

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular
conforme O.C.S N° 143/89

**Estudio Exploratorio sobre el Síndrome de Burn Out en
Trabajadores de Comunidad Terapéutica**

Cantarini, Marina – Mat. 6275/03

Fernández Blanco, Diego Martín – Mat. 6105/03 – DNI 30.681.848

Fraternali, Matías Leonardo – Mat. 3729/96 – DNI 26.706.564

Supervisora: Lic. Redondo, Ana Isabel

Cátedra: Psicología Laboral

Fecha: 1 de Diciembre de 2010



N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
t-18	bse
	N° INVENTARIO :
	R-1011

Ese informe final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Cantarini, Marina; Fernández Blanco, Diego Martín y Fraternali, Matías Leonardo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.

Quien suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Cantarini, Marina, Mat. 6275/03; Fernández Blanco, Diego Martín, Mat. 6105/03 y Fraternali, Matías Leonardo, Mat. 3729/96 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los ...1.... días del mes de Diciembre.... del año 2010.



Diego Fernández
Blanco



MATÍAS FRATERNALI



Firma de la Supervisora

Mg. Ana Isabel Redondo
PROFESORA TITULAR



MARINA CANTARINI

Informe de Evaluación del Supervisor y/o Co-Supervisor.

INFORME DE EVALUACIÓN

En mi condición de supervisora del presente trabajo de investigación realizado por los alumnos Marina Cantarini, Diego Martín Fernández Blanco y Matías Leonardo Fraternali, Matrículas 6275/03; 6105/03 y 3799/96 respectivamente, dejo constancia de aprobación de los contenidos del mismo.

La lectura del trabajo permite observar el logro de los objetivos propuestos a través de una exposición clara, ordenada y coherente. Con respecto a las condiciones formales de la presentación se cumple con lo estipulado en la reglamentación vigente.

Se trabajó respetando las pautas de la planificación, en forma ordenada y comprometida, resolviendo con eficiencia y responsabilidad las distintas situaciones.

La temática desarrollada puede ser de utilidad para la Cátedra de Psicología Laboral, por lo cual se sugiere ofrecer este informe a quienes puedan aprovecharlo.

Por todo lo anterior, apruebo el trabajo realizado y este informe final.

Mar del Plata, 30 de noviembre de 2010.-



Mg. Ana Isabel Redondo
PROFESORA TITULAR



Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por los alumnos Cantarini, Marina, Mat. 6275/03; Fernández Blanco, Diego Martín, Mat. 6105/03 y Fraternali, Matías Leonardo, Mat. 3729/96.

Firmas:


Prof. ~~Diego~~ Martín.



10 (sobresoliente)

Fecha de Aprobación: 28 de febrero de 2011.

**PLAN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO
REQUISITO CURRICULAR PLAN DE ESTUDIOS 1989**

Alumnos:

Cantarini, Marina – Mat. 6275/03
Fernández Blanco, Diego Martín - Mat. 6105/03
Fraternali, Matías Leonardo – Mat. 3729/96

Cátedra de Radicación:

Psicología Laboral

Supervisora:

Lic. Redondo, Ana Isabel

Título del Proyecto:

“Estudio Exploratorio sobre el Síndrome de Burn Out en Trabajadores de Comunidades Terapéuticas”

Resumen:

El síndrome de burn out o síndrome de desgaste profesional es un tipo de estrés prolongado motivado por la sensación que produce la realización de esfuerzos de los cuales no se percibe la retribución deseada. Suele presentarse en trabajos que implican el trato con personas e importantes exigencias emocionales en la relación interpersonal (personal de salud mental, sanitario, hospitalario, docente, etc.), que resultan en un deterioro, desgaste o pérdida de la empatía.

En el presente estudio exploratorio, pretendemos evaluar la prevalencia del mencionado síndrome en los trabajadores de Comunidades Terapéuticas.

Dicha tarea será llevada a cabo por medio de observaciones, administración de un cuestionario socio demográfico autoadministrado y

aplicación del Maslach Burn Out Inventory (MBI) a la totalidad de los trabajadores de una comunidad terapéutica de la ciudad.

Palabras Clave:

Estrés laboral, Burn Out, trabajadores, comunidad terapéutica, adicciones.

Descripción detallada:

- Motivo y Antecedentes:

El Síndrome del Burn out o síndrome de estar o sentirse quemado, fue conceptualizado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger como un conjunto de síntomas inespecíficos que pueden aparecer en el ámbito laboral y que son el resultado de una demanda profesional excesiva. Maslach y Jackson lo definieron en 1976 como el estrés crónico propio de los profesionales de los servicios humanos, cuya tarea implica una tensión intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje del trabajo.

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

Por otra parte, la atención de este tipo de pacientes provoca contratransferencias a veces difíciles de manejar. Las características de la personalidad adictiva como son la dependencia, la pasividad, poca diferenciación, temor al rechazo, la dificultad de reconocer y el miedo a expresar emociones, la impulsividad y el uso de mecanismos de defensa muy primitivos, como la negación y la proyección, aunadas a la dificultad que tienen los pacientes adictos para aprender de la experiencia, hacen del tratamiento de este tipo de pacientes una tarea realmente difícil que puede llegar a ser emocionalmente agotadora.

Es a partir de lo expuesto anteriormente que consideramos que los empleados de comunidades terapéuticas conformarían una población de riesgo frente a la posibilidad de que se presente en ellos el Síndrome de Burn Out.

- **Objetivos Generales:**

Evaluar la presencia del Síndrome de Burn Out en los trabajadores de una comunidad terapéutica de la ciudad de Mar del Plata.

- **Objetivos Específicos:**

1. Observar si existe una diferencia respecto de la prevalencia del Síndrome entre trabajadores profesionales de los no profesionales
2. Observar si podrían tener alguna influencia en la aparición del Síndrome las variables de género, antigüedad y carga horaria.
3. Identificar la posible existencia de relación entre la presencia del Síndrome y la variable asistencia psicológica a los trabajadores de la comunidad.

- **Hipótesis de Trabajo:**

Entre los empleados de la Comunidad Terapéutica se estima un alto índice de prevalencia del Síndrome de Burn Out por las condiciones particulares de su actividad específica.

- Métodos y Técnicas:

La presente investigación será realizada bajo la forma de diseño exploratorio. La muestra considerada estará determinada por el total del personal de una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Mar del Plata que cuenta con dos dispositivos de internación, un centro de día y un dispositivo de integración social que aloja a un total aproximado de 140 pacientes y donde trabajan 40 empleados, entre profesionales y no profesionales.

La técnica de recolección seleccionada contempla la administración del cuestionario Maslach Burn Out Inventory (MBI) en su versión española, construida y validada en 1997. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad de 0.9. Dicho cuestionario es de forma autoaplicable, se completa en aproximadamente de 10 a 15 minutos, consta de 22 ítems que se evalúan con una escala de tipo Lickert. Dichos ítems se encuentran divididos en 3 subescalas: agotamiento emocional; despersonalización y realización personal.

Las puntuaciones de cada escala se obtienen de sumar los puntos anotados en los elementos que conforman cada una de ellas. Se considera puntuaciones bajas a las que se encuentren por debajo de 34.

Junto con la mencionada escala se aplicará un cuestionario socio demográfico que indagará sobre sexo, edad, profesión (profesional o no profesional), cantidad de horas trabajadas semanalmente, dispositivo de trabajo, antigüedad como empleado y si posee algún tipo de asistencia psicológica al momento.

- Lugar de Realización del Trabajo:

La totalidad de los dispositivos de tratamiento para las adicciones incluidos en el programa “Posada del Inti” con sede en la ciudad de Mar del Plata y la ciudad de Balcarce.

- Cronograma de actividades:

1. Relevamiento bibliográfico y documental

2. Definición del problema
3. Contacto con la institución
4. Selección del instrumento de medición y construcción del cuestionario de datos sociodemográficos
5. Aplicación de los instrumentos.
6. Análisis e interpretación de los datos obtenidos.
7. Elaboración de las conclusiones.
8. Confección y presentación del Informe Final.


	Julio de 2010	Agosto de 2010	Septiembre de 2010	Octubre de 2010	Noviembre de 2010
Relevamiento bibliográfico	X				
Definición del problema	X				
Contacto con la Institución		X			
Selección del instrumento y confección del cuestionario		X			
Aplicación del Instrumento			X		
Análisis de datos			X	X	
Elaboración de conclusiones				X	X
Confección y presentación del informe final					X

- Bibliografía:

- BANQUERO, I. G.; GALVEZ HERRER, M.; MUÑOZ A.R. (2009); “*Calidad de Vida Profesional y Burnout en Técnicos de Drogodependencias: Análisis Comparativo con otros Grupos Profesionales*” Medicina y Seguridad del Trabajo (Internet); 55 (217): 12-26, 2009.
- DE LAS CUEVAS CARTESANA, C. (2003); “*Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias*” Trastornos Adictivos;5(2):107-13, 2003.
- IVANCEVICH, J. (1985); “*Estrés y trabajo*”. Madrid: Ed Trillas.
- MASLACH, C.; JACKSON, S.E. (1997); “*MBI. Inventario Burn Out de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*”. Madrid: Editor TEA.
- MORENO OLIVER, P. (1990); “*El Burnout, una forma específica de estrés laboral*”, 1990. En: PÉREZ JÁUREGUI, M. I. (2000); “*Cuando el estrés laboral se llama Burnout (quemarse en el trabajo). Causas y estrategias de afrontamiento*”. Buenos Aires, Universidad Libros.
- NEIRA, M. C. (2007); “*Cuando enferman los que curan. Estrés Laboral. Burn Out en los profesionales de la Salud*”. Buenos Aires: Ea Ediciones.
- REDONDO, A. (2001); “*Burn Out: Delimitación conceptual, diagnóstico, estrategias de enfrentamiento y prevención*” Ficha de Cátedra: Psicología Laboral. Universidad Nacional de Mar del Plata-
- RODRIGUEZ LOPEZ, A. (1993); “*Burn Out: Trabajo en unidades de Alto Riesgo*”. En: GESTAL OTERO, J. J. (ED.); “*Riesgos del trabajo del personal sanitario*”, Mc Graw Hill-Interamericana de España, Madrid.

ZAMORANO, E.(2008); "*Dispositivos de atención en adicciones*" Ficha de
Cátedra: Psicología Jurídica. Universidad Nacional de Mar del Plata.


Firma alumnos:



Cantarini, Marina



Fernández Blanco, Diego



Fraternali, Matías Leonardo

Firma Supervisora:



30/8/2010

.....

Lic. Redondo, Ana Isabel

Firmas Comisión Evaluadora:



Aprobado.

Mg. Elsa Inés Martín



ÍNDICE GENERAL:

Marco Teórico	15
<i>Conceptualización de Burnout</i>	15
<i>Modelos explicativos del Síndrome de Burnout</i>	18
<i>Diferenciación con otros Grupos Sintomáticos</i>	20
<i>Procesos de Desarrollo</i>	24
<i>Factores de Riesgo</i>	27
<i>Consecuencias del Síndrome</i>	36
<i>Estrategias de Intervención</i>	40
<i>Acerca de las Comunidades Terapéuticas</i>	48
Metodología	58
<i>Instrumento</i>	58
<i>Lugar</i>	60
<i>Muestra</i>	60
<i>Procedimiento</i>	60
Resultados	62
Análisis y Descripción de los Resultados	66
Conclusiones	71
Agradecimientos	73
Bibliografía	74

MARCO TEORICO

CONCEPTUALIZACIÓN DE BURNOUT

El “síndrome de Burnout” o “síndrome del desgaste profesional” es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que ha despertado mucha atención en las últimas dos décadas en el ámbito de la Psicología.

