

UNA APROXIMACIÓN AL QUEHACER DEL PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA CON ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

FLAVIA ARRIGONI¹

Recibido para publicación: 06-12-2019 - Versión corregida: 01-03-2020 - Aprobado para publicación: 24-04-2020

Arrigoni F. **Una aproximación al quehacer del personal de salud que trabaja con adultos con discapacidad intelectual.** *Arch Med (Manizales)* 2020; 20(2):384-396.
<https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3635>

Resumen

Objetivo: conocer las percepciones del personal de salud en el contexto institucional motivacional, ocupacional y su nivel de satisfacción laboral en el trabajo con adultos con discapacidad intelectual. **Materiales y métodos:** estudio con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y diseño no experimental-transaccional. Se utilizó una ficha sociodemográfica y laboral (ad hoc) que incluye hábitos y estilo de vida. Para analizar los resultados se utilizó el SPSS 21. **Resultados:** participaron 12 trabajadores, el 83% mujeres con promedio de 34,5 años de edad; el 67% trabaja más de 40 horas a la semana. El 50% reportó experimentar inseguridad laboral con distintos niveles de frecuencia. El 66,7% disfruta trabajar con personas con discapacidad. El 42% cree prioritarios cambios en la "conducción" y el 17% "mejorar la comunicación". **Conclusiones:** estos resultados permiten diseñar propuestas de formación y programas para la promoción de su salud y prevención de la enfermedad.

Palabras claves: análisis demográfico, satisfacción en el trabajo, personal de salud, personas con discapacidad, discapacidad intelectual.

An approach to the work of health personnel working with adults with intellectual disabilities

Summary

Objectives: to know the perceptions of health personnel in relation to the institutional context, their level of job satisfaction and aspects related to motivational dimension. **Materials and methods:** study with a quantitative approach, with a descriptive scope, with a non-experimental, transactional design. A sociodemographic and labor file was

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 20 N° 2, Julio-diciembre 2020, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Arrigoni F.

1 Mgter. Flavia Arrigoni. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. ORCID: 0000 0001 5664 6167. Correo e.: arrigoniflavia@gmail.com

used, which includes sociodemographic and labor data (ad hoc), as well as aspects related to lifestyle habits. The institutional context, the level of worker satisfaction and other aspects related to the motivational dimension are investigated. SPSS 21 was used for the analysis of the results. **Results:** 12 employees participated; these were women (83%) with an average age of 34.5 years, 67% work more than 40 hours per week. A 50% reported experiencing a certain level of occupational insecurity with different frequencies. The 66.7% enjoy working with people with disabilities. A 42% believe priority changes are needed in “leadership” and a 17% in the “improvement in communication”. **Conclusions:** it is considered convenient to know the reality of these workers to design training proposals and to plan programs for the promotion of their health.

Key words: demographic analysis, job satisfaction, health personnel, people with disabilities, intellectual disability.

Introducción

Waddell y Burton (2006) [1] se interesaron en el impacto positivo del trabajo sobre la salud, concluyendo que éste es fundamental, no solo, para el bienestar general de la persona, sino también para su salud física y mental. No obstante, sentenciará Peiró (2005) [2] que actualmente “resulta importante y necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, ya que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental, tiene repercusiones sobre la organización (p. 11)”.

El presente estudio se interesó por conocer la realidad laboral de trabajadores de apoyo a la salud que desarrollan su labor cotidiana en el seno de una institución destinada al cuidado de personas adultas con discapacidad intelectual grave o profunda y, por ende, con un alto nivel de dependencia. Córdoba, *et al.* (2016) [3] utilizan el término ADI para referirse a las personas adultas con discapacidad intelectual. La institución seleccionada fue creada para el cuidado de ADI que carecen de recursos familiares, sociales y/o económicos y residen en ella, para recibir los cuidados requeridos dada su condición particular.

Goffman (1970) [4] utiliza el constructo **institución total** para designar un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (p. 13)”. En este tipo de espacios todos los aspectos de la vida de la persona suceden en un mismo lugar y bajo el control de una autoridad única (en este caso equipo interdisciplinario). Los usuarios no suelen ingresar voluntariamente a estas instituciones y, en ellas, un equipo interdisciplinario protocoliza estrategias y actividades tendientes a mejorar las potencialidades de los residentes, respecto a la calidad de vida, la autogestión y su autodeterminación del cuidado y el autocuidado desde la atención integral.

Seda (2018) [5] refiere que “el 15% de la población mundial tiene algún grado de discapacidad, según la estimación de un estudio internacional publicado en 2010 por la OMS” (p. 185). En Argentina, según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003 (INDEC, 2004) [6], el 7,1% de personas que residen en el país tiene alguna discapacidad y un 20,6% de hogares tiene al menos una persona con discapacidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) [7] ratificada en Argentina por la Ley N° 26638 considera como tales a quienes “tengan deficiencias físicas, mentales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Seda, 2018, p.185) [5].

