

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de psicología

**Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en
profesionales de Centros de Atención a las Adicciones de
Región Sanitaria VIII.**

Chromechek, María Amalia - Matricula N° 5381/01 – DNI 29.141.223

García, Laura Valeria - Matricula N° 5108/00 – DNI 28.608.245

Pagliardini, Ricardo Alberto - Matricula N° 5187/00 – DNI 25.012.859

CÁTEDRA DE RADICACIÓN:

Psicología Laboral

SUPERVISOR: Lic. Zamorano Eduardo

FECHA DE PRESENTACION: MAYO DE 2012

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 – O.C.S. 143/89**

APELLIDO Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS:

Chromechek, María Amalia - Matr N° 5381/01

García, Laura Valeria - Matr N° 5108/00

Pagliardini, Ricardo Alberto - Matr N° 5187/00

CÁTEDRA DE RADICACIÓN:

Psicología Laboral

SUPERVISOR:

CO-SUPERVISOR:

Lic. Ignacio Moritán

TÍTULO DEL PROYECTO:

Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en profesionales de Centros de Atención a las Adicciones de Región Sanitaria VIII.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA:

El Síndrome de Burnout se presenta como un tipo particular de respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen cuando se desequilibran las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario. Afecta principalmente a personas cuya profesión implica la asistencia o el

apoyo ante los problemas de los otros (beneficiarios del servicio), siendo éste el eje central de su tarea.

En el presente estudio se pretende realizar una investigación exploratoria destinada a relevar la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal de los Centros de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Para tal fin, se utilizará el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), acompañado de un breve cuestionario que indague variables tales como género, cargo, antigüedad en el mismo y tipo de vínculo contractual establecido con el Ministerio de Salud.

La muestra con la que se trabajará es de tipo intencional y se estima compuesta por aproximadamente 60 personas.

PALABRAS CLAVES:

Trabajo – Síndrome de Burnout – Estrés Laboral Crónico – Profesionales de Atención a las Adicciones

DESCRIPCIÓN DETALLADA:

Motivos y Antecedentes:

Salud Mental y Trabajo.

Perspectiva histórica:

Las dimensiones psíquicas y mentales del trabajo han sido durante mucho tiempo desconocidas por las disciplinas asociadas al hombre y al trabajo. La preocupación por la “salud mental” va a ser resultado de un proceso socio histórico, donde las condiciones para su emergencia van a desarrollarse. El siglo XIX se caracteriza por la lucha por la supervivencia. Es el periodo del capitalismo industrial caracterizado por el aumento de la producción, el éxodo rural y la concentración de la población en lo urbano. La duración de la jornada laboral era de 12 y hasta 16 horas, los salarios

muy bajos, había total falta de higiene, agotamiento físico, accidentes de trabajo, lo que daba lugar a condiciones de morbilidad y mortalidad. En dichas condiciones lo primero va a ser asegurarse la subsistencia y solo después ocuparse de la enfermedad.

En el periodo que va de la Primera Guerra Mundial hasta 1968, los movimientos obreros van a tener fuerza política, una de las preocupaciones principales va a ser la protección de la salud, específicamente, la protección del cuerpo, resguardar al mismo de los accidentes, prever las enfermedades profesionales y las intoxicaciones causadas por los productos industriales, etc.

Con el Taylorismo, la organización científica del trabajo, y la introducción de la nueva tecnología de la sumisión del cuerpo y la disciplinarización, van a nacer tensiones psicológicas desconocidas hasta entonces, sobre todo de tiempo y de ritmo de trabajo. Los resultados que se exigen son nuevos y hacen aparecer al cuerpo como principal punto de impacto de los daños del trabajo. No va a ser el aparato psíquico el que aparece como víctima del sistema, sino más bien el cuerpo dócil y disciplinarizado, librado sin defensa a los impulsos de la organización del trabajo. En este periodo la lucha por el cuerpo va a reemplazar a la lucha por la supervivencia. La resolución del conflicto por la reducción de la jornada de trabajo dio lugar al mejoramiento de las condiciones laborales, la Seguridad, la Higiene y la Prevención de enfermedades.

Después de 1968 comienza la preocupación por la salud mental, existen diferentes razones para esto. La primera se refiere al agotamiento del sistema Taylor, primero en el campo económico, luego en el campo del control social y sobre el terreno ideológico, en donde este sistema se denuncia como deshumanizante. La reestructuración de las tareas, como alternativa de la OCT, pone el acento sobre la dimensión mental del trabajo industrial. La sensibilidad frente a las cargas intelectuales y psicosenoriales, preparan el terreno para la preocupación por la salud mental. El surgimiento de la psiquiatría, el ejercicio masivo de las prácticas psicoterapéuticas, juegan un papel importante también. Así la lucha por la supervivencia

denunciaba la excesiva duración del trabajo, la lucha por la salud del cuerpo conducía a denunciar las condiciones de trabajo y el sufrimiento mental, será resultado de la organización del trabajo. Entendiendo por la mismo, a la división del trabajo, el contenido de la tarea, el sistema jerárquico, las modalidades de la gestión, las relaciones de poder, etc.

¿Qué es la salud?

La organización mundial de la salud define el concepto de salud en los siguientes términos:

“estado de completo bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en ausencia de enfermedad”.

Esta definición presenta la característica de considerar a la salud no en términos negativos y de asociar el estado físico a condiciones mentales y sociales. Pero es una definición estática, y la salud no es estática sino un proceso multidimensional, una situación construida, una especie de equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto, y su relación con el medio social y ambiental.

La salud mental se define como:

- Un estado: de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (por ej. Satisfacción) o negativos (por ej. Ansiedad).
- Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía.
- El resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante.

Pero la salud mental, no es solo un proceso o resultado, sino también una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en el comportamiento, ya que depende también de las estrategias de afrontamiento, personalidad, competencias, entre otras variables, de las personas.

Los precursores de la mala salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las condiciones de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el mismo; son llamados factores estresantes.

Relación hombre-salud mental y trabajo.

Citando a Peiro y Salvador para los cuales el trabajo tiene carácter psicosocial, ya que es uno de los subsistemas de actividad de la vida humana que cumple con la función de contribuir a la inserción social, proporciona status, identidad, integra a grupos, posibilita y pauta interacciones, satisface necesidades sociales y crea oportunidades para serle útil. Es lugar de apuntalamiento y de sostén, la actividad que le da al sujeto la posibilidad de crecer y realizarse en relación al medio ambiente, al que modifica y por medio del cual se modifica. La relación del sujeto con el trabajo es una relación libidinal, siendo el objeto “trabajo”, una parte fundamental en la estructuración de la identidad psicológica y social del sujeto (Freud). Existen diferentes consecuencias del trabajo:

- 1) Impone una estructura de tiempo durante los días hábiles.
- 2) Obliga al establecimiento de vínculos extrafamiliares.
- 3) Establece metas que exceden las individuales y que obligan a la acción conjunta para obtenerlas.
- 4) Confiere status e identidad social.
- 5) Fuerza a las personas a tener más o menos actividades.

Es por todo esto que las vicisitudes relacionadas con lo laboral impactan en la salud mental. El reconocimiento por el trabajo actúa como el motor de vivencias de satisfacción y placer mientras que el déficit o la inexistencia de éste, como fuente de displacer y malestar, obstaculizando la construcción de una identidad firme y fragilizando la posibilidad de crear un proyecto de vida sostenido.

Existen diferentes estresores asociados al trabajo, ellos son

- 1) del ambiente físico, entre los que se encuentran:

- La iluminación. No es lo mismo trabajar en turno nocturno que en el diurno.

- El ruido. Trabajar con alarmas continuamente, puede afectar no sólo al oído, sino al desempeño del trabajo: satisfacción, productividad, etc.

- Ambientes contaminados. La percepción de los riesgos, puede producir mayor ansiedad en el profesional, repercutiendo en el rendimiento y en el bienestar psicológico.

- La temperatura. A veces trabajar en un ambiente caluroso genera un tremendo discomfort.

- Peso. Los profesionales que han de trabajar en quirófano muchas horas con delantales o guantes protectores de plomo pueden estar sometidos a cargas con un peso importante. El cansancio puede duplicarse.

2) estresores de la tarea. La generación de estrés varía de unas personas a otras, ya que las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales va en función de lo que gusta o no hacer. Cuando la tarea se adecúa a las expectativas y a la capacidad del profesional, contribuye al bienestar psicológico y supone una importante motivación. Entre estos estresores se encuentran:

- La carga mental de trabajo. Es el grado de movilización de energía y capacidad mental que el profesional pone en juego para desempeñar la tarea. Ejemplo: tener que preparar 25 sueros llenos de medicación en un horario reducido.

- El control sobre la tarea. Ocurre cuando no se controla la tarea, es decir, cuando las actividades a realizar no se adecuan a nuestros conocimientos. Ejemplo: Han cambiado a un profesional de puesto de trabajo, y ha sido trasladado a un servicio de nefrología, cuando resulta que los cinco últimos años ha trabajado en la unidad de cardiología. No controla la tarea a realizar y no se atreve a tomar las iniciativas adecuadas por temor a la falta de conocimientos y atención que requieren este tipo de pacientes.

3) estresores de la organización: Los estresores más importantes que aparecen en la organización son los siguientes:

- Conflicto y ambigüedad del Rol. Ocurre cuando hay diferencias entre lo que espera el profesional y la realidad de lo que le exige la organización. Puede haber conflictos como por ejemplo recibir ordenes contradictorias de un responsable de enfermería o cuando los deseos y metas no se corresponden con lo que realmente estamos haciendo. Cuando no se tiene claro lo que se tiene que hacer, los objetivos del trabajo y la responsabilidad inherente que conlleva, nos puede estresar de forma importante.

- También influyen los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, sentirse observado-criticado por los compañeros, las dificultades de comunicación y las escasas posibilidades de promoción. Estos factores también pueden generar estrés laboral.

- La jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. Por ejemplo una jornada nocturna puede ser más larga que una de mañana o tarde y por tanto al final de la jornada, el profesional se encontrará más agotado y su capacidad física y mental puede verse disminuida.

- Las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés. Piénsese en un profesional desequilibrado emocionalmente que hace la vida imposible a todos sus compañeros. Es una fuente continua de estrés. Por el contrario, cuando existe buena comunicación interpersonal y cuando se percibe apoyo social y de la organización, se amortiguan los efectos negativos del estrés laboral sobre nuestra salud.

- Promoción y desarrollo profesional. Si las aspiraciones profesionales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos, se puede generar una profunda frustración apareciendo el estrés.

Cambio en las condiciones laborales en Argentina. Precarización laboral y desempleo como rasgos principales del sistema laboral.

Las condiciones laborales en Argentina han sufrido diferentes modificaciones que están estrechamente relacionadas al cambio del rol y el perfil de Estado, al fenómeno de la globalización, así como también a las nuevas tecnologías y el cambio en los modos productivos y en la concepción del empleo a nivel mundial.

La concepción de trabajo que tenía el Estado de Bienestar y la que está hoy presente desde el enfoque neoliberal, en el contexto de la globalización, son esencialmente diferentes. Dos rasgos son los que toma el mercado laboral y las situaciones laborales hoy; por un lado el desempleo, y por otro, la precarización laboral.

Debido a diferentes procesos ocurridos, en las últimas décadas, aumentó el desempleo en Argentina, principalmente este fenómeno está relacionado, con la desindustrialización, las políticas de ajuste económicos, la falta de políticas de generación de empleo y los ciclos de restricción económica, sufridos durante éstos años.

Los cambios en los modos de contratación caracterizados por la temporalidad; las fluctuaciones del salario, que quedan determinados según el funcionamiento del mercado (oferta y demanda), la productividad, y el logro de los objetivos; la desprotección por parte del Estado, por medio de leyes de flexibilización laboral (redefinición de las indemnizaciones, retiros voluntarios, “contratos basura”); la subcontratación y el empleo temporal son los rasgos que definen la precarización laboral.

Como contrapartida al empleo para toda la vida, que daba estabilidad y seguridad, en tiempos del Estado de bienestar; hoy no hay empresas que garanticen el trabajo permanente.

Surge entonces el concepto empleabilidad, que refiere a tener más posibilidades de ser empleado, si las personas se capacitan y adquieren experiencia. Así, a lo que las empresas se comprometen es que los trabajadores tendrán cada vez más valor en el mercado laboral, porque estarán más capacitados. Los empleados ya no son valorados por la

cantidad de horas trabajadas, sino por los resultados obtenidos, por sus habilidades en cuanto a las relaciones interpersonales, entre otros factores. De esta manera los trabajadores, intentan aprender rápido, acumular conocimientos, perfeccionar sus habilidades de negociación, de trabajo en equipo, etc. Por otra parte también existen modificaciones en los horarios de trabajo, habiendo una gran diversidad, entre ramas, y entre empresas de las mismas ramas; al horario cortado y corrido, se agregan los horarios rotativos, el trabajador free lance, entre otros.