Freudenberger menciona por primera vez en 1974 el concepto de Burnout para describir el estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su “Free Clinic” de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.

A partir de dichas observaciones, Freudenberger, describe un perfil de las personas con riesgo a desarrollar el síndrome de Burnout, el cual se caracteriza por pensamientos idealistas, optimistas e ingenuos. También, afirma que estos sujetos se entregan demasiado al trabajo para conseguir buena opinión de sí mismos y para lograr el bien común; pero a pesar de este esfuerzo y compromiso los profesionales fracasan en hacer una diferencia en la vida de los usuarios. El sentido de la existencia personal está puesto en el ámbito laboral, lo cual genera excesiva implicación en el trabajo y, generalmente, termina en la deserción.

Desde una postura individualista, el Burnout sería producto de un fallo del sujeto (tienen personalidad débil y baja tolerancia al estrés, entre otras características), ya que se asume el estrés como un componente interno. Mientras que las posturas ambientalistas dan una definición más sistémica, permitiendo la utilización de estrategias para intentar el cambio o eliminación de factores predisponentes. Dicha postura considera al estrés como algo externo al sujeto y enfoca al Burnout como respuesta a la interacción entre el individuo y el entorno laboral.

Según Moreno y cols. (1999), este síndrome puede ocurrir en todos los ámbitos de la acción del sujeto, pero ha sido estudiado en mayor medida en el campo de los profesionales asistenciales y se ha extendido en profesiones diversas.

La investigación ha derivado en dos vertientes controvertidas, ya que muchos científicos están en desacuerdo cuando se limita a este síndrome para sujetos que realizan algún tipo de trabajo en contacto directo con personas, y proponen que los síntomas del Burnout se pueden apreciar también en sujetos que no tienen empleo.

En un principio, entre el grupo de científicos que reservan este concepto a trabajadores en contacto con otras personas se destacaron las investigaciones de Maslach.

Desde el 1977, año en el que Maslach dio a conocer sus trabajos a la Psicología en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos), se utiliza el término Burnout para referirse al *desgaste profesional* de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios.

Maslach y Jackson definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP)

A partir de estos componentes se elaboró el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), para medir el Burnout personal de servicios humanos y educadores evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, y es importante subrayar que en la última revisión se ha sustituido el término despersonalización por “cinismo” para las “profesiones no asistenciales” (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Por otra parte, Pines y Aronson (1988) defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. Ellos definen este síndrome como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes. Desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación.

Entre otras definiciones del síndrome del Burnout, Burke (1987), lo explica como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación

profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos & Buendía, 2001).

A través de una revisión de diversos estudios, diversos autores concluyen que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” (Buendía y Ramos, 2001, pág. 122; Ramos, 1999)

Pines (1993), entiende el Burnout como consecuencia de la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo prolongado. Este estado se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental.

El Burnout también se lo ha explicado como producto de la interacción de múltiples factores: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (De Las Cuevas, 1996).

Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, él señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

En la CIE 10 lo clasifica dentro del grupo de “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida” y figura como síndrome de agotamiento (Z 73.0).

En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluye desde directivos hasta amas de casa, y se explica que éste es el resultado de un proceso de continuo en donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y sus estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que los sujetos en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de manera prolongada en el tiempo. Añadiendo a esto, la sobre exigencia, la tensión y la frustración por resultados no esperados, se originan riesgos de enfermar física (alteraciones psicósomáticas) y/o mentalmente (estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc.) (Pérez Jáuregui, 2001; Ramos, 2001).

Maslach y Schaufeli (1993) aseguran que entre las diferentes definiciones del Burnout existen algunas características similares; de las cuales destacan las siguientes:

- Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.
- Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.
- Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.
- Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento en el trabajo junto a la sensación de baja autoestima.

En la organización pueden surgir ciertos problemas cuando los trabajadores presentan estos síntomas, ya que hay un deterioro en el rendimiento profesional y por consecuencia puede derivar a un deterioro en la calidad de servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones y abandono del puesto de trabajo.

Por otro lado, existe controversia respecto al carácter multidimensional y unidimensional del Burnout. Sin embargo, existe un número creciente de investigadores que concuerdan en que el Burnout está compuesto por tres dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Los modelos etiológicos surgen de la necesidad de explicar los distintos mecanismos de aparición y/o evolución del Síndrome de Burnout, así como las variables que están más directamente implicados en el mismo. Dichas variables pueden ser de tipo individual, social u organizacional.

La etiología del Síndrome ha suscitado mucha polémica, ya que se le han atribuido múltiples causas, diferente grado de importancia a las variables antecedentes-consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos, que pueden ser agrupados de diferentes maneras.

Así surge la necesidad de destacar sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada de dichos modelos es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

1) Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

Los diferentes modelos etiológicos del Burnout, que se agrupan bajo este marco de investigación, han extraído algunas ideas claves de la Teoría Sociocognitiva del Yo para explicar sus causas. Entre ellas se subrayan las siguientes:

- Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.
- El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

Es evidente que estos modelos etiológicos le dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

2) Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

3) Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores. Éstos explican que las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes están implicadas en la aparición del Síndrome.

Este planteamiento sugiere que las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por



ejemplo, dicho Síndrome se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer por la falta de apoyo social (por disfunciones de rol y conflictos interpersonales).

4) *Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural*

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas del o de la propia persona y la capacidad de respuesta del sujeto.

Este modelo explica el Síndrome tomando en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.

DIFERENCIAS CON OTROS GRUPOS SINTOMATICOS

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico.

Centrándonos estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, éste síndrome se diferencia de: Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida; aunque se compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares:

1.- Estrés general:

En el diagnóstico diferencial entre el Estrés General y el síndrome de Burnout se plantea que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos

y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del Síndrome de Burnout, que es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

Ambos constructos, aunque compartan conceptos, son diferentes en factores como agotamiento y subutilización del profesional, y son diversos enfocados desde un continuo de interacciones entre el profesional y los factores relacionados con su trabajo.

2.- Estrés Laboral:

En relación al Estrés Laboral, se diferencia al Burnout en función al proceso de desarrollo; explicando que este último es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. La persona va deteriorándose, colapsa y acaba en un nivel estable de mal funcionamiento en el trabajo. El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. El sujeto puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez.

Por lo tanto, el Síndrome de Burnout se lo podría considerar como un estado de estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al estrés producido en el contexto de trabajo. Es importante señalar que el estrés laboral no necesariamente conduce al Burnout (Pines, 1993).

Otra diferencia importante entre las características de ambos constructos es que el Síndrome está asociado a actitudes negativas hacia los usuarios, el trabajo y la organización a diferencia del estrés laboral que no se lo asocia con actitudes negativas.

3.- Fatiga Física

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout se considera el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Síndrome de Burnout se caracteriza por una recuperación es lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos realización personal y a veces de éxito.

4.- Depresión

Existen dos vertientes teóricas que plantean diferencias respecto de la diferencia entre Burnout y la Depresión, por una parte autores como Firth, McIntee,

aburrimento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias.

Maslach & Jackson (1981) plantean que el SB es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto.

Por otro lado, apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

6.- Insatisfacción Laboral

Según Maslach & Jackson (1981) la Insatisfacción en el Trabajo no necesariamente coexiste con el Síndrome de Burnout; es decir que los niveles de Burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o viceversa. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no padecerlo puntuando bajos niveles de despersonalización y de cansancio emocional.

No obstante, es importante matizar que las investigaciones demuestran que la insatisfacción laboral está positivamente correlacionada con el Cansancio Emocional y la Despersonalización, pero tiene una débil relación con la Realización Personal. Por otra parte, la Despersonalización y el Cansancio Emocional son componentes característicos del Burnout, y en la insatisfacción laboral no se producen

7.- Acontecimientos Vitales y Crisis en la Edad Media de la Vida

Se afirma que la crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Burnout, porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral. Y sin embargo, el Síndrome se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recién en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Mingote, J.C. 1998).

De los múltiples estudios empíricos realizados se pueden extraer, de forma global, dos posturas ante la conceptualización del Burnout. Por un lado, algunos plantean que la conceptualización del Burnout sigue siendo un obstáculo para la investigación; y el problema principal es la imprecisión y ambigüedad del concepto estrés (Peiró, 1993). En este sentido, Davidoff (1980) plantea que quizás se esté

utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas, ya que el SB tiene una semejanza grande con otros constructos.

Sin embargo, en la actualidad, son muchos los que defienden al Burnout como un síndrome con identidad propia. Plantean que para diferenciarlo de otros constructos es imprescindible tomar en cuenta su multidimensionalidad (Cansancio Emocional; Despersonalización y falta de Realización Personal), su relación con variables antecedentes- consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo; suponiendo éste último la interacción secuencial de variables emocionales (Cansancio Emocional y Despersonalización), cognitivas (Realización Personal) y actitudinales (Despersonalización) dentro de un contexto laboral (Ramos, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997).

PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El Burnout es un estado que se desarrolla secuencialmente, en lo referente a la aparición de rasgos y síntomas globales. Es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos, y todo ese proceso que engloba el Burnout. En cierta medida varía de una persona a otra. Puede ser que estas variaciones hayan influido en las discrepancias entre algunos autores en el momento de definir el síntoma que se presenta en primer lugar, la secuencia del proceso, el protagonismo que se concede a cada síntoma, en el tiempo, en la explicación de los mecanismos explicativos, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Algunos de estos autores son: Manzano (1998), Gil-Monte y Peiró(1997), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Edelwich y Brodsky (1980), entre otros.

Para Edelwich y Brodsky el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego el aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercer etapa es la de frustración; y por último la cuarta etapa es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

Cherniss (1982) postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en cuatro fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo.

- *Fase de estrés*: Esta fase consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
- *Fase de agotamiento*: Se refiere a la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- *Fase de afrontamiento*: Esta fase implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El modelo de Farber (1991) describe seis estadios sucesivos:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988), y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el agotamiento o cansancio emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos,

negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios.

Y por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades para hacer la diferencia.

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski y cols. (1986) plantean otro en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como ser, vendedores, directivos, etc. También explican que el Burnout es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral.

Este modelo acepta la secuencia Despersonalización, bajo Logro Personal y Cansancio Emocional. A partir de ésta se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en función a la virulencia del síndrome. Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función a la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases.

Otros modelos a destacar, de carácter integrador son los de Gil-Monte y cols. (1995) y Manzano (1998). El primero postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral.

de los RGG, y cada persona tendrá diferentes tipos de RGG dependiendo de la historia personal, cultura, estatus social, económico, etc.

Dicho componente está compuesto por tres dimensiones: comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental) y la significatividad (componente motivacional). Según Antonovsky (1979), el sentido de coherencia no es un rasgo de la personalidad ni estilo de afrontamiento, son un conjunto de “competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada” (Buendía & Ramos, 2001; 71)

Una última variable que se ha estudiado y que tiene influencia en el grado de estrés, la fatiga y el Burnout es la relación entre la orientación profesional y el puesto de trabajo.

Chernis (1980), citado por Buendía y Ramos (2001) y Ramos (1999), describe cuatro tipos de orientaciones profesionales: activistas sociales, escaladores, artesanos y centrados en sí mismo. De estos cuatro tipos, los escaladores y artesanos muestran niveles bajos de Burnout a diferencia de los activistas sociales y, en segundo lugar, de los centrados en sí mismo. Es importante tener en cuenta que las orientaciones profesionales de activista social y escalador se debilitan a lo largo del tiempo, a diferencia de los artesanos que va en aumento. En conclusión, los artesanos son los que tienen mayor satisfacción en su trabajo y vida familiar.