La discapacidad ha dejado de ser un tema de estricta incumbencia médica, para convertirse en una cuestión social. La OMS (2011) [8] considera la discapacidad como resultado de una compleja relación entre ciertas condiciones de salud, factores personales del individuo y factores externos vinculados con las circunstancias en las que vive y se desarrolla la persona.

El mundo de la discapacidad es un mundo heterogéneo, en el que influyen múltiples variables: tipo de discapacidad, edad, género, capacidades propias de la persona, estructura familiar y apoyo social, por ello, a lo largo del tiempo las personas con discapacidad (PCD) han sido objeto de temor, vergüenza o compasión de la mayoría de las personas, debido al desconocimiento de las condiciones del individuo, por lo que han sido rechazados, demonizados o sometidos a un proceso de normalización. La “normalización social” ha implicado la operativización de diferentes “formas de control social respecto a aquellas personas que se alejan de los parámetros definidos como “normales”, de modo que se logre su asimilación a la vida social” (Pignolo, 2007, p.10) [9].

El modelo inclusivo de los derechos humanos o de la diversidad funcional, propuesto en el año 2005, entiende la discapacidad como una contingencia en la vida de un individuo, y propone abandonar la palabra “discapacidad”, para utilizar el término “diversidad funcional” (Ontiveros, 2012) [10]. Considera a la normalidad como una construcción del sistema de sociedades occidentales contemporáneas, como una ficción estadística, ya que la diversidad es un atributo propio de la existencia humana.

La *American Psychological Association* define la discapacidad intelectual - trastorno del desarrollo intelectual- como un “trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (2013, p.17) [11]. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM V (APA, 2013) establece los criterios que deben cumplirse para su diagnóstico: deficiencias de las funciones intelectuales y del comportamiento adaptativo iniciadas durante el período de desarrollo.

En relación a la discapacidad intelectual profunda en el dominio conceptual, la persona puede utilizar objetos para el autocuidado y puede adquirir habilidades visoespaciales. No obstante, las alteraciones motoras y sensitivas pueden dificultar el uso funcional de los objetos. En el dominio social, se caracteriza por una limitada comprensión de la comunicación simbólica, lo que lleva a la persona a expresar sus deseos y emociones a través de la comunicación no verbal. Comprende instrucciones y gestos sencillos, aunque ciertas alteraciones sensoriales y físicas pueden impedir actividades sociales. En el dominio práctico, la persona depende de otros para todos los aspectos vinculados al cuidado físico, el cuidado de la salud y la seguridad, aunque puede participar de algunas de estas actividades.

La labor de los profesionales que acompañan a los ADI implica no sólo el trabajo diario con otros seres humanos, sino también la necesidad de satisfacer las demandas de atención, acompañamiento y cuidado de personas con altos niveles de dependencia, lo que puede impactar la salud y el bienestar del trabajador.

El contacto continuo con otras personas, sumado a una alta carga emocional, puede generar deterioro en la salud de los trabajadores. Diversos autores han encontrado una alta incidencia de sintomatología asociada al *burnout* en profesionales y docentes cuya función

principal es proteger, mantener e incrementar el bienestar de PCD (Watanabe y Yasuko, 2001 [12]; Guerrero y Vicente 2002 [13]; Molina, *et al.* 2005 [14]; Soderfeldt *et al.*, 1996 [15]).

Estos trabajadores dedican un tiempo considerable al cuidado de las personas que necesitan ayuda o se encuentran en situación de dependencia total, lo que crea en algunos momentos sentimientos de frustración, compasión e incluso desencanto (Guerrero y Vicente 2002) [13]; Jackson y Ashley 2005 [16].

Ruiz-Calzado (2016) [17] se ha interesado en conocer las variables sociodemográficas, laborales y personales que influyen en la aparición del estrés laboral de profesionales que laboran con PCD. Los resultados más relevantes destacan la relación entre diversas variables laborales, tales como cantidad de años de experiencia profesional, el tiempo de trabajo en el mismo puesto, y el *burnout* (Ruiz-Calzado y Llorent, 2018) [18].

Por su parte, la OMS (2010) [19] ha identificado los siguientes factores psicosociales que implican riesgo para la salud de los trabajadores: contenido de la tarea, horario de trabajo, nivel de control sobre la tarea, entorno y equipo de trabajo, aspectos vinculados a la cultura y función organizacional, relaciones interpersonales, rol en la organización, y relación del trabajo con el hogar.

También se entiende como facilitadores del estrés laboral “aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto” (Gil Monte y Peiró, 2009, p. 71) [20]. Algunas de ellas son:

- Variables de carácter demográfico: género, edad, estado civil, cantidad de hijos, entre otras)
- Cualidades personales han probado tener una función facilitadora o inhibidora de la influencia que los estresores laborales ejercen sobre la persona, tales como la antigüedad en el puesto y en la profesión.

Conocer las variables que influyen en la aparición del estrés laboral resulta de utilidad para generar propuestas de mejora, y así contribuir a su disminución o erradicación, con el fin de incrementar el bienestar laboral de estos profesionales y el de los ADI. Las condiciones laborales inadecuadas o abusivas dañan la salud de los profesionales, por lo que se requiere avanzar en programas de prevención de riesgos laborales (Carrasco, de la Corte y León, 2010) [21].