En el marco del Estado de Bienestar, existía el Estado y los lazos de solidaridad como medios de protección y como forma de generación de ciudadanía, hoy en medio de la incertidumbre y la complejidad, el sujeto no solo es “empresario de sí mismo” (Galende), sino que además es víctima de sus propios miedos (de perder el empleo o el ingreso, de pasar a ser un desocupado, etc.). De esta manera se constituye un estilo de vida que pasa por asumir riesgos personales, lo que facilita y determina que hoy, cada ser humano devenga único, y sea responsable en la totalidad de si mismo. Esto es producto de la caída de las instituciones de protección, principalmente el Estado como garante de la igualdad, la equidad y los derechos sociales, así como también de los lazos de solidaridad entre los hombres.

En éstas condiciones, los trabajadores, viven en situación de incertidumbre y precariedad, lo que lleva a un replanteamiento constante de su identidad social y personal relativa a la inserción laboral, sufre por el choque entre las expectativas y las posibilidades que otorga el mundo laboral, experimenta tensión frente a la inestabilidad y la presión ejercidas por los diferentes puestos de trabajo, su proyecto de vida se convierte en inestable debido a las diferentes variables laborales (inestabilidad laboral, de ingresos, etc.). En suma, la salud mental de los trabajadores se ve afectada, ya que el nuevo sistema y la nueva cultura, decide sobre aspectos esenciales de su vida, como el trabajo, los ingresos y el proyecto de vida, a la vez que lo hace responsable de los fracasos, no solo en torno a lo estrictamente laboral, sino también en relación a la concreción de su proyecto de vida. El encuentro con situaciones laborales conflictivas,

incrementa el sufrimiento de las personas, así la angustia pasa a ser un rasgo distintivo de los trabajadores.

El trabajo como generador de identidad, como vehículo de socialización, sostén de proyecto de vida y estructurador, aparece disminuido en su potencial. En estas condiciones, en donde reina la falta de trabajo, la falta de seguridad laboral, y la precarización, todo lo cual repercute sobre la salud mental de la gente.

Síndrome de Burnout

Este equipo considera al Síndrome de Burnout como una de las posibles consecuencias del interjuego de lo previamente desarrollado; de ahí se desprende que sea el eje del presente trabajo.

El Síndrome de Burnout fue descrito por vez primera en el año 1974 por Herbert Freudenberger, quien observó que un gran número de los profesionales denominados “de ayuda” manifestaba una progresiva pérdida de energía, desmotivación en su trabajo, síntomas de ansiedad y depresión y agresividad hacia los pacientes.

Posteriormente Christina Maslach estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, accediendo a conclusiones similares a las de Freudenberger. Esta autora describió una situación que cada vez se hacía más frecuente entre aquellas personas que, por la naturaleza de su trabajo, debían mantener contacto directo y continuo con personas, y que con el tiempo evidenciaban estar desgastados profesionalmente.

Ana Redondo realiza un trabajo de delimitación conceptual del Síndrome de Burnout y sostiene que no existe una definición única del Burnout, sin embargo sobre en lo que sí hay un común acuerdo “es de que se trata de una respuesta del individuo al estrés laboral crónico”.

Peiró (1997, citado por Redondo) describe al Síndrome como una “experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones,

problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización”.

Asimismo, Ana Redondo distingue dos perspectivas en la delimitación conceptual del Síndrome de Burnout:

Por un lado, la perspectiva clínica entiende al Síndrome como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, haciendo alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios.

Por otro lado, la perspectiva psicosocial entiende al Burnout como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. Asume una secuencia de distintas fases con sintomatología específica en cada una de ellas. Se presenta con agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

El agotamiento emocional se relaciona con una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de no tener nada que ofrecer a los demás. Esto es acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas como abatimiento, ansiedad e irritabilidad.

La despersonalización hace referencia al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios del servicio, quienes son vistos por los profesionales de manera deshumanizada. Se caracteriza por actitudes de cinismo, frialdad y aislamiento, que suelen acompañarse de calificaciones despectivas hacia los beneficiarios del servicio y de intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio.

La falta de realización personal refiere a la percepción por parte del profesional de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido. Tiene que ver con una tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente (estar descontentos consigo mismo y con los resultados de su trabajo), lo que afecta negativamente la habilidad en la realización del trabajo y en la relación con las personas a las que atiende.

La mayor discusión entre autores con respecto al Síndrome de Burnout se da con respecto a la diferenciación entre estrés laboral y Síndrome de Burnout, consecuencia del parecido que hay entre ambos conceptos.

Tanto Maslach como Freudenberger han considerado al Síndrome de Burnout como una prolongación del estrés laboral. Sin embargo, otros autores han intentado discriminar más precisamente este síndrome.

Price y Murphy (1984, citado por A. Redondo) entienden a este Síndrome como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral y sostienen que el concebir al Síndrome de Burnout como un estado ha dificultado la comprensión del mismo, obstaculizando la identificación de estrategias adecuadas de afrontamiento.

Rodríguez (1995), desde la perspectiva psicosocial señala que el Síndrome de Burnout no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como un tipo particular de respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen en las relaciones sociales entre profesionales y usuarios de servicios u de la relación entre profesional y organización.

En investigaciones que se han realizado en el ámbito laboral sanitario, las principales fuentes de Burnout que se han detectado en relación al desempeño del rol profesional han sido, entre otras, la sobrecarga laboral, el bajo salario y la rotación horaria.

Con respecto a la prevalencia de este Síndrome en profesionales de la salud, no hay un común acuerdo entre los investigadores aunque la mayoría de las investigaciones rondan en una prevalencia de entre 30 y 40 % para un nivel de afectación media y no mayor a un 20% en los casos de nivel de Burnout elevado. Hernández (2003) investigó el Burnout en profesionales de la salud en un municipio de La Habana, Cuba; pudiendo distinguir las prevalencias con respecto al nivel de atención y a la profesión. Es así que, en el caso de los médicos hubo una prevalencia del 35%, mientras que en los enfermeros la prevalencia de burnout fue de 23.7%. Concluye que la mayor jerarquía o la profesión mayormente reconocida es una variable que aumenta el riesgo de sufrir burnout.

Este equipo ha decidido evaluar en este trabajo a los equipos de los Centros Provincial de Atención de las Adicciones de la Región Sanitaria VIII, entendiendo como línea de base que los profesionales de la salud en la atención de las adicciones pueden verse afectados por este Síndrome, compartiendo los niveles de prevalencia del mismo a nivel. Cabe aclarar que los niveles de prevalencia descritos se han establecido mayoritariamente en estudios a médicos y enfermeros de atención primaria, no contando con estadísticas con respecto a profesionales que atienden esta patología.

Asimismo se entiende a este Síndrome como un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal, dimensiones que se pueden evaluar a través del “Maslach Burnout Inventory” (MBI).

Objetivos:

Objetivos Generales:

Evaluar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII.

Objetivos Particulares:

Detectar el Síndrome de Burnout en personal administrativo, psicólogos, Asistentes Sociales, Operadores Socioterapéuticos y Técnicos de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII.

Verificar la aparición de diferencias entre las distintas dimensiones de la Escala Maslach entre los trabajadores de diferentes cargos.

Establecer diferencias por género, antigüedad, cargo y tipo de vínculo contractual establecido con el Ministerio de Salud.

Métodos y Técnicas:

Para el presente estudio se utilizará como instrumento el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), en su versión en español, validada, confiable y

estandarizada, por ser el utilizado con mayor frecuencia para medir el Síndrome de Burnout.

Esta escala presenta alta consistencia interna, y una fiabilidad cercana al 0.9.

Dicho Inventario está formado por 22 ítems que se evalúan con una escala tipo Lickert. La factorización de los mismos arroja en la mayoría de los trabajos tres factores ortogonales, los que se definen a continuación:

1) Agotamiento emocional: mide sensaciones de fatiga, que aparecen como consecuencia de la actividad laboral. Se define como falta de energía y destrucción de los recursos emocionales con la vivencia de que no queda nada que dar u ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces. Corresponde a los ítems 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16, 20.

2) Despersonalización: evalúa respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los usuarios. Se define como el desarrollo de una actitud y concepto de sí mismo negativo, con la pérdida de la autoestima e incapacidad de enfrentar situaciones ya vividas y resueltas con eficacia. Corresponde a los ítems 05, 10, 11, 15, 22.

3) Realización Personal: evalúa sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en el desempeño laboral cotidiano. Se define como imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión, lo cual confiere al trabajador una sensación creciente de incompetencia. Corresponde a los ítems 04, 07, 09,12, 17, 18, 19, 21.

Determinación de la muestra:

Se trabajará con una muestra no probabilística de tipo intencional. La misma estará conformada por los trabajadores de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones, de la Región Sanitaria VIII, que voluntariamente accedan a contestar el cuestionario. Se estima trabajar con una muestra de aproximadamente 60 personas.

Lugar de Realización del Trabajo

Centros Provinciales de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII. Dichos Centros dependen de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y se encuentran emplazados en las siguientes localidades: Ayacucho, Balcarce, General Pueyrredón, General Alvarado, Necochea, General Lavalle, General Madariaga, Maipú, Pinamar, Villa Gessell, Municipio Urbano de la Costa y Tandil.

Cronograma de actividades:

1. Definición del problema.
2. Búsqueda bibliográfica y del estado de las investigaciones previas sobre el tema.
3. Selección del instrumento.
4. Elaboración de carta de autorización y del cuestionario.
5. Contacto con la institución, presentación y solicitud de autorización para llevar a cabo el proyecto.
6. Aplicación del instrumento
7. Recolección de los datos
8. Procesamiento e interpretación de los datos.
9. Elaboración de conclusiones.
10. Elaboración y redacción del informe final.
11. Presentación del informe final.

		MES							
		Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.
ACTIVIDAD	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								

Bibliografía:

- Atance Martínez, J. (1997, mayo). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario [Versión electrónica]. *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 71, num. 3, pp. 293-303. Madrid. Extraído el 19 marzo, 2009, de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=en
- Caballero Martín, M. A., Bermejo Fernández, F., Nieto Gómez, R. & Caballero Martínez, F. (2001, marzo). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud [Versión electrónica]. *Rev. Atención Primaria*, vol. 27, num. 5, pp 313-17. Madrid. Extraído el 15 marzo, 2009, de www.cepis.ops-oms.org/foro_hispano/bvs/bvsacd/cd49/burnout.pdf
- De las Cuevas Castresana, C. (2003). Burnout en las profesionales de la atención a las drogodependencias [Versión electrónica]. *Rev. Trastornos Adictivos*, vol 5, num. 2, pp. 107-13. Extraído el 12 Febrero, 2009 de www.sedronar.gov.ar/images/novedades/biblioteca/i.burnout%20de%20los%20profesionales%20en%20drogodep..pdf
- De los Ríos Castillo, J. L., Ocampo Mansilla, M., Landeros López, M., Ávila Rojas, T. L. & Tristán Alejo, L. A. (2007). Burnout en Personal administrativo de una dependencia gubernamental: análisis de sus factores relacionados [Versión electrónica]. *Rev. Investigación y Ciencia*, vol. 15, num. 037, pp. 26-34. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes. México: Extraído el 14 Marzo, 2009 de www.redalyc.uaemex.mx
- Desjours Ch. (1992). *Trabajo y Desgaste Mental*, 1º Parte cap 3; 2º Parte cap 7 y 9. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires: Humanitas.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en al sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención [Versión electrónica]. *Rev. Cubana Salud Pública*, vol. 2, num. 29, pp. 103-110. Extraído el 17 marzo, 2009 de www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu02203.pdf
- Ivancevich, J. M. & Matleson, M. T. (1989). *Estrés y Trabajo: una perspectiva gerencial*. México: Trillas.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986), Maslach Burnout Inventory. Manual (2º Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press
- Redondo A. I. (2001). *Delimitación conceptual, diagnóstico y prevención del "Síndrome de Quemarse por el trabajo" (Burnout)*. Trabajo presentado en el V CONGRESO NACIONAL DE PSICODIAGNOSTICO y XII JORNADAS NACIONALES DE A.D.E.I.P.
- Redondo, A. I., Belpulsi, S. & Schenini, M. (2003). *Cambios en el sistema laboral, la empresa y el trabajo*. Trabajo presentado en el PRIMER CONGRESO MARPLATENSE DE PSICOLOGÍA "LA PSICOLOGÍA HOY". (Mar del plata; 13 al 15 de marzo de 2003. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Savio, S. A. (2008). El síndrome del burn out : un proceso de estrés laboral crónico. *Rev. Hologramática*, Año V, vol. 1, num. 8, pp.121-138. Facultad de Ciencias Sociales . Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Extraído el 15 Febrero, 2009, de <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=829>
- Simmy Pintos, S. (2001). *El sujeto en la organización*. Tesis de maestría para la obtención del título de Magíster en Psicología Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Zapata, F. (2005). *El trabajo en la vieja y nueva economía*. México: Centros de Estudios Sociológicos - El Colegio de México.