2- Variables Sociales

Las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés.

Cuando se habla de los efectos positivos de las relaciones sociales en el trabajador, se hace referencia al apoyo social; que puede ser emocional, evaluador, informativo y/o instrumental.

Se plantea que el apoyo social, tanto el recibido como el percibido, es un grupo de variable importante moderadora del estrés, del estrés laboral y del Burnout, ya que cumple funciones sociales como las de integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material. Existen varias fuentes de apoyo social: pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores. (Manassero & cols, 2003, Hombrados, 1997)

Para aclarar la influencia y las características de las variables sociales en el desarrollo del Burnout se diferencian aquellas que relaciones extralaborales y las relaciones del lugar de trabajo:

a) Variables sociales extra-laborales

Estas variables se refieren a las relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado.

El apoyo familiar, en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. Pero hay que tomar en cuenta los casos particulares, donde las demandas del trabajo afectan negativamente al cónyuge; sobretodo en los casos de viajes de periodos considerables, entre otros. (Buendía, 1998)

También se ha estudiado que un bajo apoyo social junto con altas demandas laborales y bajo control da lugar a problemas en la salud del trabajador.

En general, el apoyo no sólo amortigua sino que puede proteger de la aparición de trastornos físicos y mentales; ya que éste fomenta la salud independientemente del nivel de estrés del trabajador y protege a las personas de los estresores del ciclo vital.

b) Variables sociolaborales

Las relaciones interpersonales en el trabajo, que son percibidas negativamente pueden desencadenar niveles considerables de estrés. Entre los elementos estudiados en este ámbito se destacan la densidad social en el lugar de trabajo y la calidad de las relaciones de trabajo.

Se explica que cuando la densidad de personas en el área de trabajo es excesiva puede contribuir a la insatisfacción laboral y a la disminución de la comunicación. También cuando las relaciones están deterioradas por falta de confianza y apoyo, cuando hay muchos conflictos, disputas y competitividad entre compañeros de trabajo el efecto estresor de otros estímulos laborales son mucho más poderosos; ya que el apoyo social del grupo de trabajo, que es uno de los más importantes para reducir o prevenir el estrés, está deteriorado.

Otros tipos de relaciones bilaterales que pueden ser fuente potencial de estrés se dan cuando se tienen subordinados y, sobre todo, si se intenta combinar un liderazgo participativo con altas exigencias de producción; cuando se delega autoridad y la responsabilidad es compartida; y cuando se mezcla el mantenimiento de autoridad y el miedo a perderla. Algunas relaciones con clientes, pacientes o proveedores pueden ser

estresantes por sus características generales; pero también las malas relaciones o mala comunicación en casos específicos.

A nivel grupal se mencionan varias características en el clima social de la organización que colaboran al desarrollo del Burnout, por ejemplo, poca colaboración entre compañeros, falta de cohesión grupal, presiones de grupo, conflictos en el seno del grupo que pueden estresar a los que no están implicados, coaliciones, etc. Estas situaciones dificultan la cooperación y el apoyo social en el grupo y, por lo tanto, la adaptación del profesional en el lugar de trabajo.

En general, la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

3- Variables Organizacionales

Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización.

Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales).

Analizando dichas variables, se ha concluido que tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica.

De las demandas cualitativas se ha estudiado los efectos estresantes de los trabajos de riesgo y peligros muy superiores a otros (bomberos, policías, etc.) y los efectos adversos de la monotonía y simplicidad del trabajo. El trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asociado con insatisfacción, ansiedad, problemas somáticos y altos niveles de cotecolaminas. También se ha

concluido que el control industrial y las tareas de control demandan continua atención y son potencialmente estresantes.

Dicho control se relaciona con los niveles de responsabilidad, es decir que los excesos de responsabilidad son fuentes de estrés, por ejemplo, si los errores de control incluyen la calidad o coste del producto, o incluso la muerte de los trabajadores.

Otras formas de responsabilidad pueden ser requerimientos de viajes constantes, demandas que implican relacionarse fuera de horas de trabajo, responsabilizarse personalmente de otras personas, responder a las necesidades interpersonales y emocionales de otros, etc.

En síntesis, el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales.

Los niveles bajos de control laboral, autonomía, libertad de decisión o juicio en la organización pueden ser factores de estrés e insatisfacción laboral para el trabajador. El grado de control percibido tiene una relación positiva con la satisfacción laboral, la autoestima, la competencia, el compromiso e implicación, rendimiento y motivación; mientras que su ausencia se ha correlacionado con diversos efectos negativos como síntomas somáticos, distrés emocional, depresión, ansiedad, nervios, estrés de rol, absentismo, movilidad. Es importante distinguir que el grado de control en las incidencias intrínsecas (planificación, temporalización, elección de métodos, etc.) en el trabajo son más importantes en los efectos de estrés que los extrínsecos (salario, política de la organización, mejoras sociales, etc.), aunque no quiere decir que ambas no se relacionen con la satisfacción laboral.

A esto hay que añadirle que las características de la tarea y preferencias personales de trabajo influyen en qué grado es positivo el control personal sobre el ritmo de trabajo, ya que si un trabajador no tiene las habilidades para manejar el control, esta variable puede tener efectos estresantes en el sujeto.

La posibilidad de uso y desarrollo de habilidades y capacidades en el trabajo, sin llegar al exceso, promueven la satisfacción laboral. Por lo tanto, se concluye que en general un trabajo activo con alta demanda y alto control promueve nuevas habilidades y conductas de afrontamiento. Pero se recomienda analizar las preferencias personales y recursos personales en relación con las demandas del puesto de trabajo cuando se trata de prevenir el estrés laboral

Entre las características contextuales de la organización que han sido estudiadas en el ámbito del estrés laboral se destacan: la cultura organizacional y ética, estilo de la

dirección, estructura jerárquica, implicación de los sindicatos, seguridad en el trabajo, perspectivas de la trayectoria laboral, salario, ambiente físico, aspectos temporales del trabajo e interferencia entre actividades de trabajo y no trabajo

Del análisis de estas variables se pueden observar algunas conclusiones. Respecto al entorno físico laboral, los principales estresores están relacionados con el nivel de ruido y vibraciones, la iluminación, el clima físico (temperatura ambiente, humedad, viento y radiación), la higiene (limpieza, sanitarios, ventilación), hacinamiento, aislamiento, espacio disponible para el trabajo, hasta la toxicidad, condiciones climatológicas y todas las variables relacionadas con el análisis ergonómico.

Otro elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con calidad de sueño, ajuste cardiaco, quejas de salud, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales, ambientales y características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo.

Uno de los temas laborales que más se han estudiado es la definición de roles laborales como el resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a una ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desemboca en estrés del rol. Dicho estrés causa tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo. Existen determinados tipos de trabajo que son más vulnerables al estrés de rol como aquellos de roles limítrofes, de niveles jerárquicos intermedios y los puestos poco definidos.

La preocupación por el desarrollo profesional puede ser fuente de estrés, ya que las personas aspiran a progresar y a alcanzar ciertas metas y expectativas.

Uno de los factores más estresantes es la falta de promoción. Cuando las expectativas de carrera son altas, la falta de oportunidades de promoción en la organización agravan la situación del trabajador. Pero también hay que considerar que si la promoción llegan cuando aún no se la espera puede generar estrés. Ante estas cuestiones se planteó una serie de fases en la carrera junto a estresores específicos: la fase inicial, la de consolidación, la de mantenimiento y la de preparación a la jubilación.

La fase inicial se caracteriza por la sorpresa y el choque de las expectativas y la realidad; la siguiente fase tiene como estresores los esfuerzos por la consolidación y por el equilibrio entre las demandas laborales y la familia; en la fase de mantenimiento estresan al trabajador las posibilidades de estancamiento de la carrera, la reducción en el ritmo de progreso y el fracaso a nivel personal; por último, la fase de preparación a la jubilación se caracteriza por el temor y la incertidumbre respecto a la jubilación, el descenso de las facultades físicas y mentales, las dificultades para mantenerse actualizado o las preocupaciones del nivel de desempeño.

Entre otros estresores laborales también se destaca la “inseguridad laboral”: la falta de estabilidad en el trabajo, el miedo a ser despedido. En estas situaciones el trabajador está más expuesto a otras fuentes de estrés, ya que puede aceptar sobrecargas en el trabajo con el objetivo de aumentar la seguridad en el trabajo. La inseguridad laboral tiene impacto negativo en la satisfacción laboral, la salud, las relaciones conyugales, las relaciones familiares y la autoestima. Y las variables mediadoras de dicho impacto serían el grado de dificultad financiera, el apoyo social, las diferencias individuales y condiciones del mercado laboral.

Las políticas de personal de la empresa como las recompensas, la posibilidad de aumentar los ingresos, el respeto y consideraciones hacia las destrezas del trabajador, la participación de éstos en la toma de decisiones, la política de contratación, el grado de formalización y burocratización de la organización y el tipo de supervisión son factores a tomar en cuenta para prevenir el Burnout; ya que un mal manejo de estos pueden dificultar el funcionamiento de la empresa y ocasionar niveles de estrés considerables en los trabajadores.

Entre otros estresores se pueden citar a la crisis económica, la escasez en la empresa, la caída de ventas, la reestructuración organizacional, el cambio de propietarios, la aparición de nuevas tecnologías, situaciones de guerra comercial, etc. estas son situaciones amenazadoras para el trabajador y que normalmente se acompañan de falta de información fiable y de numerosos rumores.

De un modo general, hay que subrayar la importancia de analizar el estrés como un proceso interactivo, ya que las características individuales, las características sociales y organizacionales median la salud del trabajador. No hay situaciones estresantes por sí mismas, sino que el valorar a un estímulo como estresor depende también de cómo el sujeto interprete la experiencia. Pero no hay que restar importancia al impacto de ciertos trabajos y organizaciones, en los que la incidencia de estrés es mayor que en otros; por

lo tanto, ciertas situaciones laborales presentan estresores potenciales que tienen un componente objetivo.

(Manassero, 2003; Buendía y Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Hombrados, 1997)

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Existe un problema en la diferenciación entre los síntomas del Burnout y las consecuencias como resultado de la confusión propia de la delimitación y definición del constructo.

Encontramos que la mayoría de las consecuencias planteadas por la presencia del Síndrome de Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach: 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, como ser los relacionados a la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad.

Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia por varias razones: en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión cognitiva, y que es por lo que se caracteriza este síndrome. Las consecuencias giran en torno a las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

La segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout, la Realización Personal, se refiere a la autocrítica, desvalorización, autosabotaje, desconfianza y desconsideración hacia el propio trabajo.

El área conductual, que se ha sido poco estudiada hace referencia a la Despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto es la pérdida de acción preactiva, y las manifestaciones engloban el consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud.

Las consecuencias sociales apuntan sobre la organización donde el sujeto trabaja, ya que el Burnout puede llevar a que la persona quiera aislarse y evite la interacción social. La persona sufre y la empresa también paga un alto costo pues trae como consecuencia: el cinismo, retrasos, disminución de productividad, el ausentismo, la rotación del personal, disminución del rendimiento físico y psicológico, disminución con el compromiso, afectaciones en la calidad del trabajo realizado, accidentes, las

intenciones de abandonar el trabajo, indemnizaciones por conceptos de reclamación o certificados médicos, etc.