Asimismo, Gascon *et al.* (2012) [22] enfatizan la conveniencia de diseñar estudios que evalúen la contribución de los programas de intervención para profesionales que trabajan en ámbitos de altos niveles de vulnerabilidad, para conocer los efectos en la prevención del estrés laboral y favorecer la adquisición de herramientas o estrategias de afrontamiento para situaciones laborales potencialmente perjudiciales para la salud de los trabajadores.

El entorno de trabajo puede incrementar la posibilidad de ocurrencia de un padecimiento mental, empeorar uno preexistente o contribuir al distrés mental (ansiedad, *burnout*, etc.). Si bien hay casos en los el *burnout* no llega a niveles diagnosticables como desorden mental, puede ser una significativa fuente de sufrimiento (*Consortium for Organizational Mental Healthcare*, 2009) [23]. Por esto se aspiró a conocer las percepciones que el personal de salud que trabaja con ADI tiene en relación al contexto institucional, su nivel de satisfacción laboral y aspectos vinculados a la dimensión motivacional/ocupacional.

Materiales y métodos

Se trata de una investigación con un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo y diseño no experimental-transaccional (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2014) [24]. Las unidades de análisis de la presente investigación fueron doce trabajadores de una institución que alberga ADI grave o profunda: 5 orientadores, 3 auxiliares,

2 enfermeras, 1 nutricionista y 1 kinesióloga. Todos los participantes están en contacto diario con los residentes de la institución.

Se elaboró y aplicó una ficha sociodemográfica ocupacional (construida *ad hoc*) que incluye datos sociodemográficos (edad, género, estado civil, entre otros) e indaga acerca del estado de salud de la persona (enfermedad, medicación, actividad física, etc.). En relación a los datos laborales, la misma indaga años de ejercicio, cantidad de instituciones en las que trabaja, tipo de jornada laboral.

En relación a la praxis de los trabajadores de la institución se exploran tres aspectos: consideraciones en relación al contexto institucional, al nivel de satisfacción laboral y a la dimensión vocacional/motivacional.

Para la elaboración del instrumento se tomaron variables de análisis incluidas en:

1. La Escala de Satisfacción Laboral (Durán *et al.*, 2001) [25], validada en España (fiabilidad *alpha* obtenida: 0.82).
2. Con el fin de conocer aspectos vinculados al sentir de los participantes en relación con el contexto institucional, se incorporó el análisis del contexto laboral extraído del libro de Tonon (2003, p. 86) [26]. Este incluye 5 ítems con una escala Likert de 7 puntos, donde 0 equivale a "Nunca" y 6 a "Todos los días". La persona debe indicar la frecuencia con la que experimenta la situación descrita en su lugar de trabajo.
3. Para los desencadenantes del estrés laboral propuestos por Gil Monte y Peiró (2009) [20], la Guía para el Diagnóstico Institucional (Ministerio de Educación de la República de Chile, 2012) [27], y algunas mediciones consideradas para la evaluación del clima laboral (COPEME, 2009) [28]
4. Nivel de satisfacción laboral: se diseñó una escala *ad hoc* para evaluar el nivel de satisfacción laboral de los participantes respecto de la institución y del rol que desempeñan en ella. Los entrevistados

debían puntuar su nivel de satisfacción de 0 a 10, donde 0 corresponde a un "bajo nivel de satisfacción" y 10 al "máximo nivel de satisfacción". Para el análisis de los datos se establecieron cuatro categorías: a) Bajo nivel de satisfacción (0, 1 y 2); b) Medio nivel de satisfacción (3, 4 y 5); c) Alto nivel de satisfacción (6, 7 y 8) y d) Muy alto nivel de satisfacción (9 y 10). Incluye 12 ítems.

5. Análisis de lo vocacional/motivacional. Este subapartado incluye 9 preguntas. Para analizar los resultados se establecieron categorías de análisis con base en las respuestas aportadas por los participantes a cada pregunta.

Procedimiento: la investigadora aplicó la ficha sociodemográfica ocupacional durante los meses de mayo a octubre del año 2018.

Análisis estadísticos: referente a la estadística descriptiva, las variables medidas en escala nominal se despliegan mediante tablas de frecuencia y las variables medidas en escala numérica mediante promedios. Para el análisis de los datos se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales SPSS 21 (IBM Corp.).

Control de sesgos: una misma investigadora aplicó la ficha sociodemográfica ocupacional.

Consideraciones éticas: el proyecto fue presentado en la convocatoria 2017 del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología Universidad del Aconcagua, fue evaluado y aprobado por dos pares evaluadores, los cuales consideraron los aspectos éticos de la investigación. Asimismo, se solicitó a los participantes la firma del consentimiento informado, siguiendo las normas del correspondiente Comité de Ética.

Una misma persona realizó las entrevistas con los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado. Su participación fue voluntaria y anónima.