Uso del Trabajo

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Chromechek María Amalia Matrícula: 5381/81 D.N.I 29141223, García Laura Matrícula: 5108/00 DNI 28.608.245, Pagliardini, Ricardo Alberto Matrícula: 5187/00 DNI 25.012.859, de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin consentimiento previo de los autores.

Aprobación del Supervisor.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Chromechek María Amalia Matrícula: 5381/01, García Laura Matrícula: 5108/00, Pagliardini, Ricardo Alberto Matrícula: 5187/00, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, en el mes de Mayo de 2012.

.....

Presentación ante la comisión asesora.

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 Chromechek María Amalia Matrícula: 5381/01 García Laura Matrícula: 5108/00, Pagliardini, Ricardo Alberto Matrícula: 5187/00.

Fecha de aprobación..... de 2012.

INDICE GENERAL

Portada	I
Uso del Trabajo	II
Aprobación del Supervisor	III
Evaluación del Supervisor	IV
Presentación ante la comisión asesora	V
Índice General	VI
Índice de Gráficos	IX
Índice de Tablas	X
Plan de trabajo	XIII

Título: “Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en profesionales de Centros de Atención a las Adicciones de Región Sanitaria VIII.

CAPITULO I

INTRODUCCION	2
---------------------	---

CAPITULO II

MARCO TEORICO	5
----------------------	---

2.1 Salud Mental y Trabajo	6
----------------------------	---

2.2 Cambios en las condiciones laborales en Argentina	9
---	---

 Precarización laboral y desempleo como rasgos principales del sistema laboral

2.3 ¿Qué es la salud?	12
-----------------------	----

2.4 Relación hombre, salud mental y trabajo	13
---	----

2.5 Estrés	15
------------	----

2.5.1 Estrategias frente al estrés	17
------------------------------------	----

2.6 Estrés laboral	19
--------------------	----

2.7 Síndrome de Burnout	24
-------------------------	----

2.7.1 Sobre el significado de Burnout	24
---------------------------------------	----

2.7.2 Antecedentes	25
--------------------	----

2.8 Desencadenantes del Burnout	31
---------------------------------	----

2.8.1 Variables individuales y sociodemográficas en el Síndrome	35
---	----

2.8.2 Características propias del individuo	35
---	----

2.8.3 Las actitudes frente al trabajo	38
---------------------------------------	----

2.8.4 Las variables sociodemográficas	38
---------------------------------------	----

2.9 Consecuencias	40
2.10 Características particulares en los profesionales de atención a las adicciones	42
2.11 Problema de Investigación	43
CAPITULO III	
METODOLOGIA	44
3.1 Objetivos	45
3.2 Métodos	45
3.2.1 Recolección de datos	45
3.2.2 Descripción de los instrumentos	47
3.2.3 Caracterización de la muestra	48
3.2.4 Descripción de la muestra	52
3.2.5 Análisis de los datos	57
CAPITULO IV	
PRESENTACION DE LOS RESULTADO	59
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFIA	97
ANEXO I INSTRUMENTOS	103

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1 Composición de la muestra según género	52
Gráfico N° 2 Distribución de la muestra según puesto en el servicio	54
Gráfico N° 3 Composición de la muestra según el vínculo contractual con el Ministerio de Desarrollo Social de la Pcia. De Bs As.	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Composición de la muestra según edad	53
Tabla N° 2 Composición de la muestra según horas dedicadas al trabajo	55
Tabla N° 3 Composición de la muestra según la antigüedad en el servicio	56
Tabla N° 4 Puntos de cortes de las escalas del MBI utilizadas	58
Tabla N° 5 Distribución de la muestra según presencia del Síndrome de Burnout.	60
Tabla N° 6 Distribución de las puntuaciones de las tres dimensiones	61
Tabla N° 7 Distribución de la muestra según género y presencia del Síndrome De Burnout.	62
Tabla N° 8 Distribución de la muestra según género y valores puntuados en Dimensión Cansancio Emocional	63
Tabla N° 9 Distribución de la muestra según género y valores puntuados en Dimensión Despersonalización	64
Tabla N° 10 Distribución de la muestra según género y valores puntuados en Dimensión Realización Personal	64
Tabla N° 11 Distribución de la muestra según edad	65

y presencia del Síndrome.	
Tabla N° 12 Comparación de la muestra según edad y Dimensión Cansancio Emocional	66
Tabla N° 13 Comparación de la muestra según edad y Dimensión Despersonalización.	66
Tabla N° 14 Comparación de la muestra según edad y Dimensión Realización Personal	67
Tabla N° 15 Presencia del Síndrome de Burnout en relación con el puesto en que se desempeña en el servicio.	68
Tabla N° 16 Análisis de la Dimensión Cansancio Emocional según puesto en el que se desempeña en el servicio.	70
Tabla N° 17 Análisis de la Despersonalización según puesto en el que se desempeña en el servicio.	71
Tabla N° 18 Análisis de la Dimensión Realización personal según puesto en el que se desempeña en el servicio.	73
Tabla N° 19 Presencia del Síndrome de Bunout en relación con el vínculo contractual Con el Estado.	74
Tabal N° 20 Distribución de la Dimensión Cansancio Emocional según el vinculo Contractual con el Estado	75
Tabla N° 21 Distribución de la Despersonalización según el vinculo Contractual con el Estado	76
Tabla N° 22 Distribución de la Realización personal según el vinculo Contractual con el Estado	77
Tabla N° 23 Presencia del Síndrome de Bunout en relación	78

con cantidad de horas trabajadas diariamente.

Tabla N° 24 Distribución de la Dimensión Cansancio Emocional en relación a cantidad de horas trabajadas diariamente	79
Tabla N° 25 Distribución de la Dimensión Despersonalización en relación a cantidad de horas trabajadas diariamente	80
Tabla N° 26 Distribución de la Realización Personal en relación a cantidad de horas trabajadas diariamente	81
Tabla N° 27 Presencia del Síndrome de Burnout en relación con la antigüedad en el Servicio.	82
Tabla N° 28 Distribución de la Dimensión Cansancio Emocional según la antigüedad en el servicio	83
Tabla N° 29 Distribución de la Dimensión Despersonalización según la antigüedad en el servicio	84
Tabla N° 30 Distribución de la Dimensión Realización Personal según la antigüedad en el servicio	85
Tabla N° 31 Estadística Descriptiva de cada dimensión	86

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 – O.C.S. 143/89

APELLIDO Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS:

Chromechek, María Amalia - Matricula N° 5381/01

García, Laura Valeria - Matricula N° 5108/00

Pagliardini, Ricardo Alberto - Matricula N° 5187/00

CÁTEDRA DE RADICACIÓN:

Psicología Laboral

SUPERVISOR: Lic. Zamorano Eduardo

TÍTULO DEL PROYECTO:

**Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en profesionales de
Centros de Atención a las Adicciones de Región Sanitaria V**

“Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en profesionales de Centros de Atención a las Adicciones de Región Sanitaria VIII”.

Autores:

Chromechek María Amalia.

Garcia Laura.

Pagliardini Ricardo.

Año 2012

CAPITULO I

INTRODUCCION

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza con el objetivo de cumplir con el requisito curricular correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El tema abordado en el presente trabajo se seleccionó en función de la importancia que actualmente se le concede al Síndrome de Burnout, cuadro psicológico que aparece en las profesiones de ayuda como respuesta a factores estresantes de la propia actividad, vinculados con la relación interpersonal.

Si bien diversas investigaciones a nivel mundial han abordado la prevalencia del Síndrome en diferentes áreas del personal de salud, las investigaciones realizadas en la República Argentina son pocas, y se reducen aún más si se las recortan al campo de los profesionales de atención de drogadependientes.

En el caso de estos profesionales, la atención de personas con una enfermedad de carácter crónico y complejo, en donde las recaídas son frecuentes, hace probable un aumento de la presencia de este Síndrome. Agregado a esto se puede pensar en las condiciones laborales de Argentina, las cuales en el marco de la política neoliberal imperante durante la década de 1990, se han visto deterioradas por la implementación de leyes de flexibilización laboral y el creciente desempleo.

El sector público no es ajeno a estas cuestiones, sufriendo el embate de sucesivas reducciones de sueldo y de la explotación a la que los

trabajadores públicos se ven sometidos debido a los recortes presupuestarios.

Por todo lo antedicho es que este equipo ha seleccionado como muestra de esta investigación a los profesionales de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII.

La presencia de este Síndrome tiene consecuencias negativas no sólo en la salud de los profesionales que lo padecen, sino también en la calidad de atención que éstos pueden prestar a sus pacientes. Por tal motivo es importante la detección de este cuadro psicológico, cuanto más precozmente mejor, y en los casos en que aún no se haya desarrollado, la recomendación de acciones preventivas. Todo esto teniendo como objetivo final la mejora de la calidad de atención.

Se quiere destacar que este trabajo fue posible gracias a la Coordinadora de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII y a todos los Directores, profesionales y administrativos de cada uno de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones y Comunidad Terapéutica, quienes facilitaron su colaboración respondiendo amablemente al requerimiento de los autores.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. MARCO TEORICO.

2.1 Salud Mental y Trabajo.

Las dimensiones psíquicas y mentales del trabajo han sido durante mucho tiempo desconocidas por las disciplinas asociadas al hombre y al trabajo. La preocupación por la “salud mental” va a ser resultado de un proceso socio histórico, donde las condiciones para su emergencia van a desarrollarse. El siglo XIX se caracteriza por la lucha por la supervivencia. Es el período del capitalismo industrial caracterizado por el aumento de la producción, el éxodo rural y la concentración de la población en lo urbano. La duración de la jornada laboral era de 12 y hasta 16 horas, había total falta de higiene, agotamiento físico, accidentes de trabajo, lo que daba lugar a condiciones de morbilidad y mortalidad. En dichas condiciones, lo prioritario va a ser asegurarse la subsistencia y más tarde vendrá la preocupación por la enfermedad.

En el período que va de la Primera Guerra Mundial hasta 1968, los movimientos obreros van a tener fuerza política, una de las preocupaciones principales va a ser la protección de la salud, específicamente, la protección del cuerpo, resguardar al mismo de los accidentes, prever las enfermedades profesionales y las intoxicaciones causadas por los productos industriales, etc.

Con el Taylorismo, la organización científica del trabajo, y la introducción de la nueva tecnología de la sumisión del cuerpo y la disciplinarización, van a nacer tensiones psicológicas desconocidas hasta entonces, sobre todo de tiempo y de ritmo de trabajo. Los resultados que se exigen son nuevos y hacen aparecer al cuerpo como principal punto de impacto de los daños del trabajo. No va a ser el aparato psíquico el que aparece como víctima del sistema, sino más bien el cuerpo dócil y disciplinarizado, librado sin defensa a los impulsos de la organización del trabajo. En este período la lucha por el cuerpo va a reemplazar a la lucha por la supervivencia. La resolución del conflicto por la reducción de la jornada de trabajo dio lugar al mejoramiento de las condiciones laborales, la Seguridad, la Higiene y la Prevención de enfermedades.

Después de 1968 comienza la preocupación por la salud mental, existen diferentes razones para esto. La primera se refiere al agotamiento del sistema Taylor, primero en el campo económico, luego en el campo del control social y sobre el terreno ideológico, en donde este sistema se denuncia como deshumanizante. La reestructuración de las tareas, como alternativa de la OCT (Organización científica del trabajo), pone el acento sobre la dimensión mental del trabajo industrial. La sensibilidad frente a las cargas intelectuales y psicosensoriales, preparan el terreno para la preocupación por la salud mental. El surgimiento de la psiquiatría, el ejercicio masivo de las prácticas psicoterapéuticas, juegan un papel importante también. Así, la lucha por la supervivencia denunciaba la excesiva duración del trabajo, la lucha por la salud del cuerpo conducía a denunciar las

condiciones de trabajo y el sufrimiento mental, será, por su parte, el resultado de la organización del trabajo. Entendiendo por la misma, a la división del trabajo, el contenido de la tarea, el sistema jerárquico, las modalidades de la gestión, las relaciones de poder, etc.

Desde 1919, la Organización Internacional del Trabajo tiene como objetivos mejorar las condiciones de trabajo, tales como: reglamentación de la carga horaria, duración de jornadas, salario, protección de los trabajadores contra las enfermedades y accidentes del trabajo. (M. Muñoz, 2006).

En 1970, se instaló desde dicha organización, un programa internacional para el mejoramiento del ambiente y condiciones de trabajo, el cual tiene, entre sus objetivos: Protección contra los efectos desfavorables de los factores físicos, químicos y biológicos en el medio ambiente de trabajo. Prevención de la tensión mental resultante de la duración excesiva, del ritmo, del contenido y de la monotonía del trabajo. Promoción de mejores condiciones de trabajo dirigida a la distribución adecuada de tiempo y del bienestar de los trabajadores, etc. Por otra parte, el 10 de diciembre de 1998, el Mercosur en su declaración Socio-Laboral adoptada en Río de Janeiro expresa el deber de los Estados parte, de tomar las recomendaciones de la OIT y sus convenios para la promoción del empleo de calidad de condiciones saludables de trabajo y para el bienestar de los trabajadores. (M. Muñoz, 2006).