Las manifestaciones fisiológicas pueden cubrir síntomas como las cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica.

También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout obtienen una menor satisfacción con su pareja y respecto de las conductas en el hogar, prevalecen la irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.

Cuadro 1. Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout (Buendía y Ramos, 2001; 60)

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidades.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición de expectativas.	Conductas inadaptables.	Malhumor familiar.
Irritación.	Modificación autoconcepto	Desorganización.	Aislamiento.
Apatía.	Desorientación cognitiva.	Sobreimplicación.	Formación de grupos críticos.
Desilusión.	Pérdida de la creatividad.	Evitación de decisiones.	Evitación profesional.
Pesimismo.	Distracción.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	
Hostilidad.	Cinismo.		
Falta de tolerancia.	Criticismo Generalizado.		
Acusaciones a los clientes.			
Supresión de sentimientos.			

	Estrés provocado por una doble carrera.	Recrudescimiento de las peleas domésticas.
--	---	--

Cuadro 3. Clasificación de las dimensiones y consecuencias del Síndrome de Burnout:
(Ramos, 1999; 32)

- Dimensiones.-

- Cansancio físico y psíquico. Agotamiento desgaste profesional.
- Despersonalización (robotización).
- Baja realización personal.

- Consecuencias.-

- Desmotivación.
- Negativismo.
- Pasividad.
- Pasotismo.
- Indiferencia.
- Muchos errores, indecisión.
- Consumo abusivo de alcohol, fármacos, drogas.
- Absentismo, ausentismo.
- Accidentes.
- Descenso del rendimiento.
- Baja productividad.
- Trabajo de poca calidad.
- Insatisfacción laboral.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Este apartado es una reseña de las diferentes estrategias de intervención que hemos encontrado en nuestra revisión bibliográfica, en donde diferentes investigaciones plantean intervenciones de tratamiento, por lo tanto, no se abordarán las estrategias ni los programas relacionados con la prevención del Síndrome.

Se entiende por intervención a la respuesta que rompe el ciclo de un proceso de desilusión. Actualmente, la intervención del Síndrome de Burnout se basa en un grupo de técnicas y conocimientos para afrontar y manejar el estrés. Por lo general, la mayoría de los programas se centran en el entrenamiento en aspectos específicos (proceso de estrés, afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.) y, otros, en concientizar a los trabajadores de la importancia de prevenir los factores de riesgo.

Según Paine (1982), los pasos a seguir en un proceso de intervención deben ser:

- Identificar el Síndrome, su prevalencia y efectos en los diferentes niveles de intervención.
- Prevenir el Síndrome, informar y preparar para su afrontamiento.
- Mediar: reducir o invertir el proceso que lleva a su desarrollo.
- Restablecer: aplicar un tratamiento a los trabajadores con diagnóstico de Síndrome de Burnout.

Por su parte, Ramos (1999), plantea una serie de estrategias de intervención en personas con diagnóstico:

- Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).
- Desarrollar estrategias cognitivos-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Síndrome (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, inoculación de estrés, organización personal...)
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Por otro lado, para el desarrollo y aplicación de un programa se debe establecer el nivel en el que se intervendrá:

- Individual.- Integra el fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- Interpersonal.- Se relaciona con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.
- Organizacional.- Se refiere a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

Esta diferencia es la más utilizada, aunque también es importante mencionar que Paine (1982) diferenciaba los niveles en cuatro. La diferencia radica en que el nivel organizacional lo atribuía a cambios generales en la estructura y procedimientos de la institución, la política, etc. Y por lo tanto, mencionaba otro nivel: Lugar de Trabajo, que hace referencia a la modificación del entorno laboral inmediato con el fin de reducir o eliminar los estresores.

Se aconseja que la intervención no se restrinja a un solo nivel, sino que considere todos los que afectan a la persona de manera directa o indirecta; intentando lograr un ajuste persona-ambiente, bajando los niveles de Síndrome de Burnout y previniéndolos para un futuro.

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), citados por Hombrados (1997) clasifican a los programas de intervención para el control del estrés en tres niveles: individual, organizacional e interfaz individuo-organización, y también los clasifican por el objeto de cambio: control de estresores (nivel individual), procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional):

a) *Estrategias de nivel Individual*

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo:

1. Programas dirigidos a las *estrategias instrumentales*: se centran en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida...
2. Programas dirigidos a *estrategias paliativas*: tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa (Matteson e Ivancevich, 1987).

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. También se recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión (Grau, A & cols, 1998). También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

Peiró y cols. (1994) denominan a los programas a nivel individual como “programas de control de estrés centrado en el afrontamiento de las consecuencias negativas”. Señalan la importancia de las técnicas de relajación y disminución de activación (meditación, yoga), el ejercicio y mejora de la condición física, técnicas de biofeedback o técnicas cognitivo conductuales como la inoculación del estrés, detención del pensamiento, entrenamiento autógeno o la solución de problemas.

Complementando, Ramos (1999) y Manassero & cols. (2003) explican estas técnicas y otras que pueden ser utilizadas en programas de prevención y tratamiento individual del SB. Estas técnicas son útiles en las situaciones de estrés para la generalidad de las personas, y su aplicación puede ser colectiva o individual:

- *Ejercicio Físico*: Este puede ser de ritmo moderado (con una duración de 5 a 30 minutos) o más intenso y rutinario (3-4 veces semanales en sesiones de 1 hora). Ambos ritmos de ejercicios disminuyen los niveles de estrés por su efecto tranquilizante, en el primer caso, y por su efecto ansiolítico, en el segundo.
- *Técnicas de Relajación*: Son las más aplicadas y conocidas para los clientes. El objetivo de este entrenamiento es que el individuo pueda hacer uso de las técnicas tanto en el trabajo como en sus casas o donde lo necesiten.

Las más comunes son los ejercicios de tensión-relajación de músculos, con el fin de que la persona identifique el estado de

tensión y pueda proceda a relajarse. La relajación muscular induce a la relajación mental. Estas técnicas de relajación se combinan con ejercicios de respiración abdominal y con estrategias de relajación mental (yoga, meditación, etc.).

También se incluye la hipnosis como técnica de auto-relajación.

- *Biofeedback*: Consiste en técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés. Su eficacia sobre el estrés no está demostrada empíricamente.

- *Técnicas Cognitivas*: El objetivo de estas técnicas es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes. Actúa sobre la percepción de diversos elementos (estresores, recursos, etc.), el procesamiento de información, la selección de respuestas y conductas.

Entre las técnicas cognitivas también se destaca la “técnica de solución de problemas”: esta técnica es útil para facilitar la toma de decisiones frente a las situaciones de estrés. Esta integra la identificación del problema, análisis de posibilidades, búsqueda de alternativas y toma de decisión adecuada.

Otra técnica es la de “detención del pensamiento”. Es adecuada para parar los pensamientos obsesivos o irracionales mediante estímulos sencillos o inofensivos.

- *Terapia racional-emotiva*: esta plantea que la capacidad estresora de una situación radica en la interpretación que hace el sujeto. Por lo tanto actúa sobre las creencias y patrones inadecuados de pensamientos para dirigirlos a otros más adecuados. Hace uso de técnicas verbales, imaginarias, conductuales, sugerencias e intercambio de ideas.

- *Inoculación del estrés*: Esta técnica prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.

- *Desensibilización sistemática*: su objetivo es que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas, por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad. A la vez se entrena a la persona con ejercicios de relajación. Esta técnica se ha aplicado en la clínica y en grupos.

Se plantea la importancia de desarrollar estrategias de afrontamiento al estrés que ayuden a reducir y controlar las demandas internas y externas de una situación. Las más aplicadas son aquellas que modifican los procesos de evaluación y control de los efectos negativos de la situación estresante. La estrategia de afrontamiento se pueden manejar a nivel fisiológico (técnicas de relajación o biofeedback) o cognitivo (técnicas cognitivo conductual: reestructuración cognitiva, inoculación del estrés, solución de problemas...).

b) Estrategias de Nivel Social

Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales como prevención o tratamiento del Síndrome de Burnout (Grau, 1996). En ocasiones se combinan técnicas individuales y sociales en formato de talleres.

El apoyo social es un factor muy importante como estrategia para prevenir o tratar al Síndrome, ya que se ha demostrado que éste disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros (Gil-Monte, 1997 y Leiter, 1988).

Por lo tanto, se recomienda fomentar el apoyo social de compañeros, supervisores, directivos, amigos y familiares (Matteson e Ivancevich, 1997), de manera que el trabajador reciba apoyo personal, información sobre su rendimiento laboral y sobre cómo puede mejorarlo de forma realista (Ramos, 1999).

Los programas dirigidos a los procesos de apreciación de la situación, denominados así por Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), intervienen en las relaciones interpersonales y el apoyo social como variables moderadoras del estrés. Estos programas están compuestos por estrategias individuales (cognitivas relacionadas con el locus control, autoeficacia, ansiedad,

neuroticismo, tolerancia a la ambigüedad o estilos cognitivos) y supra-individuales.

En el nivel del interfaz individuo-organización se rescatan intervenciones sobre el grado de participación y/o autonomía de los trabajadores. A nivel grupal-organizacional se destacan las estrategias centradas en la formación de equipos, los comités de seguridad y salud laboral, intervenciones sobre el sistema de valores, el clima y la cultura de la organización.

Es importante mencionar que las estrategias de intervención social, por lo general, forman parte de programas de intervención individual y organizacional; ya que sus variables se superponen y se complementan. Por ejemplo, las intervenciones a nivel supra-individual es poco frecuente por sí solas, ya que en esta categoría pueden agruparse distintas intervenciones organizacionales.

c) Estrategias de Nivel Organizacional

Para intervenir en el estrés laboral se debe actuar sobre los elementos de la organización, ya que éste, muchas veces, tiene sus fuentes fuera del individuo. Las técnicas individuales pueden llegar a ser simplemente paliativas y periféricas si no se las complementa con cambios en la organización, con el rediseño de los elementos que contribuyen al estrés, con el fin de eliminarlo o reducirlo (Manassero & cols, 2003). Pero hay que tener mucho cuidado para que la intervención no empeore la situación, ya que todo cambio es fuente potencial de estrés. Los programas deben ser implantados con cuidado, precisión y rigor.

Se hace hincapié en evaluar qué factores son los que mejoran y los que empeoran la situación de estrés para poder intervenir adecuadamente. Se debe elegir el programa de intervención organizacional teniendo en cuenta “los objetivos que se pretenden conseguir, las disponibilidades de la organización y sus relaciones con los puestos de trabajo de las personas afectadas” (Ramos, 1999, 59). Otras variables que se deben considerar en la aplicación de un programa son: nivel de estrés, urgencia en la intervención, número de personas a quienes puede afectar la intervención, estímulos relacionados con el Síndrome, costes económicos y temporales, efectos no pretendidos explícitamente, recursos disponibles, implicación de la dirección, etc.

Este tipo de programas tienen variados objetivos, y se pueden centrar en la prevención (evitar la aparición del estrés) o en el tratamiento del estrés laboral (limitar sus efectos y la recuperación de sus consecuencias).

Desde el punto de vista organizacional se han clasificado los programas en tres tipos de intervenciones: preventivos primarios, preventivos secundarios y terciarios.

- La prevención primaria –programas de prevención- suprime los factores desfavorables (de riesgo) antes de que generen enfermedad.
- La prevención secundaria –programas de tratamiento- aborda la enfermedad en sus primeras fases mediante una intervención rápida.
- La prevención terciaria – programas de tratamiento- intenta reducir la discapacidad o secuelas asociadas al trastorno.