Resultados

De 32 trabajadores de la institución, solo 12 decidieron participar voluntariamente en el estudio (37,5%). La edad promedio de los participantes es de 34,5 años. En su mayoría se trata de mujeres, jóvenes, solteras y sin hijos. Solo 1 de cada 4 participantes ha finalizado sus estudios universitarios. Contar con profesionales bien capacitados y actualizados puede ser de gran utilidad para diseñar propuestas de intervención acordes a los nuevos avances en el campo del abordaje de las PCD (ver Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	Categorías	f	Porcent.
Sexo	Mujer	10	83%
	Varón	2	17%
Estado civil	Solteros	7	58%
	Casados	4	33%
	Separados	1	8%
Cantidad de hijo	Sin hijos	5	42%
	Un hijo	1	8%
	Dos hijos	3	25%
	Tres hijos	1	8%
	Cuatro hijos	2	17%
Nivel de instrucción	Universitaria incompleta	5	42%
	Universitaria completa	3	25%
	Terciario completo	2	16,5%
	Secundario completo	2	16,5%

Fuente: elaboración propia

En la institución residen 23 ADI grave o profunda. El 100% de los participantes se encuentra en constante interacción con los usuarios: los orientadores (41,6%) son quienes coordinan actividades artísticas y recreativas; los auxiliares (25%) se encargan de la limpieza del lugar, la preparación y suministro de los alimentos, y de la higiene personal de los residentes; enfermeras (17%), nutricionista (8,2%) y kinesióloga (8,2%) realizan tareas afines a su formación profesional. Casi todos forman parte del plantel estable de la institución (92%), el 50% trabaja hace más de 11 años, aunque solo el 8% tiene una antigüedad de 11 a 15 años en la institución. De hecho, el 58% reconoce

entre uno y cinco años de antigüedad laboral en la institución. El 67% trabaja solo en una institución, de los participantes trabaja los días sábados, y un porcentaje igual reconoce trabajar más de 40 horas semanales (ver Tabla 2).

Tabla 2. Variables ocupacionales

Variable	Categorías	f	Porcent.
Funciones	Orientadores	5	41,6%
	Auxiliares	3	25%
	Enfermeros	2	17%
	Nutricionista	1	8,2%
	Kinesióloga	1	8,2%
Situación laboral	Plantel estable	11	92%
	Temporal	1	8%
Antigüedad laboral	de 1 a 5 años	4	33%
	de 6 a 10 años	2	17%
	de 11 a 15 años	3	25%
	Más de 15 años	3	25%
Cantidad de instituciones	1	8	67%
	2	3	25%
	3	1	8%
Días en los que trabaja	Lunes a viernes	5	42%
	Lunes a sábados	1	8%
	Otra combinación	6	50%
Cantidad de horas semanales	>40hs <48hs el	8	67%
	>30hs<40hs	2	17%
	>20hs<30hs	1	8%
	>10hs<20hs	1	8%
Tipo de jornada laboral	Diurna	3	25%
	Vespertina	4	33%
	Otra	5	42%

Fuente: elaboración propia

Se consideró importante indagar acerca de las posibles implicancias que el trabajo en la institución tiene en las familias de los participantes. Del análisis de los resultados se observa que mientras que el 67% refiere que su familia no le ha solicitado cambios en su trabajo, un 33% refirió haber recibido tal tipo de solicitud.

Solo el 33% de los participantes padece alguna patología médica (hipotiroidismo, hipercolesterolemia e hipertensión arterial). Ningún participante reconoció presentar un problema mental ni estar bajo tratamiento farmacológico.

Con el fin de indagar acerca de hábitos y estilo de vida saludables, se encontró que uno de cada dos participantes realiza alguna actividad física con cierta regularidad. Algunas de estas actividades son caminar, correr, jugar al fútbol y practicar pilates. El 67% refiere hacerlo varias veces a la semana, el 17% diariamente o una vez a la semana respectivamente. Los participantes realizan diversas actividades en su tiempo libre y ocio, principalmente compartir tiempo en familia o con amigos, y realizar actividades al aire libre, deportivas o artísticas (ver Tabla 3).

Tabla 3. Variables vinculadas a la salud y estilo de vida

Variable	Categorías	Porcent.
Enfermedad médica	Sí	33%
	No	67%
Consumo sustancias psicoactivas	Sí	58%
	No	42%
Actividad física regular	Sí	50%
	No	50%
Ocio y tiempo libre	Tiempo en familia	23%
	Tiempo con amigos	10%
	Actividades deportivas	12%
	Actividades al aire libre	10%
	Actividades artísticas	4%
	Lectura	7%
	Ver TV	5%
Otras actividades	30%	

Fuente: elaboración propia

En relación al contexto institucional, del análisis de los resultados obtenidos cabe destacar:

- Sensación de inseguridad por las condiciones de trabajo.

El 25% de los participantes refirió “Nunca” y “Alguna vez al año o menos” respectivamente sentirse inseguro por tales condiciones, mientras que el 50% restante refirió experimentar tal inseguridad. Así, mientras que un 16,7% refirió experimentarla “Algunas veces al mes” y “Varias veces a la semana” respectivamente, al 8,3% le ocurría “Una vez al mes o menos” y “Una vez a la semana” respectivamente.