Actualmente en las sociedades modernas el sujeto se ve enfrentado a un sistema de producción de bienes y servicios, a demandas y formas de

trabajo, que se convierten en peligrosas para su salud, a partir de lo cual se producen enfermedades cuyo origen es el sistema laboral.

2.2 Cambio en las condiciones laborales en Argentina. Precarización laboral y desempleo como rasgos principales del sistema laboral.

Las condiciones laborales en Argentina han sufrido diferentes modificaciones que están estrechamente relacionadas al cambio del rol y el perfil de Estado, al fenómeno de la globalización, así como también a las nuevas tecnologías y el cambio en los modos productivos y en la concepción del empleo a nivel mundial. La concentración económica, las políticas de privatización y de desregulación, el abandono por parte del Estado de su rol social; trajeron aparejado la precarización laboral, el aumento del desempleo, la instalación de la pobreza, la marginalidad y un crecimiento de las desigualdades sociales (Beccaria y Orsatti, 1989; Citado por Pacenza).

La concepción de trabajo que tenía el Estado de Bienestar y la que concepción actual desde el enfoque neoliberal, son esencialmente diferentes. Dos rasgos son los que toma el mercado laboral y las situaciones laborales, por un lado, la precarización laboral y, por otro, el desempleo.

La precarización laboral se caracteriza por: Los cambios en los modos de contratación caracterizados por la temporalidad; las fluctuaciones del salario, que quedan determinados según el funcionamiento del mercado (oferta y demanda), la productividad y el logro de los objetivos; la desprotección por parte del Estado, por medio de leyes de flexibilización

laboral (redefinición de las indemnizaciones, retiros voluntarios, “contratos basura”); la subcontratación y el empleo temporal.

Como contrapartida al empleo para toda la vida, que daba estabilidad y seguridad, en tiempos del Estado de bienestar; hoy no hay empresas que garanticen el trabajo permanente. Surge entonces el concepto empleabilidad que refiere a tener más posibilidades de ser empleado, si las personas se capacitan y adquieren experiencia. Así, a lo que las empresas se comprometen es a que los trabajadores tengan cada vez más valor en el mercado laboral, porque estarán más capacitados. Los empleados ya no son valorados por la cantidad de horas trabajadas, sino por los resultados obtenidos, por sus habilidades en cuanto a las relaciones interpersonales, entre otros factores. De esta manera, los trabajadores, intentan aprender rápido, acumular conocimientos, perfeccionar sus habilidades de negociación, de trabajo en equipo, etc. Por otra parte, también existen modificaciones en los horarios de trabajo, habiendo una gran diversidad, entre ramas, y entre empresas de las mismas ramas; al horario cortado y corrido se agregan los horarios rotativos, el trabajador free lance, entre otros.

En el Estado de Bienestar los lazos de solidaridad como medios de protección y como forma de generación de ciudadanía, conformaban sus características inherentes, hoy en medio de la incertidumbre y la complejidad, el sujeto no solo es “empresario de sí mismo” (Galende, 1996), sino que además es víctima de sus propios miedos (de perder el empleo o el ingreso, de pasar a ser un desocupado, etc.). De esta manera, por un lado, se constituye un estilo de vida que pasa por asumir riesgos personales, lo

que determina que hoy, cada ser humano devenga único y sea responsable en la totalidad de si mismo, y por otro, esto hace que los trabajadores tengan que replantearse constantemente su identidad social y personal en relación a la inserción laboral. El sujeto sufre por el choque entre las expectativas y las posibilidades que otorga el mundo laboral, experimenta tensión frente a la inestabilidad y la presión ejercidas por los diferentes puestos de trabajo, su proyecto de vida se convierte en inestable debido a las diferentes variables laborales (inestabilidad laboral, de ingresos, etc.). El trabajo aparece disminuido en su función de generador de identidad, como sostén de proyecto de vida y estructurador, aparece desminuido en su potencial. En las condiciones actuales, el encuentro con situaciones laborales conflictivas, incrementa el sufrimiento de las personas, y de ésta manera la angustia pasa a ser un rasgo distintivo de los trabajadores. Si bien este sufrimiento preexiste a la situación de trabajo, dichos encuentros pueden incrementar su intensidad (Dejours, 1998) presentándose como un estadio intermedio de un proceso que tiene como comienzo la salud y como final la enfermedad.

En nuestro país, el sector público sufre los efectos, de la emergencia de una nueva configuración sociolaboral resultante de la aplicación de políticas neoliberales. Se ha visto condicionado y afectado por la privatización, la creciente tercerización, la precarización laboral, el desmantelamiento de los servicios, la sobrecarga laboral tanto por el incremento de la demanda como por el sobreempleo. La complejidad de la situación del sector que puede tener efectos sobre la salud de los

trabajadores está en relación, a las difíciles condiciones de trabajo y ambiente laboral, los recursos escasos, y la demanda en aumento.

2.3 ¿Qué es la salud?

La organización mundial de la salud define el concepto de salud en los siguientes términos:

“Estado de completo bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en ausencia de enfermedad”. (Constitución de la OMS, 1946)

Esta definición presenta la característica de considerar a la salud no en términos negativos y de considerar lo mental y lo social. Pero es una definición estática, y la salud es un proceso dinámico y multidimensional, una especie de equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto y su relación con el medio social y ambiental.

La salud mental se define como:

- Un estado: de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (por ejemplo satisfacción) o negativos (por ejemplo ansiedad).
- Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, la autonomía.
- El resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante.

La salud mental está determinada por las características del entorno, tanto fuera, como dentro del campo profesional y por las características propias del sujeto. Pero ésta, no es solo un proceso o resultado, sino también una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en el comportamiento, ya que depende también de las estrategias de afrontamiento, personalidad, competencias, entre otras variables de las personas.

Los llamados factores estresantes, son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las condiciones de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el mismo.

2.4 Relación hombre, salud mental y trabajo.

Para Peiro y Salvador (1997, citado por Barron), el trabajo tiene carácter psicosocial, ya que es uno de los subsistemas de actividad de la vida humana que cumple con la función de contribuir a la inserción social, proporciona status, identidad, integra a grupos, posibilita y pauta interacciones, satisface necesidades sociales y crea oportunidades para serle útil. Es lugar de apuntalamiento y de sostén, la actividad que le da al sujeto la posibilidad de crecer y realizarse en relación al medio ambiente, al que modifica y por medio del cual se modifica. La relación del sujeto con el trabajo es una relación libidinal, siendo el objeto “trabajo”, una parte fundamental en la estructuración de la identidad psicológica y social del

sujeto (Freud, citado por Simmy Pintos). Existen diferentes consecuencias del trabajo:

- a) Impone una estructura de tiempo durante los días hábiles.
- b) Obliga al establecimiento de vínculos extrafamiliares.
- c) Establece metas que exceden las individuales y que obligan a la acción conjunta para obtenerlas.
- d) Confiere status e identidad social.
- e) Fuerza a las personas a tener más o menos actividades.

El trabajo, en nuestra sociedad actual, adquiere una categoría con dimensiones nunca vistas en la historia de la humanidad, determina en gran medida la inclusión o exclusión del sistema y se relaciona de una forma directa con la calidad y expectativa de vida de las personas. De este modo, para desarrollarse hoy, resulta fundamental disponer de una actividad laboral que además proporciona una capacidad económica que permite la independencia.

La mayoría de los estudios sobre la relación trabajo – salud han enfatizado en la enfermedad, especialmente en enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, entendidos como una alteración de lo biológico que surgen como consecuencia del contacto con tóxicos, ruidos, polvo, etc. Existen además de estos fenómenos que impactan en la salud de los trabajadores, otros que están asociados a procesos psicológicos y que no siempre se concretizan en daños materiales o evidentes. Dichos fenómenos

pueden llevar no solo a perturbaciones en la vida laboral sino también en lo personal.

Es por todo esto que las vicisitudes relacionadas con lo laboral impactan en la salud mental. El reconocimiento por el trabajo actúa como el motor de vivencias de satisfacción y placer mientras que el déficit o la inexistencia de éste, como fuente de displacer obstaculiza la construcción de una identidad firme.

2.5 Estrés.

El término estrés fue introducido, en el área de la salud, por Selye en 1926 (2004, citado por Nerea) éste lo definió como “la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o a una situación estimular”. Para él existía el síndrome general de adaptación que comprende tres fases: Alarma, en la que el organismo reacciona automáticamente respondiendo con una acción de lucha o de huida, adaptación o resistencia donde el metabolismo se adapta al estrés durante un tiempo, y agotamiento donde al ser, el estrés, muy intenso y al ser limitada la energía destinada a la adaptación, el organismo ve superada su capacidad de resistencia. De esta manera se producen alteraciones físicas y psíquicas de diversa índole.

Lazarus y Folkman (2004, citado por Nerea) consideran al estrés como resultado del interjuego entre el sujeto y el ambiente. En su concepción, le dan mucha importancia a la valoración cognitiva que el sujeto realiza de la situación. Si la discrepancia entre la exigencia y la capacidad

del sujeto para superarla puede ser resuelta adecuadamente, se habla de eutrés donde las reacciones estresantes son valoradas positivamente para el funcionamiento del sujeto, su desarrollo personal y su rendimiento. Si ante una situación amenazante, el sujeto realiza un constante gasto de recursos sin poder controlarla se habla de una reacción de distrés, que es lo que habitualmente se denomina estrés.

Según Kertesz y Kerman (2004 citado por Neira) las causas del estrés son de 4 tipos:

a) Fisiológicas.

- Genéticas.
- Congénitas.
- Condicionamiento.
- Enfermedades previas o actuales.

b) Psicológicas y psicosociales.

- Personalidad.
- Vulnerabilidad emocional o cognitiva.
- Crisis vitales.
- Relaciones interpersonales conflictivas.
- Condicionamientos frustrantes por el trabajo.

c) Ambientales y sociales.

- Cambios sociales y tecnológicos acelerados.

- Situación político-económica.
 - Hacinamiento.
- d) Ambientales físicos.
- Microorganismos patógenos, tóxicos, etc.
 - Temperaturas extremas, catástrofes, etc.

Para éstos mismo autores, entre los efectos del estrés pueden encontrarse:

- a) Inmediatos.
- a.1) Psicológicos (cognitivos, emocionales)
 - a.2) Psicósomáticos y orgánicos.
 - a.3) Ambientales
- b) Mediatos
- b.1) Enfermedades físicas
 - b.2) Afecciones mentales, adicciones, etc.
 - b.3) Accidentes
 - b.4) Disminución del rendimiento o productividad.

2.5.1 Estrategias frente al estrés.

Existen diferentes estrategias que cumplen la función de mediar las relaciones estrés-adaptación y actúan como factor protector aumentando las

posibilidades del sujeto para reducir la probabilidad de desórdenes psicológicos y físicos.

Las estrategias de afrontamiento, se clasifican según se enfoquen en el problema o en la emoción:

a) Enfocadas en el problema: buscan modificar el estresor y cambiar la situación. Se dirigen tanto al entorno (ambiente, dificultades) como al sujeto (modificación de aspiraciones, desarrollo de nuevas conductas).

b) Enfocadas en la emoción: son acciones indirectas o paliativas donde el sujeto regula su respuesta emocional disminuyendo el trastorno que genera una situación estresante. Se utilizan al percibir que los estresores no pueden ser modificados, el sujeto cambia su reacción emocional para que la situación no le resulta estresante.

Por su parte, Tobin (2004 citado por Neira) afirma que las estrategias pueden ser pasivas o activas, dando lugar así a 4 tipos:

a) Activas dirigidas al problema: el sujeto se involucra y trata de eliminar la situación o bien altera el significado.

b) Activas dirigidas a la emoción: la persona expresa su malestar, buscando apoyo, opiniones, ayuda.

c) Pasivas centradas en el problema: el sujeto no se involucra, niega la situación, la evita.

d) Pasivas centradas en la emoción: la persona se centra en si misma, no manifiesta lo que le pasa.

2.6 Estrés laboral.

El trabajo es, por su condición misma, un generador de estrés cuando hay discrepancia entre las demandas laborales y los recursos del sujeto para afrontarlas. Puede darse porque la realidad contextual dificulta la realización de la tarea, porque el trabajo no satisface las necesidades y expectativas de las personas, por la falta de correspondencia entre las capacidades del trabajador y las requeridas para el puesto, entre otras razones.

En la relación estrés-trabajo intervienen variables que tienen que ver tanto con la personalidad del trabajador como con las condiciones y medio ambiente laboral. Dentro de este contexto, es importante considerar la evaluación que la persona hace de las demandas de su trabajo, su vulnerabilidad y las estrategias que aplica.

Existen trabajos que por su propia naturaleza son causantes de estrés, son aquellos que implican riesgo de vida (médicos, enfermeras) riesgo económico (ejecutivos), confinamiento (guardia cárceles, preceptores de internados) responsabilidad por otras personas (docentes, trabajadores

de la salud) peligro (bomberos, policías), ambiente físico inadecuado (por ejemplo exceso o falta de luz) los que alteran el ritmo biológico, etc.