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), citados por Hombrados (1997) explican que las estrategias de los “programas de control de estresores” como estrategias a nivel organizacional, e indican que tienen tres vertientes: reducción de las demandas ambientales, incremento de los recursos personales, la búsqueda del ajuste entre dichas demandas ambientales y los recursos personales:

- *Reducción de demandas ambientales*: aquí se plantean intervenciones organizacionales: rediseño de puestos de trabajo, mejora de condiciones laborales, intervenciones sobre la estructura organizacional. No se incluye el desarrollo organizacional, ya que más que una estrategia implica un programa específico con actuación en distintos niveles.

- *Incremento de recursos del individuo*: sugiere una intervención individual centrada en la formación y entrenamiento en aspectos técnicos del puesto de trabajo, en habilidades sociales (relaciones interpersonales o liderazgo), en solución de problemas, negociación, entrenamiento en gestión del tiempo, entre otros.

- *Ajuste entre demandas y recursos*: intenta lograr la adaptación entre la persona y su entorno de trabajo por medio de actividades de la Gestión de Recursos Humanos. Tener en cuenta la política organizacional, ya que refuerza la adaptación (selección, formación, desarrollo de carrera, planes de motivación, incentivos.).

Otro tipo de programas de intervención son los programas de asistencia a los empleados (EAP). En realidad, son programas centrados en el individuo, pero por su carácter integral de sus estrategias tienen un componente organizacional. La finalidad de estos programas es de rehabilitación, y consisten en programas de ayuda al trabajador que presentan diferentes tipos de problemas (adicción, económico, familiar, personal, laboral, etc.).

Estos programas intentan dar apoyo a los trabajadores para que consigan los cambios que necesitan, ofrecer consultas a los directivos para mejorar las dificultades provocadas por los empleados y ofrecer una respuesta rápida a las consultas. En caso que se necesite un tratamiento psicoterapéutico, se remite al individuo a servicios especializados.

También hay otro tipo de programa integrador para el control del estrés. Estos programas se diseñan para una organización concreta en una situación determinada para cubrir las necesidades a nivel individual y organizacional. Tanto en la evaluación como en el tratamiento toman en cuenta todos los factores de la organización y los tres niveles de actuación. Estos programas constan de servicios de asesoramiento de diverso tipo, asistencia especializada para problemas de rendimiento, realización de planes de entrenamiento y formación (comunicación, resolución de problemas, habilidades de supervisión, gestión del estrés, entre otros.).

También pueden ofrecer psicoterapia ocasional, el desarrollo de técnicas de dirección, el seguimiento del impacto de decisiones directivas sobre el estrés, el apoyo y formación para la realización de formación de equipos y resolución de problemas o realización de planes de cambio organizacional.

Este tipo de programas solo han sido aplicados en organizaciones policiales y han surgido tras un periodo de situaciones negativas (Hombrados, 1997).

En síntesis, la intervención organizacional tendría que ser estudiada como un sistema integral. Los factores más mencionados en la literatura han sido los siguientes, lo que no pretende limitar las variables a los de la lista:

- Mejora de las condiciones ambientales.
- Rediseño puesto de trabajo. Esto implica el diseño ergonómico de la tarea y puesto de trabajo en relación a complejidad, carga mental, etc.

- Enriquecimiento del puesto de trabajo. Se refiere a la incorporación de autonomía, retroalimentación, variedad en la tarea y habilidades demandadas, identidad de la tarea, significatividad de la misma.
- Redefinición de roles.
- Reorganización de los horarios, en cuanto a la organización de la jornada, turno partido, horarios flexibles, etc.
- Diseño de planes de carrera.
- Desarrollo de equipos de trabajo.
- Utilización de técnicas y estilos de dirección participativa
- Mejora en la comunicación (interna y externa).
- Clima laboral
- Asignación de tareas para una determinada unidad de tiempo, sobrecarga y plazos asignados a las tareas.
- Procesos y tácticas de socialización y formación existentes en la organización.
- Programas participativos en el diseño, implantación y gestión de las nuevas tecnologías.

ACERCA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

La Comunidad Terapéutica es una modalidad de tratamiento para el abuso de drogas que tiene hoy en día, una amplia aceptación; generada hace más de 40 años desde un ámbito no profesional sólo recientemente va ganando espacio en el mundo académico y de la investigación. Su valor social es contundente e indiscutido y esto se hace evidente al comprobar la gran cantidad de programas de tratamiento para el abuso de drogas que adhieren a sus principios básicos.

El presente apartado se encuentra dividido en dos partes: en la primera repasaremos la historia de la Comunidad Terapéutica y en la segunda haremos una definición del modelo de Comunidad Terapéutica.

Revisión Histórica

En un trabajo de Frederick Glaser (1977), se rastrea la Comunidad Terapéutica hasta sus orígenes. En el citado texto, el autor hace referencia a Phito Judaeus quien en 25 ac. ya describe las actividades de una comunidad que habitaba Egipto, cerca de

Aleandría. También relata que en un Rollo del Mar Muerto, llamado la Regla de la Comunidad o El Manual de Disciplina se describe el modo por el cual se ingresaba en dicha comunidad. Resulta ser casi una transcripción de lo que vemos hoy en día como modo de vida, cultura y sufrimientos de los cientos de jóvenes que son asistidos actualmente en las comunidades. Incluso sus códigos de convivencia nos remiten a los vigentes hoy en día en nuestras Comunidades. El autor concluye que las Comunidades Terapéuticas tienen dos milenios de antigüedad y fuertes raíces religiosas.

Si hacemos un camino retrospectivo, partiendo de de la Comunidad Terapéutica contemporánea, el hilo conductor nos hará pasar primero por Alcohólicos Anónimos (AA), más allá por el grupo Oxford, por la Asociación Cristiana de Jóvenes, nos internaremos en la Reforma Protestante y en ciertos grupos cristianos primitivos hasta llegar a los Esenios.

Para hallar la Comunidad Terapéutica como dispositivo para el tratamiento de drogodependencias debemos avanzar hasta a la mitad del siglo XX, dado que, a pesar de que está documentado el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los hombres desde épocas remotas, las cuales le posibilitaron cambios en sus estados de conciencia, su uso estaba limitado a contextos claramente determinados, principalmente ciertos rituales religiosos, celebraciones, privilegios ligados a las castas, la preparación para las guerras, etc. y no hay registros de consumos masivos que excedieran estos contextos y que preocuparan a las autoridades o que exigieran algún tipo de reacción desde la sociedad.

En el mundo Occidental en etapas posteriores a la Edad Media, el consumo no reglado de Sustancias, que no fuera por motivos médicos era siempre condenado y los consumidores eran considerados transgresores, poseídos, culpables, con destino final la cárcel, el hospicio o la hoguera.

A lo largo del período comprendido entre los años 1800 a 1950, tuvo lugar un proceso muy gradual durante el cual se abandona la concepción de considerar a los consumidores como pecadores, desclasados, culpables de delitos y se los incluyó entre los ciudadanos con respecto de los cuales la sociedad debía ofrecer una respuesta terapéutica.

Esta evolución en la concepción del consumidor de Sustancias Psicoactivas ocurrió tomada de la mano con el nuevo lugar asignado a lo religioso frente a lo secular y con el gran avance de las ciencias.

Aproximadamente en el mismo el mismo período, en el campo de la Salud Mental, se deja de considerar a los enfermos mentales como fenómenos sobrenaturales y encerrarlos en asilos y cárceles. Es Pinel quién en 1793 en París, comienza un largo y dificultoso camino en el cual transforma la concepción médica de la época y se los comienza a considerar como personas enfermas a quienes la sociedad les debía dar algún tipo de respuesta terapéutica. Este cambio comienza por “desencadenar a los locos” y se realiza una clasificación según los observables de los cuadros mentales.

Al analizar esta coincidencia temporal de visión del abuso de sustancias y del padecimiento mental, podría esperarse que ambas evolucionen conjuntamente y sumen sus aportes otorgando respuestas beneficiosas para ambas; pero esto no fue así y el tratamiento de las drogodependencias no se benefició de los nuevos abordajes e instrumentos que el campo de la Salud Mental aportó al tratamiento de la neurosis y de la psicosis.

Diversos registros de la época, muestran su desaliento en el trabajo psicoterapéutico con consumidores de sustancias opiáceas en el Centro de Lexington para el Tratamiento de Narcóticos, refiriendo que no se pudo encontrar un sólo informe en que la psicoterapia haya permitido a un número significativo de pacientes drogadictos volver a la comunidad a vivir una vida como individuos normales.

La explicación es bastante simple: los consumidores de sustancias se mostraron irreductibles y no respondieron a los tratamientos existentes en ese momento. Es por esto, que en la práctica médica, los adictos fueron considerados “intratables”.

Durante los 40 y 50 se produjo una evolución en los grupos de Alcohólicos Anónimos que eran un movimiento de autoayuda, una red de apoyo informal, pasaron a ser reconocidos como un programa de apoyo en el tratamiento de alcohólicos: es un cambio de calificación muy importante que determinó el futuro.

En la década del 50 se entra de lleno en la historia moderna de la Comunidad Terapéutica, de manos de su iniciador, Charles E. Dederich.

Para comprender un poco la historia de las Comunidades, debemos repasar en primer lugar un poco de la historia de su iniciador. Nacido en 1914 en Ohio, USA. Dederich era un ejecutivo exitoso, que durante 20 años fue un bebedor excesivo y hacia el final de este período se lo puede considerar un alcohólico. Como le ocurre a la mayoría de los alcohólicos, pronto perdió su trabajo y acabó pasando los días encerrado en su casa de Los Ángeles, bebiendo. Hacia 1957, la situación era tan extrema que su esposa lo echó de casa. A partir de ese día, Dederich entró en contacto con AA y logró



la sobriedad. Empezó a asistir a sus grupos; iba a varios grupos en el mismo día; caminaba de un grupo a otro. Poco a poco empezó a hablar en los grupos y tanto habló que tuvieron que pedirle que se callara, hasta el extremo de pedirle que no asistiera, cosa que él no podía hacer.

Esta característica suya, -su necesidad de hablar, de ser protagonista – fue decisiva para lo que vino después: abrió un grupo de AA en su casa de Los Ángeles. Dederich participaba de AA pero quería un abordaje más desafiante y más interactivo para lograr la abstinencia. Empezó a acoger en su casa grupos de AA a los pronto que se sumaron heroinómanos y estimulaba las discusiones. Enseguida – por razones económicas – los heroinómanos en recuperación empezaron a vivir juntos: así se formó la primera CT. Dederich observó que contra todas las predicciones, los heroinómanos podían mantenerse sin consumir por períodos que se fueron haciendo cada vez más largos. Desde el púlpito, los estimulaba a prolongar sus períodos de abstinencia y los condenaba cuando recaían.

Y así, de manera casi fortuita, Dederich comprobó que en este tipo “diferente” de organización social que se empezó a llamar a sí misma Synanon, se podía obtener abstinencia de la heroína sin intervención médica, respuesta que la sociedad “exterior” no tenía y que era muy buscada y muy preciada.

El senador Thomas J. Dodd en declaración al Senado de USA en Septiembre de 1962 dice: “el ingrediente central de Synanon es el cerrado tejido comunitario o quizás el clima social, tipo familia, donde duros drogadictos se ayudan unos a otros a encarar la vida de otra manera. En Synanon ellos encuentran una familia, un grupo humano, una sociedad donde cada individuo puede vivir como un miembro de la comunidad en vez de como un paciente, un recluso o un prisionero. Es este tipo de entorno protegido, este tipo de atmósfera familiar lo que cada día es más reconocido como necesario para la estabilidad emocional de los seres humanos”.