- Personal es obligado institucionalmente a realizar tareas que considera incorrectas.

Mientras que el 25% de los participantes refirió “Nunca” sentirse obligado a esto, el 75% respondió afirmativamente. De éstos, el 25% manifiesta que ello le ocurre “Diariamente”, al 16,7% “Algunas veces al mes” y “Varias veces a la semana” respectivamente. El 8,3% refirió experimentarlo “Alguna vez al mes o menos” y “Una vez a la semana” respectivamente.

- Experiencia de angustia por no contar con recursos institucionales para dar respuesta a los problemas de los usuarios del servicio.

El 25% de los participantes refirió experimentar tal angustia “Diariamente”, el 25% “Varias veces a la semana”, el 16,7% la experimentaría “Algunas veces al mes” o “Nunca” respectivamente, un 8.3% la ha experimentado “Algunas veces al mes” y “Una vez a la semana” respectivamente.

- Cambios en las áreas para las que trabaja.

Todos los participantes manifestaron experimentar cansancio por tal situación, el 33% refirió experimentarlo “Una vez a la semana” y “Varias veces a la semana” respectivamente, el 16,7% “Diariamente”, y al 8,3% de los participantes les ocurriría “Alguna vez al año o menos” y “Algunas veces al mes” respectivamente.

- Deseo de cambiar de trabajo.

El 58,3% manifiesta sentir tal deseo “Diariamente”, el 33,3% “Varias veces a la semana” y al 8,4% restante le ocurre esto “Una vez a la semana”.

Respecto al nivel de satisfacción laboral de los participantes se destaca:

- Condiciones físicas del lugar de trabajo (iluminación, ventilación, espacio físico).

Un 50% presenta un “Alto nivel de satisfacción”, un 33% un “Nivel Medio” y el 17%

restante un “Muy alto” nivel de satisfacción en relación con tales condiciones.

- Condiciones físicas del lugar destinado a las actividades de los ADI que residen en la institución (habitaciones, comedor, consultorios, etc.).

El 50% de los participantes manifestó un “Alto nivel de satisfacción”, un 33% un “Nivel medio” y el 17% restante un “Muy alto” nivel de satisfacción con las mismas.

- Turnos rotativos de trabajo.

Solo cuatro participantes tienen turnos rotativos, de éstos, el 50% refirió un “Muy alto nivel de satisfacción” en relación a condición laboral, y el 25% refirió un “bajo nivel” y “medio” nivel de satisfacción respectivamente.

- Roles que le tocan asumir por las particularidades de la institución.

Un 58% de los participantes manifestó un “Alto nivel de satisfacción”, el 17% un nivel “Muy alto” y “bajo” nivel de satisfacción respectivamente en relación a tales roles, y el 8% restante un “Nivel medio de satisfacción”.

- Clima laboral en la institución.

El 50% de los participantes manifestó un “nivel medio de satisfacción”, un 25% refirió un “Alto nivel de satisfacción” y “Bajo nivel de satisfacción” en tal sentido.

- Dirección de la institución.

Si bien un 42% de los participantes refirió un “Alto nivel de satisfacción” y un 33% un “Nivel medio de satisfacción”, y el 25% restante manifestó un “bajo nivel de satisfacción” en tal sentido.

- Relación con los compañeros de trabajo.

La mayoría (75%) refirió un “Alto nivel de satisfacción” (75%) y un 8% un “Muy alto nivel de satisfacción”. El 17% refirió un “Nivel medio de satisfacción” en tal sentido.

- Relación con los destinatarios del servicio.

El 67% refirió un “Muy alto nivel de satisfacción” y el 33% restante un “Alto nivel de satisfacción”.

- Relación con los padres/tutores de los destinatarios de su servicio.

El 46% refirió un “Bajo nivel de satisfacción”. La mayoría de los residentes no cuenta con familiares cercanos, de modo que no son visitados.

- Formación específica propiciada desde la institución (cursos, capacitaciones).

El 50% refirió “Nivel medio de satisfacción” mientras que el 34% refiere “Bajo nivel de satisfacción”. El 8% refirió un “Muy alto” y “Alto” nivel de satisfacción en tal sentido.

Del análisis de los resultados obtenidos de la dimensión motivacional/vocacional se desprende:

- Causas de aceptación del trabajo en la institución: un 41,7%, refirió haberlo aceptado por “Conveniencia laboral” y “Conveniencia económica” respectivamente. Solo el 16,6% restante enfatizó la elección del mismo en razón de sus intereses personales.

- Expectativas del trabajo en la institución: el 41,3% de los participantes manifestó que percibía a esta institución como “una salida económica”, el 33,4% como una oportunidad para obtener “experiencia laboral”. El 8,3% lo consideró como “Algo mejor de lo que hacía”, “algo ideal” o “No sabe/No contesta” respectivamente.