Pero además existen diferentes factores laborales que causan estrés. El estrés laboral supone una carga para el trabajador que amenaza su salud y esto afecta también, a la organización ya que repercute en la calidad de los servicios y en la productividad.

De acuerdo a Robbins, S. (citado por Barron) el estrés se define como “una condición dinámica donde el individuo se enfrenta a una oportunidad, una limitación o una demanda relacionada con sus deseos y cuyo resultado percibe como algo incierto e importante a la vez”. El autor dice “el entorno, la organización y el individuo son posibles fuentes de estrés laboral”.

El estrés, en tanto causante del desajuste entre los requisitos del puesto laboral y posibilidades de rendimiento de la persona, genera problemas de salud, bajas laborales, baja productividad e insatisfacción en el trabajo. Los factores estresantes se denominan estresores y pueden provenir de condiciones externas o estados internos. Se pueden considerar diferentes tipos de éstos: intraorganizacionales (factores intrínsecos del puesto, sistema de recompensas, estructura organizacional, etc.) y extraorganizacionales.

Por su parte, existen diferentes estresores asociados al trabajo, ellos son

- a) Del ambiente físico, entre los que se encuentran:
 - a.1) La iluminación.

a.2) El ruido.

a.3) Ambientes contaminados.

a.4) La temperatura.

b) Estresores de la tarea. La generación de estrés varía de unas personas a otras, ya que las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales, va en función de lo que gusta o no hacer. Cuando la tarea se adecua a las expectativas y a la capacidad del profesional, contribuye al bienestar psicológico y supone una importante motivación. Entre estos estresores se encuentran:

b.1) La carga mental de trabajo. Es el grado de movilización de energía y capacidad mental que el profesional pone en juego para desempeñar la tarea.

b.2) El control sobre la tarea.

c) Estresores de la organización: Entre éstos se pueden destacar:

c.1) Conflicto y ambigüedad del Rol. Ocurre cuando hay diferencias entre lo que espera el profesional y la realidad de lo que le exige la organización.

c.2) También influyen los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, sentirse observado-criticado por los compañeros, las dificultades de comunicación y las escasas posibilidades de promoción.

c.3) La jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes.

c.4) Las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés.

c.5) Promoción y desarrollo profesional. Si las aspiraciones profesionales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos, se puede generar una profunda frustración apareciendo el estrés.

El estrés laboral es un fenómeno que se ha extendido en la sociedad contemporánea, porque el trabajo tiene gran importancia social y porque el interés por la productividad y la eficacia no ha sido acompañado por condiciones adecuadas de trabajo y diseño de tareas y puestos que tengan en cuenta las características de las personas.

En este contexto, son muchos los aspectos del trabajo y de la organización que afectan la salud de las personas, a la organización y a la sociedad en general.

Podemos decir siguiendo a Peiro (1993, citado por Barron) “el estrés laboral es un fenómeno personal y social cada vez más frecuente y con consecuencias importantes a nivel individual y organizacional, que puede afectar al bienestar físico y psicológico y a la salud de las personas. A nivel colectivo, puede deteriorar la salud organizacional”.

De acuerdo al Modelo de Estrés Orientado a la Dirección de Mattenson e Ivancevich (1992) los elementos relevantes del estrés son:

Los estresores que inciden sobre:

- a) La apreciación de la situación por parte del individuo, lo que a la vez incide sobre
- b) Los resultados de la apreciación (a nivel fisiológico, comportamental y psicológico) y éstos a su vez sobre:
- c) Las consecuencias, tanto las referidas a la salud del individuo como a las referidas a su desempeño en la organización.

Por último, y desde una perspectiva amplia, se pueden considerar factores estresantes psicosociales del trabajo a:

- a) Factores del entorno: incertidumbre económica, política etc.
- b) Factores de la organización: demanda de las actividades
- c) Factores del individuo: problemas familiares, económicos, etc.

Cabe señalar que, que se experimente el experimentar estrés depende en parte de la personalidad de cada sujeto, y cuando llega a sentirse estrés los síntomas se manifiestan en lo psicológico, lo físico y lo comportamental.

Como una respuesta al estrés laboral crónico aparece el Burnout, siendo éste, una experiencia subjetiva que agrupa sentimientos y actitudes

negativas y tiene efectos nocivos para la persona y para la organización en la que se desempeña. Justamente en esto se diferencia del estrés, el cual tiene tanto efectos positivos como negativos.

2.7 Síndrome de Burnout

2.7.1 Sobre el significado de Burnout.

De acuerdo a Gil-Monte (2003), existen diferentes denominaciones para el síndrome de quemarse por el trabajo, que en función a su similitud pueden ser clasificadas en 3 grupos:

- a) Las denominaciones que tiene como referencia el término original anglosajón Burnout. (v.g., síndrome del quemado)
- b) Las denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología (Vg., desgaste profesional)
- c) Estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral (Vg., estrés laboral asistencia.)

Para este autor se debe utilizar “síndrome de quemarse por el trabajo para aludir al Burnout, porque ayuda a comprender el fenómeno. Para él, esta acepción presenta algunas ventajas, entre las se pueden citar:

- a) da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas

b) alerta sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de los síntomas para poder diagnosticar.

c) Pone la atención en el trabajo con lo que se evita estigmatizar al trabajador

d) Permite diferenciar este fenómeno de otros que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, la ansiedad, etc.

2.7.2 Antecedentes.

El Síndrome de Burnout fue descrito por vez primera en el año 1974 por Herbert Freudenberger, quien observó que un gran número de los profesionales denominados “de ayuda” manifestaba una progresiva pérdida de energía, desmotivación en su trabajo, síntomas de ansiedad, depresión y agresividad hacia los pacientes.

Posteriormente, Christina Maslach (1981, citada por Redondo) estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, accediendo a conclusiones similares a las de Freudenberger. Esta autora describió una situación que cada vez se hacía más frecuente entre aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo debían mantener contacto directo y continuo con personas, y que con el tiempo evidenciaban estar desgastados profesionalmente.

Ana Redondo realiza un trabajo de delimitación conceptual del Síndrome de Burnout y sostiene que no existe una definición única del

Burnout, sin embargo sobre lo que sí hay común acuerdo “es que se trata de una respuesta del individuo al estrés laboral crónico”. También hay acuerdo en considerarlo como una experiencia subjetiva que combina sentimientos, cogniciones y actitudes y que tienen un tono negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas, disfunciones psíquicas y fisiológicas con consecuencias nocivas para el sujeto y la organización en la que se desempeña. (Peiro, 1997, citado por Redondo)

Para Maslach y Jackson la inadecuación al trabajo y la sintomatología psicofísica son dos características imprescindibles para definir el Burnout. Se podrían definir tres aspectos esenciales de este síndrome para dichas autoras. El primero, es el agotamiento emocional que sucede cuando la fuerza emocional se va perdiendo. El trabajador ve vaciada su capacidad de entrega tanto a nivel psicológico como a nivel personal. Es la situación en la que el sujeto siente que ya no puede dar más de si mismo a nivel afectivo, siente estar agotado debido al contacto del día a día y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Esto constituye la primera fase del proceso, y con la progresiva pérdida de energías vitales se manifiesta una desproporción entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta situación las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante, se pierde la capacidad de disfrute y otras diversas manifestaciones somáticas y psicológicas. Desde lo externo, se ven como personas quejasas, insatisfechas.

El segundo es la despersonalización y hace referencia al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios del servicio,

quienes son vistos por los profesionales de manera deshumanizada. La experiencia de la despersonalización esta asociada con la del agotamiento emocional. Constituye un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza. En lugar de expresar estos sentimientos y actuar sobre los motivos que los originan, las personas muestran una fachada hiperactiva que incrementa la sensación de agotamiento y en esta fase se alterna depresión y hostilidad hacia el medio en general. Hay sentimientos y actitudes negativas hacia las personas destinatarias de la tarea.

El tercer aspecto es la disminución de la realización personal o autorrealización, lo que implica una tendencia a autoevaluarse negativamente y surge como modo especial cuando el profesional trabaja con personas. En estos casos, los profesionales pueden sentirse descontentos consigo mismo, con su labor, sentirse infelices. Es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa, hay pérdida de los ideales y fundamentalmente un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto encierro.

En los modelos de estrés laboral las respuestas al estrés se sitúan como variables mediadoras entre éste y sus consecuencias a más largo plazo. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es considerado como paso intermedio en la relación estrés-consecuencias, de tal manera que si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá efectos nocivos para la salud y para la organización donde se lleva a cabo el trabajo (por

ejemplo menor rendimiento, ausentismo, etc.). Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no resultan exitosas, y dado que no se pueden evitar los estresores, se llega al fracaso profesional y al de las relaciones interpersonales con los destinatarios del servicio, con los compañeros de trabajo y hasta con la propia familia. Para ello la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como otra forma de afrontamiento.

Algunos autores consideran al cansancio emocional como el más relevante; en un trabajo de Moreno Jimenez, y en otros, se señala a ésta dimensión, como núcleo del Burnout, considerando a la despersonalización y la realización personal como un complemento. El cansancio emocional es el componente más relacionado con el estrés laboral crónico, pero la reducción del Burnout a esa dimensión lo hace identificar con un proceso unidireccional.

Gil Monte (2005, citado por Patiño Martínez) define al Síndrome como “una respuesta al estrés laboral crónico, de carácter interpersonal y emocional, caracterizado por el deterioro cognitivo, la pérdida de la ilusión por el trabajo y realización en el mismo, se da un alto grado de agotamiento emocional y físico debido al contacto continuo con las personas que son objeto de atención, donde se dan conductas negativas hacia el cliente y la organización”

Peiro (1997, citado por Redondo) describe al Síndrome como “una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que

tiene un cariz negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización”.

Asimismo, Ana Redondo distingue dos perspectivas en la delimitación conceptual del Síndrome de Burnout:

Por un lado, la perspectiva clínica entiende al Síndrome como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, haciendo alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios. Por otro lado, para la perspectiva psicosocial el síndrome de burnout se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización). Es un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. Asume una secuencia de distintas fases con sintomatología específica en cada una de ellas. Se presenta con agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

La mayor discusión entre autores con respecto al Síndrome de Burnout se da con respecto a la diferenciación entre estrés laboral y Síndrome de Burnout, consecuencia del parecido que hay entre ambos conceptos.

Tanto Maslach como Freudenberger han considerado al Síndrome de Burnout como una prolongación del estrés laboral. Sin embargo, otros autores han intentado discriminar más precisamente este síndrome.

Price y Murphy (1984, citado por A. Redondo) entienden a este Síndrome como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral y sostienen que el concebir al Síndrome de Burnout como un estado ha dificultado la comprensión del mismo, obstaculizando la identificación de estrategias adecuadas de afrontamiento.

Rodríguez (1995, citado por Redondo), desde la perspectiva psicosocial señala que el Síndrome de Burnout no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como un tipo particular de respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen en las relaciones sociales entre profesionales y usuarios de servicios o de la relación entre profesional y organización.

Con respecto a la prevalencia de este Síndrome en profesionales de la salud, no hay un común acuerdo entre los investigadores aunque la mayoría de las investigaciones rondan en una prevalencia de entre 30 y 40 % para un nivel de afectación media y no mayor a un 20% en los casos de nivel de Burnout elevado. Hernández (2003) investigó el Burnout en profesionales de la salud en un municipio de La Habana, Cuba; pudiendo distinguir las prevalencias con respecto al nivel de atención y a la profesión. Es así que, en el caso de los médicos hubo una prevalencia del 35%, mientras que en los enfermeros la prevalencia de Burnout fue de 23.7%.

Concluye que la mayor jerarquía o la profesión mayormente reconocida es una variable que aumenta el riesgo de sufrir Burnout.

2.8 Desencadenantes del Burnout.

El Burnout es el resultado de la interrelación entre las variables del trabajador, ambientales y laborales de la organización y del trabajo en si. Resulta de una conjunción de estresores que tienen carácter crónico.

Para algunos autores el síndrome es una consecuencia de la situación laboral más que de las variables de personalidad del sujeto, otros ponen más énfasis en ésta últimas ya que a través de ellas se realiza la evaluación cognitiva de los eventos laborales estresantes.

Peiro (1992, citado por Redondo) establece cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuentes de estrés laboral.
 - b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
 - c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
 - d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.
-
- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto de trabajo.

Existen diferentes estresores, entre ellos, nivel de ruido, su intensidad, control, frecuencia y predictibilidad; vibraciones, aspectos de iluminación, temperatura, condiciones climatológicas, higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan, espacio físico.

Existen además, demandas estresantes generadas por el contenido del puesto, variables como la variedad de tareas a realizar, la retroinformación sobre el desempeño, la oportunidad del sujeto para emplear habilidades adquiridas, son fuentes del síntoma. Por otro lado también, se pueden considerar como fuentes los turnos rotativos, el trabajo nocturno, sobrecarga laboral, estar a expuestos a peligros, entre otros.

b) Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.