La década del 60 marca el comienzo de un largo recorrido buscando, elaborando, construyendo la Comunidad Terapéutica; estos primeros grupos se transformaron en su piedra fundacional como sistema de tratamiento.

El hecho de que por primera vez se logra éxito en la recuperación de drogadictos, las puso en un lugar paradigmático. El dato es que del 2 al 4% de éxito demostrado por los programas de la época se pasó al 40 y al 70% en Comunidad Terapéutica.

Recordemos que en ese momento, muchos de los residentes de Synanon y por ende sus operadores (eran residentes recuperados) habían pasado por largos tratamientos

control sobre los comportamientos del sujeto y que hacen que, invariablemente, los problemas y situaciones que son asociadas con displacer se transforman en señales para recurrir a las drogas.

Por ello se considera el abuso de drogas como un problema de toda la persona.

2 - Sobre el Residente

Existen, según la bibliografía consultada, dos grandes grupos posibles de personas que piden ayuda en una Comunidad Terapéutica.

El primero está integrado por personas que nunca han tenido un estilo de vida satisfactorio, o convencional; los valores de la cultura general faltan o no son tomados en cuenta; provienen de un ambiente donde el abuso de drogas es más una respuesta social que un problema personal.

Para este grupo esta experiencia puede ser llamada “habilitación” o sea la posibilidad de pertenencia a una sociedad organizada y el desarrollo de un estilo de vida productiva y convencional, por primera vez en sus vidas.

Para el segundo grupo el abuso de drogas es un problema psicopatológico, de personalidad o de malestar existencial.

Para ellos el término es “rehabilitación”, porque se habla de una vuelta a un estilo de vida previo, conocido pero dejado de lado temporalmente.

Sin embargo, a pesar de las diferencias de procedencia, una vez instalado el consumo y la adicción los dos grupos comparten similitudes: presentan problemas de socialización, en sus aptitudes cognitivas y emocionales, y problemas psicológicos que ponen en evidencia inmadurez, baja autoestima, trastornos del carácter y de la conducta y características antisociales.

En este dispositivo terapéutico, no se debate acerca de las causas o consecuencias del consumo: para la Comunidad hay que cambiarlas para lograr una recuperación estable.

Por lo tanto, los residentes siguen básicamente el mismo régimen general: las diferencias individuales son reconocidas en planes específicos de tratamiento que modifican pasos pero no el curso general de la experiencia en Comunidad Terapéutica.

3 - Sobre que se considera un estilo de vida sana en Comunidad Terapéutica



El objetivo general es que sus residentes lleguen a llevar un estilo de vida sana. Para lograrlo, el residente es orientado específicamente a través de la autoayuda y/o ayuda mutua (self-help) a asumir responsabilidades personales.

La concepción de vida sana enfatiza valores explícitos en la institución que guían cómo los individuos se relacionan consigo mismo, con sus pares, con sus seres queridos, con la sociedad más amplia. Estos valores incluyen verdad, honestidad, solidaridad, una ética de trabajo, de aprender a aprender, de independencia económica, de preocupación por los pares, el amor responsable, la responsabilidad, la responsabilidad familiar, el compromiso comunitario y hasta de buen ciudadano.

Posada del Inti: Aspectos del dossier a considerar

Es un Programa de Promoción de la Salud Integral, Prevención y Asistencia de las conductas adictivas, incluyendo la Integración social.

Su fundamento básico es el tratamiento personalizado, poniendo el acento en la relación del sujeto con los objetos. Este tratamiento personalizado, se realiza desde el sentido común que esto implica, es decir, haciendo hincapié en las necesidades del paciente y en función de ésta se generan los dispositivos terapéuticos.

La consideración de ser una Comunidad Terapéutica Urbana, refiere a una filosofía acerca de cómo abordar el tratamiento, apuntando a la integración social desde el ingreso del paciente.

La fundamentación teórica para abordar el trabajo cotidiano está basada en los conceptos de Salud Mental que comparten con Emiliano Galende: “El objeto de la salud mental no es un objeto natural, es un objeto social-histórico que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas”...

Dentro de la problemática con la se trabaja, el determinante fundamental es de índole psíquica, sin él no hay drogadicción. Los factores sociales inciden, como coadyuvantes, en un sistema de sobredeterminación complejo. En otras palabras no existe una causalidad social directa de las drogadicciones.

Desde esta concepción de la salud, el problema no puede reducirse al consumo de sustancias, conviene por lo tanto enfocar en la dinámica psíquica que empuja a tal

práctica. No se concibe a la adicción como una enfermedad, ni al adicto como un enfermo que hay que tratar. En cambio, se busca que el sujeto se responsabilice progresivamente de sus actos, siendo considerado como un sujeto sujetado a las drogas.

La atribución rápida de las causas de la drogadicción a factores socioculturales, (que existen obviamente), o la concepción de la misma como enfermedad viral, hace que se deje de lado al sujeto y sus problemáticas personales. Siempre hay alguien, “un sujeto”, tras el fenómeno de ingesta de sustancias. El desafío es introducir un cambio en la relación que el sujeto mantiene con el acto de drogarse.

La idea central es pensar la cuestión de la drogodependencia desde la problemática del sujeto. Si la dependencia se establece, es por un largo camino de peculiaridades de los procesos de estructuración psíquica de estos sujetos.

El problema fundamental del sujeto sujetado a la droga, no es la sustancia en sí misma, sino que es el sujeto quien la eleva a la categoría de objeto de adicción, fenómeno que a su vez está condicionado por su historia personal.

El sujeto sujetado a la droga, no puede ser visto sólo como víctima, sino como alguien que puede hacerse cargo de su condición de sujeto y de los actos en cuanto tal, realiza.

Tampoco existen objetos naturalmente buenos o malos per se, sino en función de su uso, no se trata de algo intrínseco a ellos, si de cómo y de que manera los empleamos.

El contexto tiene su importancia, pero a condición de no hacer de él una entelequia. El entorno está hecho de sujetos que a su vez portan dentro de él su medio ambiente: lo han internalizado.

Respecto del método en Posada del Inti, desde el concepto de tratamiento personalizado, se tendrá en cuenta la compleja determinación de las drogodependencias (factores psíquicos, sociales, culturales, políticos, económicos, jurídicos, etc.) así como también las aportaciones de diversas disciplinas que han estudiado esta cuestión

Se incorpora el criterio de asistencia bajo la Modalidad de Centro de día, Ambulatorio y Comunidad Terapéutica Urbana, optimizando la participación familiar y la integración social desde el ingreso.

Abordar en una institución la problemática de un sujeto sujetado a las drogas, implica ocuparnos no sólo de su problemática psíquica sino también de su familia, de la patología orgánica asociada, de ciertos aspectos sociales, comunitarios y jurídicos, así como de la institución que se hizo inicialmente cargo de la demanda y que luego nos derivó al paciente.

En ésta Comunidad Terapéutica se trabaja interdisciplinariamente con un grupo de profesionales médicos especialistas en prevención, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, operadores socioterapéuticos, servicio social y docencia con enfoque transdisciplinario y amplia experiencia en asistencia de violencia familiar, tratamiento y prevención de adicciones.

Se focaliza el tratamiento en el sujeto más que en la sustancia. El objetivo es la transformación subjetiva: se intenta modificar la dinámica psíquica del adicto, de manera tal que la abstinencia respecto de la droga surja como consecuencia de tales cambios. En esta operación analítica, la transferencia es la herramienta fundamental, centro del abordaje clínico de este sujeto.

Es necesario no abandonar una posición que exige la singularización plena: caso por caso, situación por situación. Esto implica que los tratamientos no pueden ser estandarizados ni preestablecidos.

El objetivo general es generar un espacio donde cada individuo pueda aceptarse como una persona con posibilidades y aptitudes para afrontar dificultades creativamente, estimulando nuevos canales de comunicación para el logro del bienestar individual – social y familiar. Generar un proceso que apunte a elevar la posición del sujeto como ser autónomo, a través de un abordaje personalizado.

METODOLOGIA

La presente investigación fue realizada en los dispositivos de tratamiento a las adicciones pertenecientes al programa “Posada del Inti”.

INSTRUMENTO

Con el fin de recabar la información necesaria, utilizamos el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión española, construida y validada en 1997. Junto con el mismo administramos un cuestionario sociodemográfico, donde se indagan los siguientes aspectos de los trabajadores: sexo, edad, profesión (profesional o no profesional), cantidad de horas trabajadas semanalmente, dispositivo de trabajo, antigüedad y si recibe apoyo psicológico.

El cuestionario consta de 22 ítems, dividido en 3 escalas: Cansancio Emocional; Despersonalización y Realización Personal.

Las puntuaciones brutas para cada una de las escalas se obtienen de sumar los puntos anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas. Este instrumento, entonces, no arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de Burnout, sino puntaje individuales para cada una de las 3 dimensiones. Puntuaciones altas en las dos primeras escalas y baja en la tercera son indicativos de grados elevados del Síndrome. El puntaje de cada subescala se categoriza como bajo, medio o alto de acuerdo a los puntos de corte determinadas para cada cultura y grupo profesional.

Por otro lado, se administró un cuestionario sociodemográfico al personal de cada uno de los dispositivos del programa con el motivo de indagar diferentes aspectos de su trabajo que nos permitan realizar el análisis planteado en los objetivos de la investigación, además de ampliar la información obtenida por el MBI.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definen el Burnout para profesionales que trabajan en el área de servicios humanos y lo miden con el Maslach Burnout Inventory –MBI- (1981, 1986) (Anexo 1). Este instrumento se ha traducido en castellano y validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del

sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional (9), despersonalización (5) y baja realización personal (8). De cada uno de estos factores se obtienen resultados bajo-medio- alto, lo cual permite evaluar los niveles de Burnout que tiene cada trabajador. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez de los tres factores mencionados.

Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas.

Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

En general, el cuestionario más utilizado internacionalmente ha sido el MBI y las dimensiones que plantean sus autores también han sido los más empelados para definir el constructo de Burnout. En España, esta escala, ha sido traducida por Nicolás Seisdedos Cubero (TEA, 1987)

Las investigaciones de Maslach y Jackson continuaron para ampliar sus previos estudios sobre el tema. En el año 1996, junto con Leiter y Schaufeli, se publicó una nueva versión del MBI. Sus postulaciones marcan una segunda etapa, que destaca que el Burnout también existe fuera del ámbito de los servicios humanos. Como resultado, se ha generado una nueva versión más genérica del MBI, llamado MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). El MBI también tiene una versión específica para profesores. En España se ha traducido el MBI-GS en castellano y se ha validado mediante un estudio realizado por Gil Monte (2002). Dicho estudio pretendía explorar la estructura factorial de esta versión de la escala con una muestra de 149 policías de la ciudad de Tenerife (España). Los resultados constatan su validez y fiabilidad.

El MBI-GS se utiliza para todo tipo de profesionales y parte de las tres dimensiones iniciales, aunque se modificaron algunos aspectos. Esta escala a diferencia

de la anterior consta de 16 ítems y éstos recaban más información sobre las relaciones con el trabajo que sobre los sentimientos en el trabajo. Otra diferencia, a pesar que se mantenga la estructura factorial original, es que se ha relacionado el agotamiento emocional con la fatiga y no se hace referencia directa a otras personas como la fuente de dicho estado. La despersonalización aparece como cinismo, indiferencia o actitud distante hacia el trabajo en general y no necesariamente con otras personas. Por último, la competencia profesional incluye aspectos sociales y no sociales de los logros profesionales.