- Emociones experimentadas en el trabajo. Mientras que el 41,7% de los participantes reconoce experimentar con más frecuencia “emociones negativas” en su trabajo, el 33,3% experimentaría “emociones positivas/negativas”, y solo el 25% “emociones positivas”.

- En relación a lo que más disfruta de su trabajo, un 66,7% de los participantes mencionaron aspectos vinculados con el cuidado

de ADI mientras que el 33,3% restante disfruta del trabajo en sí mismo.

- Por otro lado, respecto **a lo que menos disfruta de su trabajo**, mientras que el 8,3% no disfruta ciertas “aspectos vinculados al trabajo mismo”, un 25% no disfruta “aspectos vinculados al clima laboral” y 66,7% de los participantes manifestó que lo que menos disfruta son “aspectos vinculados a las relaciones interpersonales” (tales como rumores, peleas, injusticias).

- **Lo que aportan a la institución:** el 100% de los participantes considera aportar “aspectos positivos” tales como su compromiso, alegría, profesionalismo, experiencia, creatividad, entre otros.

- **Lo que ofrece la institución:** un 41,7% refiere que le aporta “estabilidad económica”, el 25% que le brinda “experiencia laboral” y “experiencia” respectivamente, y el 8,3% entiende que la institución le aporta “otro” tipo de experiencias.

- **Problemáticas más relevantes de la institución:** el 50% de los participantes considera al “gobierno institucional” como la problemática más relevante, sin embargo el 41,7% considera que “las relaciones interpersonales” lo son. Solo el 8,3% hace referencia a la falta de “recursos materiales” como la problemática institucional más relevante. Una vez más aparece lo vincular, y las relaciones interpersonales atravesadas por la autoridad institucional como emergentes de las dificultades percibidas por el personal.

- **Cambios o mejoras que cree prioritarios.** Un 41,7% de los participantes considera prioritario un cambio en la “Conducción”, el 16,6% prioriza la necesidad de contar con “roles definidos”, “mejorar la comunicación” y “otras mejoras” (tales como el establecimiento de protocolos de atención, instancias de control, entre otras). Solo un 8,3% prioriza los cambios a nivel de la “infraestructura física de la institución”.

Discusión

El personal de la salud suele afrontar situaciones estresantes que pueden afectar su salud física y emocional. Algunas condiciones laborales que favorecen el deterioro de los profesionales que trabajan con ADI y que pueden generar frustración o temor son las extensas jornadas laborales, la escasez de personal, los turnos rotativos de trabajo, la gran cantidad de horas extras, las precarias condiciones laborales y de seguridad, una infraestructura que incumpla las condiciones de seguridad y calidad para la atención (Gil-Monte y Peiró 1996 [29]; Gil-Monte y Peiró, 2009 [20]; Guerrero y Vicente 2002 [13]; Jackson y Ashley 2005 [16]; NIOSH, 2015 [30]; Olivares, Vera y Juárez, 2009 [31]; Vicente y Guerrero 1999 [32]). Cabe destacar que estas condiciones no se evidenciaron en el presente estudio.

La mayoría de los participantes reconoció haber aceptado su puesto con el fin de contar con un trabajo estable y lograr estabilidad económica.

La mitad de los participantes reconoce experimentar, con distintos niveles de frecuencia, sentimientos de inseguridad laboral. Tal sensación de inseguridad no pareciera vincularse con una situación de precariedad laboral (el 92% son trabajadores registrados), sino, más bien, con el quehacer desempeñado en la institución, vale decir roles, tareas asignadas, situaciones conflictivas que deban afrontarse, entre otras.

El 34% de los participantes refirió un nivel bajo de satisfacción en relación a las capacitaciones ofertadas desde la misma institución. Esto puede influir en la sensación de inseguridad de los participantes. Esta necesidad insatisfecha puede orientar el diseño de programas de capacitación sobre las necesidades de las PCD en general, y de los ADI grave o profunda en particular, y las características específicas que debe tener una atención integral de la salud de los residentes.

Del porcentaje acumulado de quienes han referido experimentar angustia por no contar

con recursos institucionales para dar respuesta a los problemas de los usuarios de su servicio, esto le ocurre al 70% de los participantes. Aranda-Auserón *et al.* (2018) [33] señalan que “la fatiga compasiva produce síntomas de agotamiento físico y emocional, y una actitud defensiva y de distanciamiento del profesional ante sus pacientes, similares al cansancio emocional y la despersonalización presentes en el síndrome de *burnout* (p.143)”. Esta fatiga de compasión podría estar relacionada con las características de los usuarios de su servicio, sus necesidades específicas y realidades vitales. Aunque el trabajo otorgue estabilidad económica, el rol desempeñado implica un contacto diario y continuado con ADI grave o profunda con escasos niveles de autonomía, lo que permite entender por qué uno de cada dos participantes expresa, al menos desde lo discursivo, su deseo de cambiar de trabajo.