Rol se refiere al conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. El estrés de rol esta formado por dos disfunciones de rol: ambigüedad y conflicto de rol.

La primera refiere al grado de incertidumbre que el sujeto que realiza el rol, tiene respecto de si. Puede deberse a un déficit de información, cualitativo cuantitativo, que dificulta el desarrollo adecuado del rol.

El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer expectativas de rol contradictorias. No es un conflicto interpersonal sino de expectativas, la persona recibe dos o más expectativas de uno o varios miembros de la

organización que no puede satisfacer a la vez, porque resultan contradictorias entre si, aunque es importante satisfacerlas.

El desarrollo de carrera y posibilidades de promoción, son también estresores. Las personas aportan sus empeños, recursos y están motivados para mejorar su bienes, sus puestos de trabajo. Cuando las inversiones que hace el sujeto para la consecución de recursos son superiores a lo que se percibe que recibe a cambio, siente una pérdida que le genera la vivencia de quemarse.

c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos de la organización.

Peiro (1992, citado por Redondo) expone que puestos con alto componente tecnológico pueden generar posiciones puramente cognitivas que separan del procesamiento de la información de los procesos sociales que tradicionalmente lo han acompañado. Hay una tecnificación de las relaciones cliente-profesional que favorece la despersonalización, dando al trato un cariz de frialdad y maltrato. Por otro lado problemas éticos asociados al uso de tecnología afectan lo emocional del profesional generando sentimientos de agotamiento emocional.

En líneas generales, la utilización de tecnologías puede dificultar el desempeño de las tareas ya que se requieren de un cambio de habilidades y esto puede afectar a los trabajadores de acuerdo al grado de adaptación que puedan desarrollar las personas.

Dos aspectos más pueden ser desencadenantes del síndrome del Burnout: clima organizacional y dimensiones estructurales de la organización.

Respecto de la primera, factores como el grado de participación e implicación de los sujetos en la toma de decisiones, las posibilidades de autonomía en la realización de la tarea y el tipo de supervisión y apoyo social, técnico y emocional, son generadores de Burnout.

Con relación a las dimensiones estructurales de la organización existen tres que han sido identificadas como desencadenantes del síndrome.

La centralización, que refiere al grado en que las decisiones son tomadas por una persona o un grupo en el vértice central de la jerarquía, (estructura centralizada) o son tomadas por miembros de la organización distribuidos lateral y verticalmente en los diferentes niveles de jerarquía de la organización, (estructura descentralizada). La complejidad, refiere a la multiplicidad de unidades estructurales en las que se agrupan los miembros de la organización. Por último la formalización alude al grado en que los roles están definidos y las normas e instrucciones fijadas.

Entre otras de las variables laborales que facilitan el síndrome se encuentran:

- a) Trabajo repetitivo y monótono, que genera fatiga y mayor propensión a accidentes
- b) Elevada responsabilidad
- c) Innovación tecnológica sin apoyo para el aprendizaje de lo nuevo

- d) Sobrecarga cualitativa y cuantitativa de trabajo, con exigencia y apremio de tiempo
- e) Falta de adecuación al cargo.
- f) Recursos e insumos inadecuados.
- g) .Remuneración insuficiente.
- h) Inestabilidad laboral en el puesto y/o en la organización.
- i) Falta de autonomía en la realización del trabajo.

2.8.1. Variables individuales y sociodemográficas en el Síndrome de Burnout.

Desde una perspectiva que tenga en cuenta la relación entre variables organizacionales, personales y sociodemográficas, existen diferentes tipos de éstas últimas dos que pueden influir en el desencadenamiento y desarrollo de Burnout, entre ellas las características propias del sujeto y las variables sociodemográficas,

2.8.2. Características propias del individuo.

Las variables individuales influyen en el origen y desarrollo del síndrome. Desde las primeras investigaciones se ha detectado la existencia de personas mas vulnerables y otras menos vulnerables a desarrollar el síndrome. Maslach (1976) sostiene que no basta con las condiciones contextuales para que el síndrome se desarrolle, hace falta también

condiciones personales. Entre éstas condiciones, la autora destaca tres relevantes:

- a) deseo de marcar la diferencia con los demás y de obtener mejores resultados.
- b) Relaciones negativas con los colegas
- c) Trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento.

Otros autores han destacado: Farber (1983) proponía el perfil profesional implicado como obsesivo o idealista y Freudemberger y Richelson (1980) describían tendencias a la sobreidentificación con los clientes del trabajo.

Las variables personales son un factor a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los efectos y sentimientos del síndrome, entendiendo que éstas son dinámicas en el continuo del polo salud-enfermedad. El altruismo y el idealismo facilitan el desarrollo del síndrome, ya que lleva a los profesionales a la sobreimplicación respecto de los problemas de las personas y los convierte en una cuestión personal, lo que hace que desarrollen sentimientos de culpa cuando se falla, lo que a su vez repercute en bajos sentimientos de realización personal y agotamiento emocional.

Diversos autores han considerado ciertas variables activas y positivas que identifican un patrón o estilo de conducta ante los factores de estrés. Este estilo de conducta estaría compuesto por tres dimensiones características, que constituyen según Moreno - Jiménez las llamadas

“personalidad resistente”. Estas personalidades son las que tiene altos niveles en tres variables: compromiso, control y reto:

a) Compromiso: es la tendencia a desarrollar conductas de implicación personal, tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo. Esto implica reconocimiento de los valores personales y de las metas que guían la conducta y supone una consideración positiva del valor de la propia acción.

b) Control: se refiere a la convicción que siente la persona de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Las personas sienten, por lo tanto, que pueden influir en este curso de cosas, y modificarlo.

c) El reto lleva a los sujetos a pensar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida y suponen una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias capacidades. Esta dimensión da flexibilidad cognitiva, tolerancia a la ambigüedad, dos características que permiten considerar el cambio como la condición natural y más deseable.

Los estudios del citado autor, que utilizan el enfoque del Burnout y de la personalidad resistente, han encontrado que ésta personalidad, su patrón de conducta, actuaba sobre cada una de las dimensiones del síndrome disminuyendo los niveles y efectos del mismo.

Cabe señalar que muchos estudios actuales ponen el acento en el constructo de afrontamiento, como clave en relación al proceso de salud enfermedad y en específico en relación al Burnout.

Por último, existen diversas investigaciones han identificado ciertas características de las personalidades vulnerables, entre ellas pueden encontrarse: elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de perfección, de control, omnipotencia, lo que se relaciona directamente con la sobrecarga emocional.

2.8.3. Las actitudes frente al trabajo.

Las actitudes frente al trabajo dan lugar a cuatro tipos de estilos de profesionales:

- a) Los activistas sociales, aquellos que quieren cambiar el mundo.
- b) Los centrados en sus propias carreras, que quieren principalmente ascender en sus trabajos y obtener beneficios.
- c) Los artesanos motivados por la naturaleza de su trabajo.
- d) Los esforzados, que consideran al trabajo un mal necesario.

2.8.4. Las variables sociodemográficas.

El género es un factor que parece influir en la vulnerabilidad al síndrome, principalmente, se ha considerado que las mujeres constituyen el grupo más vulnerable. Diversas razones pueden llevar a esto, entre ellas el hecho de ser profesional y llevar adelante la familia, la elección de profesiones que prolongan de alguna manera el rol de la mujer, el contexto

que generalmente trata de manera desigual a hombres y mujeres. De acuerdo a Nerea (2004) la bibliografía reporta en las mujeres mayor vulnerabilidad al agotamiento y la baja realización personal, y en los hombres a la despersonalización.

Respecto de la edad, se considera que existe un período de sensibilización donde el profesional es más vulnerable. En los primeros años de carrera hay en general expectativas, la más de las veces, idealistas relacionadas con el inicio de la práctica profesional, y el transcurso de las cosas va mostrando como ni las recompensas personales, ni las profesionales, ni las económicas son las esperadas. Siguiendo el trabajo de Nerea (2004) teniendo en cuenta que a mayor edad correspondería más experiencia y madurez para afrontar las presiones, es frecuente hallar mayor incidencia en sujetos jóvenes.

Respecto de la antigüedad profesional no hay un criterio único. Algunas investigaciones consideran que hay una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

Por último los salarios han sido identificados como otro factor que afectaría el desarrollo del Burnout.

2.9 Consecuencias

Las consecuencias del Burnout afectan tanto los aspectos personales del trabajador como el contexto laboral y ambas guardan relación entre si.

A nivel individual el sujeto presenta, en diversos planos, las manifestaciones propias del estrés:

- a) Plano físico: alteraciones en el sistema inmunológico, disfunciones psicosomáticas, agitación, trastornos del sueño, etc.
- b) Plano emocional: irritabilidad, agresividad, ansiedad, apatía, frustración, depresión, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, etc.
- c) Plano intelectual: trastorno de atención, percepción, memoria, juicio.
- d) Plano conductual: mayor predisposición a accidentes, aumento de consumo de alimento, café, estimulantes, además de conflictos interpersonales que deterioran los vínculos familiares y sociales, desmejoramiento de la calidad e vida, disminución de lo intereses, etc.

Entre las consecuencias laborales del Burnout se destacan:

- a) Aumento del ausentismo, de la rotación, de los accidentes y errores

- b) Clima laboral hostil con relaciones interpersonales conflictivas, falta de cooperación y apoyo.
- c) Disminución de la satisfacción, del interés, de la motivación, compromiso, rendimiento, calidad de los servicios y productividad.
- d) Incumplimiento y retraso en el horario y las tareas.
- e) Abandono real o manifiesto del puesto del trabajo.
- f) Cambio de profesión

De acuerdo al trabajo de Moreno-Jiménez existen diferentes desventajas asociadas al síndrome: Síntomas descriptivos del Burnout.

- a) Cognitivos: pérdida de significado, de valores, desaparición de expectativas, desorientación, modificación del auto concepto.
- b) Emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, apatía, desilusión, pesimismo, baja tolerancia, entre otros.
- c) Conductuales: evitación de responsabilidades, ausentismo, conductas inadaptativas, sobre implicación, evitación de toma de decisiones, aumento del uso de cafeína, tabaco y drogas, desorganización

2.10 Características particulares en los profesionales de atención a las adicciones.

Los profesionales de la salud son uno de los grupos más afectados por el estrés y las patologías laborales ya que trabajan con aspectos emocionales muy intensos.

En particular, el profesional que trabaja con la temática de adicciones debe exponerse y manejar niveles de frustración elevados, ya que hay alto grado de recaídas de los pacientes y por el grado de dificultad de los tratamientos para éstas patologías. Estos profesionales están en contacto permanente con el sufrimiento y la incertidumbre. El sufrimiento interpersonal puede tener su origen en la identificación con la angustia del enfermo y de los familiares, por la reactivación de sus propios conflictos y, también, por los resultados del trabajo.

Ciertas características de la personalidad de los adictos, como la agresividad, la dependencia, la dificultad de expresión de emociones, la impulsividad, la poca diferenciación, hacen dificultosa la tarea profesional pudiendo hacer que resulte muy agotador en lo que respecta a lo emocional.

Por lo expuesto, la atención de pacientes de este tipo, puede ser una de las principales fuentes de estrés. Además, y en combinación con esto, los problemas económicos, de presupuesto y organizacionales de la administración pública, suelen llevar a un escenario donde los roles profesionales quedan poco definidos para la población como para los profesionales mismos, ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en

el trabajo y los grandes intentos de los profesionales tendientes al mejor funcionamiento de los organismos son todos factores que pueden favorecer el desarrollo del Burnout.

2.11 Problema de investigación.

En función de todo lo expuesto, este equipo ha definido como problema de investigación:

¿Presentan Burnout los trabajadores del campo de atención de adicciones de la Red Pública de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA) de la Provincia de Buenos Aires?

A través de la presente investigación se intentará dar respuesta al enunciado problema.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3. METODOLOGÍA

3.1. Objetivos

Objetivo General:

Evaluar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII.

Objetivos Particulares:

Detectar el Síndrome de Burnout en personal administrativo, psicólogos, Asistentes Sociales, Operadores Socioterapéuticos, Técnicos y otras profesiones de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII.

Verificar la aparición de diferencias entre las distintas dimensiones de la Escala Maslach entre los trabajadores de diferentes cargos.

Establecer diferencias por género, edad, antigüedad, cargo y tipo de vínculo contractual establecido con el Ministerio de Salud.

3.2. Método

3.2.1. Recolección de los datos.

Los datos para el presente estudio sobre la presencia de Síndrome de Burnout en trabajadores de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII, fueron recolectados mediante la administración de la escala MBI (Maslach Burnout Inventory). Para poder

explorar el desarrollo de las 3 dimensiones que este test evalúa con respecto a las características del trabajo, se recolectaron también datos de los trabajadores con relación a las siguientes variables: género, edad, cargo, antigüedad en el mismo y tipo de vínculo contractual. Para tal fin se elaboró un cuestionario, que se adjuntó a la escala MBI, administrando ambos simultáneamente.

Previo a la recolección de los datos se establecieron acuerdos con la Coordinadora de la Región VIII, a quien se le explicó el alcance de la investigación.