Estudios en diferentes muestras han concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido a lo largo de los estudios del Síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Gil Monte, 2002; López & cols., 2000; Ramos, 1999).

LUGAR

La presente investigación fue realizada en la institución “Posada del Inti” la cual funciona como Centro de Asistencia y Prevención de Trastornos Psicofísicos y Sociales. En sus sedes: Barrio las Dalias, Ciudad de Balcarce, en el dispositivo Centro de Día e Integración social, ubicadas ambas en el centro de la Ciudad.

MUESTRA

La muestra de estudio estuvo constituida por todo el personal empleado en el programa de tratamiento Posada del Inti que alcanza un total de 42 empleados, de los cuales accedieron a formar parte de la investigación, contestando los cuestionarios 38, quienes 19 son hombres y 19 son mujeres.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar se realizó una observación de los diferentes dispositivos incluidos en el programa, con el fin de recabar información acerca de las modalidades de trabajo, espacio físico, comportamiento de los empleados, modos de vinculación,

estructura de roles, modos de liderazgo, entre otros. Además se realizó una lectura minuciosa del Dossier de la institución.

Se entregó a todos los individuos el cuestionario MBI y el cuestionario sociodemográfico; sumado a una nota introductoria donde se hace referencia al trabajo de investigación, aclarando el carácter voluntario y anónimo de la participación en misma.

Se analizaron los cuestionarios del MBI para obtener el índice de prevalencia del Síndrome de Burnout en los mencionados empleados del programa de tratamiento y estimar los grados de Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización Personal en el trabajo (RP). Se analizaron los datos sociodemográficos resultantes del total de los cuestionarios relevados. A continuación se llevó a cabo un análisis estadístico, descriptivo para visualizar los respectivos Puntajes Brutos (PB) de cada una de las escalas del instrumento utilizado, como así también de las diferentes variables exploradas, como sexo, edad, profesión (profesional o no profesional), cantidad de horas trabajadas semanalmente, dispositivo de trabajo (lugar), antigüedad como empleado y si se encontrara realizando tratamiento psicológico al momento, con el objetivo de analizar si existe relación entre alguna de estas variables y la prevalencia del Síndrome.

Edad

AE	20 - 29		30-39		40-49		50-59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	4	10,53	4	10,53	0	0,00	0	0,00
Medio	0	0,00	9	23,68	3	7,89	1	2,63
Bajo	5	13,16	10	26,32	1	2,63	1	2,63
	9	23,68	23	60,53	4	10,53	2	5,26

DP	20 - 29		30-39		40-49		50-59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Medio	1	2,63	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Bajo	8	21,05	23	60,53	4	10,53	2	5,26
	9	23,68	23	60,53	4	10,53	2	5,26

RP	20 - 29		30-39		40-49		50-59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	3	7,89	14	36,84	3	7,89	0	0,00
Medio	6	15,79	7	18,42	1	2,63	1	2,63
Bajo	0	0,00	2	5,26	0	0,00	1	2,63
	9	23,68	23	60,53	4	10,53	2	5,26

Horas

AE	> 20		20 - 40		40 - 60		60 <	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	1	2,63	4	10,53	1	2,63	2	5,26
Medio	3	7,89	5	13,16	3	7,89	2	5,26
Bajo	6	15,79	5	13,16	3	7,89	3	7,89
	10	26,32	14	36,84	7	18,42	7	18,42

DP	> 20		20 - 40		40 - 60		60 <	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Medio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,63
Bajo	10	26,32	14	36,84	7	18,42	6	15,79
	10	26,32	14	36,84	7	18,42	7	18,42

RP	> 20		20 - 40		40 - 60		60 <	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	4	10,53	6	15,79	5	13,16	5	13,16
Medio	5	13,16	7	18,42	2	5,26	1	2,63
Bajo	1	2,63	1	2,63	0	0,00	1	2,63
	6	15,79	8	21,05	2	5,26	2	5,26

Antigüedad

AE	> 1 Año		1 Año		2 Años		3 Años		4 Años		5 Años ó Más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	1	2,63	0	0,00	3	7,89	1	2,63	1	2,63	2	5,26
Medio	3	7,89	1	2,63	2	5,26	2	5,26	0	0,00	5	13,16
Bajo	2	5,26	7	18,42	1	2,63	2	5,26	2	5,26	3	7,89
	6	15,79	8	21,05	6	15,79	5	13,16	3	7,89	10	26,32

JP	> 1 Año		1 Año		2 Años		3 Años		4 Años		5 Años ó Más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Medio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,63
Bajo	6	15,79	8	21,05	6	15,79	5	13,16	3	7,89	9	23,68
	6	15,79	8	21,05	6	15,79	5	13,16	3	7,89	10	26,32

RP	> 1 Año		1 Año		2 Años		3 Años		4 Años		5 Años ó Más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	4	10,53	5	13,16	2	5,26	5	13,16	1	2,63	4	10,53
Medio	2	5,26	3	7,89	3	7,89	0	0,00	1	2,63	5	13,16
Bajo	0	0,00	0	0,00	1	2,63	0	0,00	1	2,63	1	2,63
	6	15,79	8	21,05	6	15,79	5	13,16	3	7,89	10	26,32

Asistencia Psicológica

AE	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	6	15,79	2	5,26
Medio	5	13,16	8	21,05
Bajo	8	21,05	9	23,68
	19	50	19	50

DP	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	0	0,00	0	0,00
Medio	1	2,63	0	0,00
Bajo	18	47,37	19	50,00
	19	50	19	50

RP	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	9	23,68	13	34,21
Medio	10	26,32	3	7,89
Bajo	0	0,00	3	7,89
	19	50	19	50

Profesional – No Profesional

AE	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	4	10,53	4	10,53
Medio	6	15,79	7	18,42
Bajo	8	21,05	10	26,32
	18	47,37	21	55,26

DP	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	0	0,00	0	0,00
Medio	0	0,00	1	2,63
Bajo	18	47,37	19	50,00
	18	47,37	20	52,63

RP	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	6	15,79	14	36,84
Medio	11	28,95	4	10,53
Bajo	1	2,63	2	5,26
	18	47,37	20	52,63

Lugar

AE	Internación		Centro de Día		Integración Social	
	N	%	N	%	N	%
Alto	3	7,89	2	5,26	3	7,89
Medio	7	18,42	4	10,53	2	5,26
Bajo	11	28,95	3	7,89	3	7,89
	21	55,26	9	23,68	8	21,05

DP	Internación		Centro de Día		Integración Social	
	N	%	N	%	N	%
Alto	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Medio	1	2,63	0	0,00	0	0,00
Bajo	20	52,63	9	23,68	8	21,05
	21	55,26	9	23,68	8	21,05

RP	Internación		Centro de Día		Integración Social	
	N	%	N	%	N	%
Alto	12	31,58	5	13,16	3	7,89
Medio	8	21,05	4	10,53	3	7,89
Bajo	1	2,63	0	0,00	2	5,26
	21	55,26	9	23,68	8	21,05

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos por medio del instrumento MBI, en su análisis individual da como resultado la ausencia del Síndrome de Burnout en la totalidad de la muestra abordada.

Si bien no se hallaron indicadores de la presencia del Síndrome en los trabajadores de “Posada del Inti”, el grupo de investigación decidió realizar una análisis de cada una de las subescalas que integran el MBI:

- Agotamiento Emocional, respecto a la misma se indagarán los puntajes altos respecto de las variables incluidas en el cuestionario sociodemográfico, (Sexo, Edad, Cantidad de Horas Semanales Trabajadas, Antigüedad en la Institución, Asistencia Psicológica, Profesional – No profesional y Lugar de Trabajo).
- Despersonalización, dado que no se han obtenido resultados significativos en ninguno de los sujetos de la muestra: ninguno resultó Alto, 1 sujeto Medio y los restantes 37 Bajo, no se realizará descripción ni análisis.
- Realización Personal, se analizarán los puntajes Bajos respecto de las variables mencionadas anteriormente.

- **Agotamiento Emocional:**

Totalidad de la Muestra:

AE	N	%
Alto	8	21,05
Medio	13	34,21
Bajo	17	44,74
	38	100

Resulta importante para el posterior análisis considerar que respecto de la totalidad de la muestra, fueron 8 sujetos quienes presentaron un nivel de AE alto. Se indagará a continuación su distribución respecto de las variables analizadas, lo cual permitirá arriesgar hipótesis.

Sexo:

AE	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
Alto	3	7,89	5	13,16
Medio	6	15,79	7	18,42
Bajo	10	26,32	7	18,42
	19	50	19	50

En cuanto al sexo masculino, el 26,32% obtuvo un AE bajo, un 15,79% AE medio y un 7,89% AE alto.

Por otra parte, respecto al género femenino, el 18,42% obtuvo un AE bajo, el mismo resultado un AE medio y 13,46% Alto.

Tomando en consideración que la muestra está dividida en partes iguales entre hombres y mujeres, y teniendo en cuenta los resultados de esta subescalas, se puede observar que no hay una diferencia relevante respecto del Agotamiento Emocional en ambos géneros. Sin embargo, se observa que el porcentaje de mujeres que puntúan alto en esta escala es levemente mayor.

Edad:

AE	20 – 29		30-39		40-49		50-59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	4	10,53	4	10,53	0	0,00	0	0,00
Medio	0	0,00	9	23,68	3	7,89	1	2,63
Bajo	5	13,16	10	26,32	1	2,63	1	2,63
	9	23,68	23	60,53	4	10,53	2	5,26

En cuanto a la variable Edad, se destacan diferencias entre las franjas de 20 a 39 años y de 40 a 59 años respecto del Agotamiento Emocional Alto. Este indicador arroja que el 21,06 % de los sujetos encuestados, que están en la franja de 20 a 39 años poseen un nivel de AE alto, mientras que el grupo restante no presenta ningún caso de AE alto.

Horas Trabajadas Semanalmente:

AE	> 20		20 - 40		40 - 60		60 <	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	1	2,63	4	10,53	1	2,63	2	5,26
Medio	3	7,89	5	13,16	3	7,89	2	5,26
Bajo	6	15,79	5	13,16	3	7,89	3	7,89
	10	26,32	14	36,84	7	18,42	7	18,42

La mayor incidencia de puntajes altos se encuentra en la franja de 20 a 40 horas trabajadas semanalmente con 4 sujetos, mientras el resto de los sujetos con puntajes altos también son 4 y están distribuidos en las restantes 3 franjas horarias.

Antigüedad en la Institución:

Dada la distribución homogénea de los resultados presentados en el cuadro, no se considera relevante esta variable dado que no brinda herramientas para realizar hipótesis respecto del nivel Alto en la subescala Agotamiento Emocional.

Asistencia Psicológica:

AE	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	6	15,79	2	5,26
Medio	5	13,16	8	21,05
Bajo	8	21,05	9	23,68
	19	50	19	50

De un total de 8 sujetos con AE alto, 6 de ellos reciben asistencia psicológica. Esto podría deberse a que aquellos sujetos que perciben una sensación creciente de agotamiento en el trabajo y de no poder dar más de si desde el punto de vista profesional, asistirían a un tratamiento psicológico para paliar dichos síntomas.

Profesional – No profesional:

AE	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	4	10,53	4	10,53
Medio	6	15,79	7	18,42
Bajo	8	21,05	10	26,32
	18	47,37	21	55,26

Se puede observar que la subescala AE no se encuentra afectada por la variable Profesional – no profesional, dado que la distribución de AE Alto esta dividida a la mitad, respecto del total 4 son profesionales y 4 no lo son.