Si bien el 100% de los participantes reconoció, con distintos niveles de frecuencia, experimentar ganas de cambiar su trabajo actual o la empresa para la que trabaja, al 56% le ocurre esto “diariamente”. Un 25% de los participantes manifiesta sentirse obligado a hacer cosas que considera incorrectas o incompatibles con su rol institucional, y un porcentaje igual reconoce no disfrutar del clima laboral en la organización. Cuatro de cada diez empleados reconoce experimentar solo emociones negativas en su trabajo (insatisfacción, frustración, preocupación).

Un 30% experimenta, con la misma frecuencia e intensidad, alegría por un lado y enojo e indignación por otro. Si bien disfrutan su trabajo y el contacto con los residentes y compañeros, les disgusta la falta de roles definidos, la deficiente comunicación, las dificultades con el gobierno institucionales, entre otras cosas.

La mayoría (7 de cada 10) refiere que lo que menos disfruta de su trabajo son “aspectos vinculados a las relaciones interpersonales” (tales como rumores, peleas, injusticias). Si bien podría interpretarse cierta discrepancia en relación a los hallazgos vinculados al ni-

vel de satisfacción con los compañeros de trabajo, ya que un 75% refirió un “Alto nivel” y un 8% un “Muy alto nivel de satisfacción” en tal sentido, el 50% de los participantes considera al “gobierno institucional” como la problemática más relevante, un 41,7% de los participantes considera prioritario un cambio en la “Conducción” de la institución, un 25% manifestó un “bajo nivel de satisfacción” con la dirección de la institución. Parece ser que aquellos aspectos que generan mayores niveles de malestar en los trabajadores de la institución suele involucrar a quienes la gestionan a lo vincular-relacional, aspectos que se presentan como determinante de la obturación del disfrute de la experiencia laboral.

Conclusiones

El trabajo realizado es una aproximación al conocimiento sobre las condiciones personales y laborales de los equipos de salud en un ámbito de cuidado y atención a ADI, praxis en la que el profesional se implica con su saber, quehacer y ser.

Se trabajó con una muestra intencional, no probabilística, así que los resultados no son generalizables sino que describen la población analizada. Participaron 12 empleados, en su mayoría mujeres, jóvenes, solteras, con formación terciaria y/o universitaria, que en su mayoría trabajan en una sola institución más de 40 horas a la semana. Todas están en contacto diario y directo con personas con altos niveles de dependencia, alojadas en una institución especializada en el cuidado integral de adultos en situación de dependencia funcional (Seda, 2017) [34].

Si bien los participantes mencionan disfrutar del trabajo con personas con discapacidad, los resultados obtenidos evidencian la importancia que la calidad de los vínculos interpersonales, el liderazgo democrático y la comunicación, adquieren en las instituciones. Más allá de la seguridad laboral otorgada por un trabajo registrado, los trabajadores valoran como

fundamental el clima laboral y las relaciones interpersonales armoniosas.

Kelloway y Day (2005) [35] concluyen que la salud es impactada negativamente por la sobre exigencia en el trabajo, los conflictos y ambigüedad de rol, el trabajo nocturno y la realización de horas extras, un pobre liderazgo y la posibilidad de sufrir agresiones en el trabajo. Por otro lado, resaltan otros aspectos que repercuten positivamente en la salud como el apoyo físico, social, personal y de desarrollo organizacional, para mejorar la calidad de vida de los empleados tanto dentro como fuera del trabajo. Desde una aproximación holística definen los espacios de trabajo saludables como aquellos que, además de contar con un espacio físico seguro, reúnen aspectos de la cultura organizacional tales como relaciones interpersonales cercanas, un cierto nivel de autonomía, y el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar y social del empleado.

Resulta imprescindible conocer las realidades personales y laborales de los equipos de trabajo, y poder determinar sus necesidades de formación específica para diseñar, implementar y evaluar, por un lado, capacitaciones para mejorar el cuidado-atención de los usuarios, y, por otro lado, programas de intervención

para el cuidado de los equipos. Así, desde la gestión del cuidado, se gestaría una transformación en el seno de las instituciones y organizaciones, promoviendo generar ambientes, hábitos y estilos de vida saludables, no sólo para los usuarios, sino para los colaboradores. Los resultados del presente estudio reflejan la conveniencia de avanzar en el diseño e implementación de programas organizacionales tendientes a mejorar la comunicación y calidad de las relaciones interpersonales como herramienta para asegurar el bienestar del personal.

El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional-NIOSH (2015) [32] recomienda crear ambientes de trabajo saludables y seguros para promover la salud de los trabajadores. Esto requiere definir la pertinencia en la formación de los trabajadores, lo que implicará involucrar a las instituciones formadoras de los profesionales y técnicos en propuestas de docencia e investigación.

Conflictos de interés: no existen conflictos de interés.

Fuentes de financiación: la investigación fue financiada por el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua.