Luego de obtener su aprobación, se establecieron contactos con los directores de cada servicio, a quienes también se les presentó y explicó la investigación y con quienes se establecieron acuerdos para la administración de los cuestionarios.

Los cuestionarios fueron aplicados de manera autoadministrada y buscando garantizar la veracidad de las respuestas, los mismos fueron administrados de manera anónima, acordando no identificar a qué servicio correspondía cada cuestionario completado. En el caso de los servicios más alejados de Mar del Plata o con mayor dificultad para el acceso del equipo, se establecieron acuerdos con un colaborador interno de cada servicio, para que recolectara los cuestionarios completados y los remitiera al equipo de investigación.

La administración se realizó durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2009 y Enero y Febrero de 2010.

3.2.2 Descripción de los Instrumentos utilizados

Para el presente estudio se administraron dos instrumentos:

Un cuestionario que buscó indagar variables como género, edad, cargo, antigüedad en el mismo y tipo de vínculo contractual establecido con el Ministerio de Salud.

Una escala que permitió evaluar la presencia de Burnout en los sujetos. Para tal fin se utilizó como instrumento el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), en su versión en español, validada, confiable y estandarizada, por ser el utilizado con mayor frecuencia para medir dicha patología laboral. Esta escala presenta alta consistencia interna, y una fiabilidad cercana al 0.9.

El MBI consta de 22 afirmaciones que se evalúan con una escala tipo Lickert, que puntúa de 0 a 6 puntos. A través de ellas se evalúan cada una de las tres dimensiones que conforman el síndrome y que se definen a continuación:

1) Agotamiento o cansancio emocional (CE): mide sensaciones de fatiga, que aparecen como consecuencia de la actividad laboral. Esta dimensión se define como falta de energía y destrucción de los recursos emocionales con la vivencia de que no queda nada que dar u ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces. Corresponde a los ítems 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16, 20.

2) Despersonalización (DE): evalúa respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los usuarios. Se define como el desarrollo de una actitud y concepto de sí mismo negativo, con la pérdida de la autoestima e incapacidad de enfrentar situaciones ya vividas y resueltas con eficacia. Corresponde a los ítems 05, 10, 11, 15, 22.

3) Realización Personal (RP): evalúa sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en el desempeño laboral cotidiano. Se define como imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión, lo cual confiere al trabajador una sensación creciente de incompetencia. Corresponde a los ítems 04, 07, 09,12, 17, 18, 19, 21.

3.2.3. Caracterización de la muestra:

La Red Pública de atención de adicciones de la provincia de Buenos Aires fue creada en el año 1993. Desde ese momento y hasta la fecha ha ido expandiéndose y complejizándose.

Esta Red, actualmente nucleada bajo la nombre de Subsecretaría de Atención a las Adicciones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires, cuenta con más de 180 Centros distribuidos en toda la provincia, con diferentes niveles de complejidad, a saber:

- Centros Provinciales de Atención.

Los Centro Provinciales de Atención (CPA) son espacios de promoción de la salud y prevención de las adicciones, y a la vez de

recepción, asesoramiento, atención y derivación. Están conformados por un equipo técnico que puede estar integrado por psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios, abogados, etc. Los CPA trabajan articuladamente con diversos actores en el ámbito comunitario a fin de brindar respuestas integrales a las demandas específicas de las personas en su entorno social. Actualmente hay 178 CPA distribuidos en toda la provincia.

- Casa de Día

Son establecimientos de atención intermedia a las que se derivan determinadas personas según la situación de consumo que estén viviendo. A diferencia de los CPA, en donde la asistencia de pacientes es a través de entrevistas psicológicas, en los centros de día las personas pasan dentro del servicio entre 4 horas (en las casas de medio día) y 8 horas (en las casas de día). De esta manera la intervención sobre la persona con problemas de adicciones es más intensa, sin necesidad de llegar a los dispositivos de internación. Funcionan de lunes a viernes, y realizan actividades como talleres de expresión, esparcimiento y tareas terapéuticas coordinadas por el equipo de operadores y psicólogos. Actualmente hay 10 Casas de día distribuidas en toda la provincia.

- Centros de Internación

Son dispositivos de atención terapéutica breve para personas con compulsión al consumo, brindando acompañamiento y tareas para la socialización y la creación de nuevos lazos. A diferencia de los Centros de día, en este dispositivo la persona con problemas de adicciones se interna en un Centro o comunidad y recibe una atención integral a su problema de adicción durante las 24 horas del día. Es el mayor nivel de complejidad. La mayoría de ellas cuenta con supervisión psiquiátrica. Actualmente hay 9 Centros de Internación en toda la provincia de Buenos Aires.

Además de la atención propiamente dicha de las personas con problemas de adicción y su entorno cercano, también los CPA y Casas de día realizan tareas de prevención en escuelas y comunidad. Por lo cual los equipos también están integrados por psicopedagogos, operadores comunitarios, antropólogos, etc.

Todos los servicios cuentan además con personal administrativo, que se encuentra capacitado para realizar una primera escucha y orientación.

Debido a que todos estos profesionales, tanto los que atienden a los pacientes y sus redes de apoyo en consultorio, como aquellos que trabajan con la comunidad, e incluso los administrativos, tienen contacto con los pacientes de los servicios es que se incluye a todos ellos sin distinción dentro de la muestra de esta investigación.

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 59 trabajadores de Centros Provinciales de Atención a las Adicciones (CPA),

Comunidad Terapéutica y Consultorios Externos de la Región Sanitaria VIII de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

La misma se determinó mediante método no probabilístico. Los servicios que fueron incluidos en el estudio fueron: CPA de General Pueyrredón, CPA de General Alvarado, CPA de Lobería, CPA de Necochea, Comunidad Terapéutica (Chapadmalal - General Pueyrredón) , CPA de Tandil, CPA de Balcarce; CPA de Maipú, CPA de General Lavalle, CPA de Villa Gessell y CPA de Pinamar.

Para la selección de los participantes se determinaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- 1) Ser trabajador de alguno de los servicios de Atención de Adicciones de la Región VIII de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.
- 2) Encontrarse trabajando al momento de la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión:

- 1) No desear participar en el estudio.

3.2.4. Descripción de la muestra

En las tablas que se presentan a continuación, se describe la muestra en función de sus características generales:

Grafico 1 Composición de la muestra según género

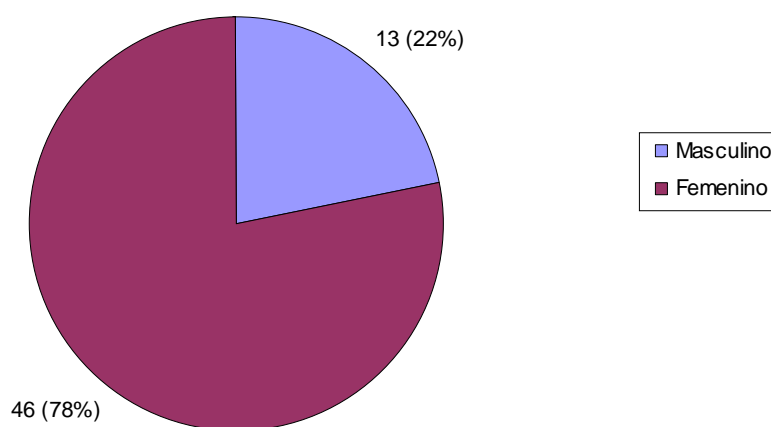


Tabla N° 1. Composición de la muestra según edad.

Edad (agrupada)	Frecuencia	Porcentaje
de 26 a 30 años	4	6,8
de 31 a 35 años	16	27,1
de 36 a 40 años	13	22
de 41 a 45 años	9	15,2
de 46 a 50 años	5	8,5
de 51 a 55 años	5	8,5
de 56 a 60 años	1	1,7
de 61 a 65 años	4	6,8
Más de 65 años	2	3,4
Total	59	100,0

Grafico 2. Distribución de la muestra según puesto en el servicio

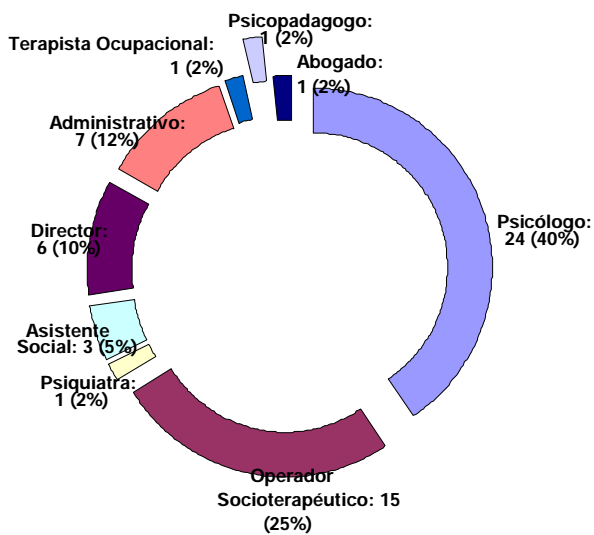


Gráfico 3. Composición de la muestra según el vínculo contractual con el Ministerio de Desarrollo Social de la Pcia de Bs As

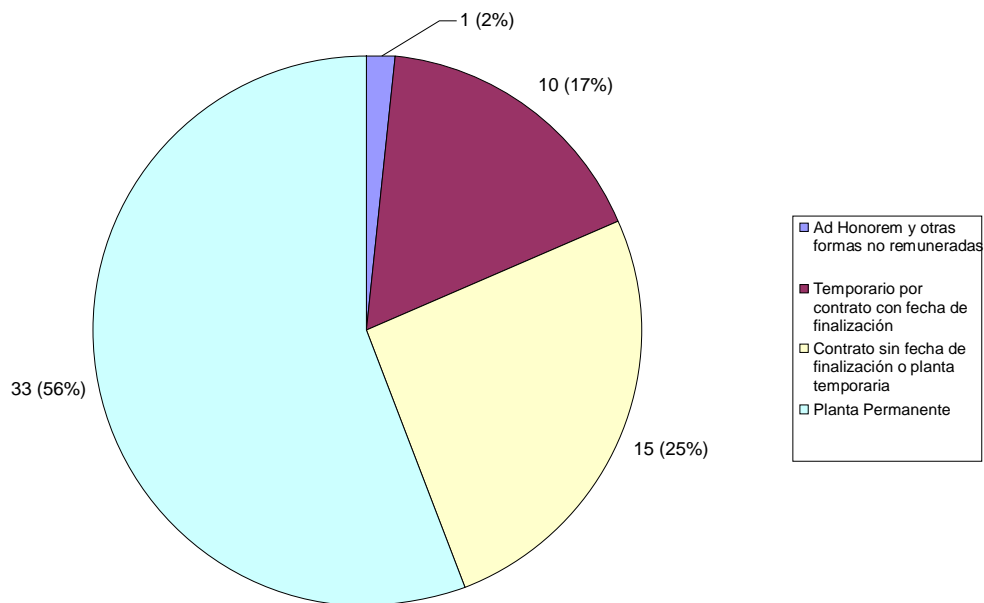


Tabla N° 2. Composición de la muestra según horas dedicadas diariamente al trabajo.

Horas dedicadas diariamente al trabajo	Frecuencia	Porcentaje
4	6	10,2
5	2	3,4
6	40	67,8
7	4	6,8
8	2	3,4
9	1	1,7
10	3	5,1
12	1	1,7
Total	59	100,0

Tabla N° 3. Composición de la muestra según la antigüedad en el servicio.

Antigüedad en el Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	2	3,4
6 meses a 1 año	1	1,7
1 a 3 años	10	16,9
3 a 5 años	13	22,0
5 a 7 años	11	18,6
7 a 10 años	4	6,8
Más de 10 años	18	30,5
Total	59	100,0

3.2.5. Análisis de los datos

Con los datos recabados se elaboró una matriz de datos y luego fueron procesados mediante programa Microsoft Excell 2003. Se utilizó estadística descriptiva.

En el caso de las variables edad, antigüedad y horas dedicadas al trabajo, al ser muy amplios sus rangos, se optó a los fines prácticos metodológicos, por agruparlos en intervalos.

En el caso de la edad, se establecieron los siguientes intervalos:

- Jóvenes: agrupa los sujetos de hasta 40 años.
- Adultos: reúne a los sujetos entre 41 y 55 años de edad.
- Mayores: concentra sujetos de más de 56 años.

En el caso de la dimensión “antigüedad en el servicio”, se agrupó en:

- Menos de 3 años de antigüedad.
- Más de 3 años hasta 7 años de antigüedad
- Más de 7 años de antigüedad.

Respecto a la variable “cantidad de horas trabajadas diariamente” se establecieron los siguientes rangos:

- Hasta 4 hs diarias
- Más de 4 hasta 8 hs diarias.
- Más de 8hs diarias.

Con respecto al MBI se establecieron como puntos de cortes para cada una de las subescalas, los propuestos por Neira (2004) para la Muestra General (ver Tabla N° 4). Así, altas puntuaciones en las escalas AE y DP (por encima del percentil 66), y bajas puntuaciones en la escala RP (por debajo del percentil 33) permitirían componer el Síndrome.

