajo y la Ansiedad ante la muerte, teniendo en cuenta que un puntaje alto en dicha dimensión expresa la sensación de un desempeño personal exitoso y un puntaje bajo refleja la sensación de un desempeño pobre, según expectativas que se habían planteado con anterioridad.

Si bien no se encontró correlación entre la dimensión de Despersonalización y la Ansiedad ante la muerte, se ha encontrado una correlación muy significativa ($p=0,024$) entre el ítem que expresa estar “quemado” por el trabajo, el más explícito en referencia a la idea principal de esta escala, y la ansiedad ante la muerte.

Estos resultados son importantes para la creación de métodos de prevención y también de intervención al agotamiento emocional y a la ansiedad que genera estar en

constante contacto con seres humanos con la vida amenazada. En los hospitales se podrían implementar reuniones de los grupos en riesgo para que puedan compartir sus experiencias y promover el bienestar de los mismos. Es de suma importancia el cuidado de nuestros profesionales psicooncólogos, “un fallo en los mecanismos de defensa puede provocar ansiedad ante la muerte además de otros problemas psicopatológicos, como depresión, diversos tipos de neuroticismos y psicosis” (Neimeyer, 1997, p.28)

A demás, vale agregar la relevancia del dato arrojado por la relación negativa entre las horas semanales de trabajo y realización personal en el trabajo, que representaría el sentimiento de mayor eficacia y bienestar en el rol profesional, el cumplimiento con las expectativas propias y el sentirse exitoso en sus intervenciones, cuando se trabaja por menos horas, y que esta virtud decaería en profesionales que presentan jornadas laborales más extensas, los que tienen más práctica con estos pacientes, que están más horas expuestos a sostener, a ser la trinchera, o el mediador de un equipo de trabajo.

Este resultado daría la pauta de la importancia de que las jornadas laborales de estos profesionales sean reducidas y no abarquen un número excesivo de horas, ya que la realización personal en el trabajo es de suma importancia para el rol que el profesional cumplirá y su autoestima, y de mayor relevancia, cuando se tiene en cuenta el tratado de estos pacientes que necesitan a un profesional “entero”, armado de herramientas para tratar su estado.

Bibliografía:

Albarejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, ME., Dominguez, V. (2004). Síndrome de burn-out en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*, 4. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n4/original3.pdf>

Aresca, L., Birgin, D., Blum, S., Emma, B., Figini, M.C., Gulias, S., Iconikoff, R., Kors, B., Rosenfels, C. (2004). *Psicooncología: diferentes miradas*. Buenos Aires: Lugar.

Ariès, P. (2011). *El hombre ante la muerte*. Buenos Aires: Taurus.

Bastian, E. & Staley, T. (2010). *Vivir plenamente, morir bien*. Madrid: Gaia Ediciones.

Behar, D. (2003). *Un buen morir: Encontrando sentido al proceso de la muerte*. México D.F.: Editorial Pax México.

Bowker, J. (2003). *Los significados de la muerte*. Cambridge University Press

Chiozza, L. (2010). *Cancer: ¿Por qué a mí, por qué ahora?* Buenos Aires: Libros del Zorral.

Cía, A. (2004). *Trastorno de Ansiedad Social: Manual diagnóstico, Terapéutico y de Autoayuda*. Buenos Aires: Polemos.

Freud, S., Nosotros y la muerte. *Revista Freudiana*, 1, 1991. Barcelona: Ediciones Piados.

García- García, J.M., Herrero Remuzgo, S. & León Fuentes, J. L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla [Versión Electrónica]. *Apuntes de Psicología*, 25: 157-174.

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

- Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- López Castedo, A. & Calle Santos, I. (2008). Características psicométricas de la escala de ansiedad ante la Muerte (das) en pacientes de VIH/sida [Versión electrónica]. *Psicothema*, 20, 958-963.
- Mansilla, F. (s.f) Maslach Burnout Inventory. Recuperado el 13 de Julio de 2010, de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo13.shtml>
- Moreno-Jimenez, B., Garrosa, E., Rodríguez, R., Morante, M.E. (2003). El desgaste profesional o Burnout en profesionales de psicología. *Boletín de psicología*, 79, 9.
- Neimeyer, A.R. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Olivera, K. P., Ruíz Arciniega, N. V. & Balcázar Nava, P. (2010). Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista científica electrónica de psicología icsa-uaeh*, 8. Recuperado el 29 de Agosto 2010, de: dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/6_-_No._8.pdf
- Pucheu, M. (2011, septiembre). *Psicooncología y cuidados paliativos*. Ponencia presentada en la IX jornada de psicooncología.
- Rinpoche, S. (2011). *El libro tibetano de la vida y la muerte*. Buenos Aires: Ediciones Urano.
- Schar, B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*, 9. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83209205>
- Torrent, J. C. (2003). Síndrome de agotamiento profesional (burn-out) en oncología. *IX congreso SEOM* (pág. 67-69). Barcelona: Sociedad Española de Oncología Médica. Disponible en: http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/abstracts/2003/ponencias_tenerife.pdf

Anexo:

“Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach y Jackson

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							

7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me							

		produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte (EAMR) de James A. Thorson y F. C. Powell

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, relacionadas a la actitud frente a la muerte, ninguna respuesta es mejor o peor.

A cada una de las afirmaciones debe responder si está de acuerdo o en desacuerdo.

Responde a cada afirmación marcando con una cruz (X) dentro del cuadro que le corresponda a cada pregunta.

		0	1	2	3	4
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Me asusta tener una muerte dolorosa					
2	Me preocupa no saber cómo será el otro mundo					
3	La idea de no volver a pensar después de morir me asusta					
4	No estoy nada ansioso respecto a lo que le ocurre al cuerpo después del entierro					
5	Los ataúdes me ponen nervioso					
6	Odio pensar en perder el control sobre mis cosas después de morir					
7	Me fastidia estar totalmente inmóvil después de la muerte					
8	Me aterra pensar en que me operen					
9	El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho					

10	No tengo miedo a una muerte larga y lenta					
11	No me preocupa la idea de que me encierren en un ataúd cuando muera					
12	Odio la idea de sentirme indefenso después de la muerte					
13	No me preocupa en absoluto si hay vida o no después de la muerte					
14	Me perturba la idea de no volver a sentir nada después de morir					
15	Me asusta el dolor que implica morir					
16	Espero una nueva vida cuando muera					
17	No me preocupa sentirme indefenso algún día					
18	Me angustia el pensamiento de que mi cuerpo se descomponga en la tumba					
19	Me trastorna pensar en todo lo que perderé después de morir					
20	Me preocupa saber que nos pasa después de morir					
21	No me interesa en absoluto controlar las					

	cosas					
22	Me asusta el aislamiento total de la muerte					
23	No estoy particularmente asustado por contraer cáncer					
24	Dejare instrucciones cuidadosas sobre cómo se debería hacer las cosas cuando me haya ido					
25	Lo que le ocurra a mi cuerpo después de muerto no me preocupa					