Lugar de Trabajo:

AE	Internación		Centro de Día		Integración Social	
	N	%	N	%	N	%
Alto	3	7,89	2	5,26	3	7,89
Medio	7	18,42	4	10,53	2	5,26
Bajo	11	28,95	3	7,89	3	7,89
	21	55,26	9	23,68	8	21,05

En cuanto a Lugar de Trabajo, tampoco se considera una variable relevante respecto del AE alto, dado que los resultados se encuentran distribuidos uniformemente.

– **Realización Personal:**

Totalidad de la Muestra:

RP	N	%
Alto	20	52,63
Medio	15	39,47
Bajo	3	7,89
	38	100

De la totalidad de la muestra, sólo 3 sujetos, que representan al 7,89% presentan un nivel de Realización Personal Bajo. En base a este resultado se realizará a continuación un análisis de las variables con mayor relevancia, dado que en las restantes la distribución homogénea no permitió llevar a cabo un análisis que merezca ser detallado.

Edad:

RP	20 - 29		30-39		40-49		50-59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	3	7,89	14	36,84	3	7,89	0	0,00
Medio	6	15,79	7	18,42	1	2,63	1	2,63
Bajo	0	0,00	2	5,26	0	0,00	1	2,63
	9	23,68	23	60,53	4	10,53	2	5,26

En relación a la variable Edad, se encontró que en el rango de 30 a 39 años 2 sujetos presentan un nivel de realización personal Bajo, mientras que el restante tiene entre 50 a 59 años.

Asistencia Psicológica:

RP	SI		NO	
	N	%	N	%
Alto	9	23,68	13	34,21
Medio	10	26,32	3	7,89
Bajo	0	0,00	3	7,89
	19	50	19	50

Respecto de la presente variable, resulta importante destacar que ninguno de los 3 sujetos que presentaron una Realización Personal Baja recibe Asistencia Psicológica.

Lugar de Trabajo:

RP	Internación		Centro de Día		Integración Social	
	N	%	N	%	N	%
Alto	12	31,58	5	13,16	3	7,89
Medio	8	21,05	4	10,53	3	7,89
Bajo	1	2,63	0	0,00	2	5,26
	21	55,26	9	23,68	8	21,05

En cuanto a Lugar de Trabajo, el Centro de Día es el único dispositivo que no posee trabajadores con Realización Personal Bajo.

CONCLUSIONES

El objetivo que guió el presente trabajo de investigación fue el de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de Comunidad Terapéutica. La hipótesis principal fue redactada de la siguiente manera: “entre los empleados de la Comunidad Terapéutica se estima un alto índice de prevalencia del Síndrome del Burnout por las condiciones particulares de su actividad específica”.

El instrumento utilizado para explorar la hipótesis fue el Maslach Burnout Inventory, en su versión en español junto con un cuestionario sociodemográfico construido para tal fin. Los cuales arrojaron como resultado la ausencia de dicho Síndrome en el total de la muestra.

El MBI está compuesto por tres subescalas: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Cada una evalúa una dimensión particular que arroja como resultado un valor independiente.

En la subescala Agotamiento Emocional, solo el 21,05% de los trabajadores presentan un nivel alto. Es destacable la leve tendencia en las mujeres a obtener puntajes elevados en esta subescala, por otra parte todas las personas que puntuaron alto son menores de 40 años y un alto porcentaje de quienes puntuaron alto reciben asistencia psicológica. Las variables que no parecerían incidir son la cantidad de horas trabajadas, la antigüedad en la institución, el hecho de ser profesional y el lugar de trabajo.

Respecto de Despersonalización, el 97,37% de la muestra puntúa un nivel de despersonalización bajo, mientras que el restante 2,63% un nivel medio. Estos resultados no permiten realizar conjeturas respecto de la relación entre la subescala y las variables indagadas.

Finalmente, sólo el 7,89% presenta un nivel de Realización Personal bajo. A pesar de ello se destaca que la franja etárea de entre 30 y 39 años presenta la mayor parte de los sujetos que puntuaron bajo en esta subescala, asimismo resulta llamativo que ninguno de estos sujetos recibe asistencia psicológica. Las variables que no parecerían incidir en esta subescala son sexo, cantidad de horas trabajadas semanalmente, antigüedad en la institución, la condición de profesional y lugar de trabajo.

Se desprende de este análisis que los sujetos menores de 40 años son quienes evidenciaron un nivel de agotamiento emocional alto y un nivel de realización personal

bajo, es por esto que parecería ser que esta franja etárea presenta mayores niveles de vulnerabilidad.

Por otra parte respecto de la variable asistencia psicológica, podría hipotetizarse que las manifestaciones del Agotamiento Emocional impulsarían a las personas a emprender un tratamiento psicológico, mientras que los fenómenos provocados por la realización personal baja, relacionados con sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, originando una autoevaluación negativa y a estar insatisfecho con sus logros profesionales, no incidirían en la decisión de realizar tratamiento. Esta conjetura se basa en que quienes puntuaron alto en Agotamiento Emocional en su mayoría son asistidos psicológicamente, mientras que quienes puntuaron bajo en Realización personal ninguno recibe tratamiento psicológico.

En base los heteróclitos resultados obtenidos en la totalidad de la muestra, podría afirmarse que los factores de riesgo que estarían influyendo no se deberían a variables organizacionales, sino que podrían estar mayormente influenciados por factores de índole individual.

Considerando que en Agotamiento Emocional y Realización Personal una porción significativa de sujetos puntuaron en el nivel medio, se desprende la recomendación de realizar estrategias de prevención primaria, para evitar el posible desarrollo de patologías vinculadas al trabajo.

Resulta pertinente realizar algunas consideraciones respecto del instrumento utilizado. Las preguntas del cuestionario que refieren a la subescala Despersonalización poseen un carácter que puede resultar fácilmente manipulables por parte del encuestado a fin de brindar una buena imagen ante el encuestador y ante si mismo. Por otra parte son identificables los aspectos vinculados al trabajo que intenta indagar el instrumento, facilitando la posibilidad de responder de manera tal que concuerde con una imagen positiva de su trabajo y el propio desempeño.

Para finalizar, sería importante tomar en consideración la posibilidad de realizar un estudio ampliando la muestra a trabajadores de otras comunidades terapéuticas para comparar resultados de diferentes instituciones. Sería pertinente agregar una exploración cualitativa que contemple la posibilidad de realizar entrevistas con los trabajadores, que aportaría mayores datos acerca de las condiciones laborales.



AGRADECIMIENTOS

Los autores desean dar las gracias por su asesoramiento, tutoría y disposición para la realización de este trabajo a la Lic. Ana Isabel Redondo.

A la institución Posada del Inti por abrirnos amablemente sus puertas y permitirnos realizar la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- BUENDÍA, J Y RAMOS, F (2001) *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide
- BUENDÍA, J (1998) *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- BUUNK, A.P. Y SCHAUFELI, W.B. (1993) *Burnout: a perspective from social comparison theory*. En SCHAUFELI, W.B; MASLACH, C. Y MAREK T. (eds), *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- CHERNISS, C. (1982). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- CHERNISS, C. (1983). *Staff Burnout: Job Stress en the Human Services*. London: Sage Publications.
- CHERNISS, C. (1990). *Natural recovery from burnout: Results of 10-years follow-up study*. Journal of health and Human Resources Administration, Vol. 13, 132-154.
- EDELWICH, J. Y BRODSKY, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- FARBER, B.A. (1983) *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.
- FARBER, B. A. (1991). *Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FIRTH, H; MCINTEE, J; MCKEON, P Y BRITTON, P (1986). *Professional depression, burnout and personality in longstay nursing*. International Journal Of Nursing Studies, 24 (3), 227-237.
- FREUDENBERGER, H. J. (1974) *The staff burnout*. Journal of social issues, 30 (1), 159- 165.
- GIL-MONTE, P.Y PEIRÓ, J.Mª. (1996). *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, 12 (1), 67-80.
- GIL MONTE, P Y PEIRÓ, JM (1997). *Desagaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Síntesis.

- GOLEMBIEWSKY, R. T.; MUNZENRIDER, R. F., Y STEVENSON, J. G. (1986) *Stress in Organizations*. New York, Praeger.
- GOTI, E. (1990) *La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga*, Buenos Aires: Editorial Nueva Visión. 1990.
- GRAU, J.Y CHACÓN, M (1998) *Burnout: una amenaza a los equipos de salud*. Conferencia presentada en la II jornada de actualización en psicología de la salud. Asociación Colombiana de psicología de la salud. Instituto nacional de oncología y radiología: La Habana.
- HÄTINEN, M.; KINNUNEN, U.; PEKKONEN, M.; ARO, A. (2004) *Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health*. Journal of Occupational Health Psychology, VOL 9 (3), 220-237.
- HOMBRADOS, MI (1997). *Estrés y Salud*. Promolibro: Valencia
- KOBASA, S. C., MADDI, S. R., Y KAHN, S. (1982). *Hardiness and health: a prospective study*. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 168-177.
- LEITER, M.P. Y MASLACH, C. (1988). *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment*. Journal of occupational behavior, 9, 297- 308.
- LEITER, M.P. Y DURUP, J. (1994). *The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study*. Anxiety, stress and coping, 7, 297-308.
- MANASSERO, M Y COLS. (2003) *Estrés y Burnout en la enseñanza*. Palma: UIB
- MASLACH, C. (1976) *Burn-out*. Human behavior, 5 (9), 16-22.
- MASLACH, C. (1982) *MBI. Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- MASLACH, C. (1982) *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall
- MASLACH, C Y JACKSON, S.E. (1981) *The measurement of experienced burnout*. Journal of occupational Behaviour, 2, 99-113
- MASLACH, C Y JACKSON, S.E. (1982) *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum

- MASLACH, C. Y JACKSON, S.E. (1986) *The Maslach Burnout Inventory*. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA 1987)
- MASLACH, C. Y LEITER, M.P. (1997) *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- MASLACH, C. Y SHAUFELI, W.B. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. En W.B. SCHAUFELI, C.; MASLACH, C. Y T. MAREK (EDS), *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor y Francis.
- MINGOTE, JC (1998) *Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional*. Formación médica continuada. (Versión electrónica) Vol. 5 (8), 493.
- MORENO, B; GARROSA, E. Y GONZÁLEZ, J.L. (1999). *Personalidad resistente, Burnout y salud*. Escritos de psicología. Madrid: Eudema
- PEIRÓ, JM Y SALVADOR, A (1993) *Control del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
- PÉREZ JÁUREGUI M.I. (2001) *El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud*. Psicología y pedagogía. Publicación virtual de la facultad de psicología y pedagogía de la USAL. Año II No 5.
- PINES, A. (1993) *Burnout: An Existential Perspective*. En: W.B. SCHAUFELI, C. MASLACH, & T. MAREK (eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (35-51). London: Taylor & Francis.
- PINES, A. Y ARONSON, E. (1988) *Carrer Burnout: Causes and Cures*. New York: The Free Press.
- RAMOS, F. (1999): *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.
- SILVA, H.; VEGA, E. Y PÉREZ, A. (1999). *Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional entre los Profesionales Sanitarios de un Hospital General*. Actas Españolas de Psiquiatría, 5, 1999; 27: 310-320.
- ZAMORANO, E.(2008); *"Dispositivos de atención en adicciones"* Ficha de Cátedra: Psicología Jurídica. Universidad Nacional de Mar del Plata.