Literatura citada

1. Waddell G, Burton AK. **Is work good for your health and well-being?** London: TSO, Department of Work and Pensions, UK; 2006.
2. Peiró JM. **El síndrome de burnout.** Madrid: Editorial Pirámide; 2005.
3. Córdoba-Andrade L, Henao-Lema CP, Verdugo-Alonso M. **Calidad de vida de adultos colombianos con discapacidad intelectual.** *Hacia Promoc Salud* 2016, 21(1):91-105. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.8
4. Goffman E. **Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.** Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
5. Seda JA. **Manual de Derecho de Familia.** Buenos Aires: Editorial Jusbaire; 2018.
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). **Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003.** Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC); 2003.
7. Organización Mundial de la Salud. **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
8. Organización Mundial de la Salud. **Informe Mundial sobre la discapacidad.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
9. Pignolo V. **Las personas con discapacidad y el mundo del trabajo- del discurso reconecedor de derechos a políticas integradora.** Trabajo final de grado. Montevideo: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay; 2007.

10. Ontiveros A. **La Persona con Discapacidad como sujeto de derecho**. Madrid: Editorial Académica Española; 2012.
11. American Psychiatric Association. **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5**. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
12. Watanabe A, Yasuko B. **Modelo para la Investigación del Proceso del Síndrome del Burnout**. *Psicología y Salud* 2001, 11(1):75-80.
13. Guerrero-Barona EJ, Vicente-Castro F. **Abordaje del burnout en profesionales del campo de la discapacidad**. En: García-Sánchez J, (ed.) Aplicaciones de intervención psicopedagógica. Madrid: Psicología Pirámide; 2002.327-337
14. Molina-Linde JM, Iañez-Velasco M, Iañez-Velasco B. **El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer**. *Psicología y Salud* 2005, 15(1):33-43.
15. Soderfeldt B, Soderfeldt M, Muntaner C, O'Campo P, Warg L, Ohlson C. **Psychosocial Work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model**. *Soc Sci Med* 1996, 42(9): 1217-1226.
DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00231-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00231-6)
16. Jackson M, Ashley D. **Physical and psychological violence in Jamaica's health sector**. *Rev Panam Salud Publica* 2005, 18(2):114-121.
17. Ruiz-Calzado I. **Burnout en docentes de educación especial de Córdoba (España)**. *Opción* 2016, 32(12):569-588.
18. Ruiz-Calzado I, Llorent VJ. **El burnout en los profesionales de la educación que trabajan con personas con discapacidad en Córdoba (España). Influencia de las variables laborales**. *Educación XX1* 2018, 21(2):373-393.
DOI: <https://doi.org/10.5944/educXX1.15459>
19. Organización Mundial de la Salud. **Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. 1-44
20. Gil-Monte P, Peiró J. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid: Editorial Síntesis; 2009.
21. Carrasco-Gonzalez A, de la Corte-De la Corte CM, León-Rubio JM. **Engagement: Un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el Burnout y estrés laboral**. *Revista Digital de Prevención* 2010, 1:1-22.
22. Gascon S, Leiter M, Andre's E, Santed M, Soares-Pereira JP, Cunha MJ, et al. **The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout**. *J Clin Nurs* 2012, 22:3120-3129. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>
23. Consortium for Organizational Mental Healthcare (COMH). **Guarding Minds @ Work- A workplace guide to Psychological Safety & Health**. Vancouver: Simon Fraser University; 2009.
24. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. **Metodología de la investigación**. 3º ed. México DF: Editorial Mc Graw Hill; 2014.
25. Durán-Durán MA, Extremera-Pacheco N, Rey-Peña L. **Burnout en profesionales de la enseñanza: Un estudio en Educación Primaria, Secundaria y Superior**. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2001, 17(1): 45-62.
26. Tonon G. **Calidad de Vida y Desgaste Profesional. Una mirada del síndrome de burnout**. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2003.
27. Ministerio de Educación de la República de Chile. **Guía para el Diagnóstico Institucional**. Ministerio de Educación de Chile; 2012.
28. Consorcio de Organizaciones Privadas de Promoción al Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa (COPEME). **Medición del clima laboral para IMF's**. Lima: Perú; 2009.
29. Gil Monte P, Peiró-Silla JM. **Un estudio sobre antecedentes significativos del «síndrome de quemarse por el trabajo» («burnout»)** en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1996, 12(1):67-80.
30. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional –NIOSH de Estados Unidos. **Los servicios de salud y de asistencia social**. Washington: NIOSH; 2015.
31. Olivares-Faúndez V, Vera -Calzaretta A, Juárez-García A. **Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile**. *Cienc Trab* 2009, 11(32):63-71.
32. Vicente C, Guerrero B. **Salud mental profesional: programas de intervención psicopedagógica**. En: García-Sánchez J. (ed.) Intervenciones psicopedagógicas en los trastornos del desarrollo (pp. 504-518). Madrid: Pirámide; 1999.
33. Aranda Auserón G, Elcuaz Viscarret M, Fuertes Goñi C, Güeto Rubio V, Pascual Pascual P, Sainz de Murieta E. **Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria**. *Aten Primaria* 2018, 50(3):141-150.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>

34. Seda JA. **Discapacidad y derechos: impacto de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Buenos Aires: Editorial Jusbaire; 2017
35. Kelloway E, Day A. **Building healthy workplaces: what we know so far.** *Canadian Journal of Behavioural Science* 2005, 37(4):223-235.