Tabla 4. Puntos de corte de las escalas del MBI utilizados (Neira, 2004)

	MBI – Escalas		
	CE	DE	RP
Puntuaciones Elevadas	>21	>6	<36
Puntuaciones Medias	Entre 21 y 12	Entre 6 y 3	Entre 36 y 40
Puntuaciones Bajas	< 12	< 3	>40

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado se presenta el desenvolvimiento de cada una de las dimensiones del MBI, como así también los resultados con respecto a la presencia o ausencia del síndrome, comparándolas con las demás variables que se evaluaron.

En la Tabla N° 5 se observa que en sólo cuatro sujetos de la muestra (6,8%) se detectó la presencia del síndrome.

Tabla N° 5. Distribución de la muestra según presencia de Síndrome de Burnout

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ausencia del Síndrome	55	93,2	93,2
Presencia del Síndrome	4	6,8	100,0
Total	59	100,0	

Tabla N°6. Distribución de las puntuaciones de las tres dimensiones (agrupada según puntos de corte)

	CE		DE		RP	
	f	%	f	%	f	%
Baja	23	39,0	34	57,6	20	33,9
Media	20	33,9	10	16,9	19	32,2
Alta	16	27,1	15	25,4	20	33,9
Total	59	100	59	100	59	100

A partir de la tabla anterior se puede observar que las dimensiones se mantienen relativamente estables entre sí, a excepción de la dimensión Despersonalización (DE). Esta dimensión, que valora el grado en que cada sujeto reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento ante los usuarios del servicio, si bien en lo concerniente a la frecuencia de sujetos que puntuaron valores altos es similar a las otras dos dimensiones; la frecuencia de sujetos que puntuaron valores bajos se aleja del grupo de datos (casi el 60 %), estando cerca de duplicar el número de sujetos que puntuaron bajo en las otras dos dimensiones.

Tabla N° 7. Distribución de la muestra según género y presencia de Síndrome de Burnout

		Síndrome de Burnout				Total
		Ausente	%	Presente	%	
Género	Masculino	13	100	0	0	13
	Femenino	42	91	4	9	46
Total		55	93	4	7	59

En la Tabla 7 se puede observar que los cuatro casos de Síndrome de Burnout que se detectaron dentro de la muestra, se han dado en mujeres. Si bien el porcentaje de mujeres en la muestra es mucho más elevado (78%), sería esperable que la relación estuviese más cercana a un 3 a 1.

Tabla N° 8. Distribución de la muestra según género y valores puntuados en Dimensión Cansancio Emocional (agrupada según puntos de corte)

		Puntuación en la Dimensión Cansancio Emocional						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Género	Masculino	4	30	7	54	2	16	13
	Femenino	19	41	13	28	14	31	46
Total		23	39	20	34	16	27	59

Tabla N° 9. Distribución de la muestra según género y valores puntuados en Dimensión Despersonalización (agrupada según puntos de corte)

		Puntuación en la Dimensión Despersonalización						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Género	Masculino	5	39	3	22	5	39	13
	Femenino	29	63	7	15	10	22	46
Total		34	58	10	17	15	25	59

Tabla N° 10. Distribución de la muestra según género y valores puntuados en Dimensión Realización Personal (agrupada según puntos de corte)

		Puntuación en la Dimensión Realización Personal						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Género	Masculino	5	38	6	46	2	16	13
	Femenino	15	32	13	28	18	40	46
Total		20	34	19	32	20	34	59

Si se comparan las tablas N° 8, 9 y 10 con respecto a la distribución de cada dimensión agrupadas según los puntos de cortes en relación con el género de los sujetos, se puede observar que el incremento en la dimensión “DE baja” se da mayoritariamente en las mujeres.

Tabla N° 11. Distribución de la muestra según edad y presencia de Síndrome de Burnout

		Síndrome de Burnout				Total
		Ausente	%	Presente	%	
Edad	Jóvenes	30	93	2	7	32
	Adultos	18	90	2	10	20
	Mayores	7	100	0	0	7
Total		55	93	4	7	59

Con respecto a la distribución de los casos de Síndrome de Burnout detectados con respecto a la edad se observa que dos casos se han detectado en la franja etárea de entre 31 y 35 años y los otros 2 entre los 45 y los 55 años.

A continuación se presentan los resultados de la comparación entre la edad de los sujetos y cada una de las dimensiones que componen el Síndrome (tablas 12 a 14).

Tabla N° 12. Comparación de la muestra según edad y Dimensión Cansancio Emocional (agrupada según puntos de corte)

		Puntuación en la Dimensión Cansancio Emocional						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Edad	Jóvenes	11	34	13	40	8	26	32
	Adultos	8	40	5	25	7	35	20
	Mayores	4	58	2	28	1	14	7
Total		23	39	20	33	16	28	59

Tabla N° 13. Comparación de la muestra según edad y Dimensión Despersonalización (agrupada según puntos de corte)

		Puntuación en la Dimensión Despersonalización						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Edad	Jóvenes	18	56	6	19	8	25	32
	Adultos	12	60	3	15	5	25	20
	Mayores	4	58	1	14	2	28	7
Total		34	58	10	17	15	25	59

Tabla N° 14. Comparación de la muestra según edad y Dimensión Realización Personal (agrupada según puntos de corte)

		Puntuación en la Dimensión Realización Personal						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Edad	Jóvenes	12	38	10	31	10	31	32
	Adultos	8	40	7	35	5	25	20
	Mayores	1	14	1	14	5	72	7
Total		21	35	18	30	20	35	59

Tabla N° 15. Presencia de Síndrome de Burnout en relación con el puesto en que se desempeñan en el servicio

		Síndrome de Burnout				Total
		Ausente	%	Presente	%	
Puesto en el Servicio	Psicólogo	23	96	1	4	24
	Operador Socioterapéutico	15	100	0	0	15
	Psiquiatra	1	100	0	0	1
	Asistente Social	2	67	1	33	3
	Director	6	100	0	0	6
	Administrativo	5	71	2	29	7
	Abogado	1	100	0	0	1
	Terapeuta Ocupacional	1	100	0	0	1
	Psicopedagogo	1	100	0	0	1
	Total	55	93	4	7	59

Con respecto a los puestos de trabajo afectados por el Síndrome, en la tabla N° 15 se puede observar que la mitad de los casos detectados se

da en personal administrativo, uno en asistente social y uno en psicólogo, no siendo afectados los demás cargos de los servicios. Si se analiza a la luz de la cantidad de personas encuestadas en cada cargo se observa la prevalencia baja del síndrome entre los psicólogos (4,2% del universo encuestado de estos profesionales), mientras que la misma aumenta entre los administrativos (28,6% del total encuestado en este cargo) y entre los asistentes sociales (33,33%).

A continuación se presentan los resultados de la comparación entre el puesto en que se desempeña cada sujeto en el servicio y cada una de las dimensiones que componen el Síndrome (tablas 16 a 18).

Tabla N° 16. Análisis de la Dimensión Cansancio Emocional (agrupada según puntos de corte) según puesto en que se desempeñan en el servicio

		Puntuación en la Dimensión CE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Puesto en el Servicio	Psicólogo	10	42	9	37	5	21	24
	Operador Socioterapéutico	6	40	7	47	2	13	15
	Psiquiatra	0	0	1	100	0	0	1
	Asistente Social	1	34	0	0	2	66	3
	Director	2	34	1	16	3	50	6
	Administrativo	2	28	2	28	3	44	7
	Abogado	0	0	0	0	1	100	1
	Terapeuta Ocupacional	1	100	0	0	0	0	1
	Psicopedagogo	1	100	0	0	0	0	1
	Total	23	39	20	33	16	28	59

Tabla N° 17. Análisis de la Dimensión Despersonalización (agrupada según puntos de corte) según puesto en que se desempeñan en el servicio

		Puntuación en la Dimensión DE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Puesto en el Servicio	Psicólogo	15	62	4	16	5	23	24
	Operador Socioterapéutico	10	67	3	20	2	13	15
	Psiquiatra	1	100	0	0	0	0	1
	Asistente Social	2	67	0	0	1	33	3
	Director	1	17	2	33	3	50	6
	Administrativo	3	43	0	0	4	57	7
	Abogado	0	0	1	100	0	0	1
	Terapeuta Ocupacional	1	100	0	0	0	0	1
	Psicopedagogo	1	0	0	0	0	0	1
	Total	34	58	10	17	15	25	59

En la Tabla N° 17 se puede observar que las puntuaciones altas en la dimensión Despersonalización afectan al 50 % de los directores de servicio y a casi el 60 % de los administrativos, mientras que en los demás cargos los porcentajes son inferiores.

Asimismo en la Tabla N° 18 se puede observar que todos los asistentes sociales puntúan una baja realización personal, lo mismo que el único abogado que conforma la muestra.

Tabla N° 18. Análisis de la Dimensión Realización Personal (agrupada según puntos de corte) según puesto en que se desempeñan en el servicio

		Puntuación en la Dimensión RP						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Puesto en el Servicio	Psicólogo	8	33,3	8	33,3	8	33,3	24
	Operador Socioterapéutico	5	33,3	4	26,6	6	40,1	15
	Psiquiatra	0	0	1	100	0	0	1
	Asistente Social	3	100	0	0	0	0	3
	Director	0	0	3	50	3	50	6
	Administrativo	3	43	2	28	2	29	7
	Abogado	1	100	0	0	0	0	1
	Terapeuta Ocupacional	0	0	1	100	0	0	1
	Psicopedagogo	0	0	0	0	1	100	1
	Total	20	34	19	32	20	34	59

Tabla N° 19. Presencia de Síndrome de Burnout en relación con el vínculo contractual establecido con el Estado.

		Síndrome de Burnout				Total
		Ausente	%	Presente	%	
Situación Laboral	Ad Honorem y otras formas no remuneradas	1	100	0	0	1
	Temporario por contrato con fecha de finalización	10	100	0	0	10
	Contrato sin fecha de finalización o planta temporaria	14	93	1	7	15
	Planta Permanente	30	91	3	7	33
Total		55	93	4	7	59

Con respecto al vínculo contractual que establecen con la SADA, se puede observar en la Tabla N° 19 que el 100% de los síndromes detectados se da en personal de planta: el 75% en planta permanente y el 25% restante en planta temporaria.

A continuación se presentan los resultados de la comparación entre la característica del vínculo contractual que establecen con el Estado los sujetos y cada una de las dimensiones que componen el Síndrome (tablas 20 a 22).

Tabla N° 20. Distribución de la Dimensión Cansancio Emocional (agrupada según puntos de corte) según vínculo contractual establecido con el Estado.

		Puntuación en la Dimensión CE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Situación Laboral	Ad Honorem y otras formas no remuneradas	1	100	0	0	0	0	1
	Temporario por contrato con fecha de finalización	3	30	7	70	0	0	10
	Contrato sin fecha de finalización o planta temporaria	8	54	3	20	4	26	15
	Planta Permanente	11	34	10	30	12	36	33
Total		23	39	20	34	16	27	59

Tabla N° 21. Distribución de la Dimensión Despersonalización (agrupada según puntos de corte) según vínculo contractual establecido con el Estado.

		Puntuación en la Dimensión DE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Situación Laboral	Ad Honorem y otras formas no remuneradas	1	100	0	0	0	0	1
	Temporario por contrato con fecha de finalización	6	60	2	20	2	20	10
	Contrato sin fecha de finalización o planta temporaria	8	54	4	26	3	20	15
	Planta Permanente	19	58	4	12	10	30	33
Total		34	58	10	17	15	24	59

Tabla N° 22. Distribución de la Dimensión Realización Personal (agrupada según puntos de corte) según vínculo contractual establecido con el Estado.

		Puntuación en la Dimensión RP						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Situación Laboral	Ad Honorem y otras formas no remuneradas	1	100	0	0	0	0	1
	Temporario por contrato con fecha de finalización	4	40	3	30	3	30	10
	Contrato sin fecha de finalización o planta temporaria	4	27	5	34	6	39	15
	Planta Permanente	11	33,3	11	33,3	11	33,3	33
Total		20	33	19	34	20	33	59

Tabla N° 23. Presencia de Síndrome de Burnout en relación con la cantidad de horas trabajadas diariamente.

		Síndrome de Burnout				Total
		Ausente	%	Presente	%	
Horas que dedica diariamente al trabajo	Hasta 4 Hs	5	84	1	16	6
	Mas de 4 hasta 8 hs	45	94	3	6	48
	Mas de 8hs	5	100	0	0	5
Total		55	93	4	7	59

Con respecto a la cantidad de horas trabajadas, En la tabla anterior se puede observar que esta variable no arroja diferencia significativa en relación con la presencia del Síndrome.

En las siguientes tablas (tablas 24 a 26) se presentan los resultados de la comparación entre la cantidad de horas trabajadas y cada una de las dimensiones del Síndrome.

Tabla N° 24. Distribución de la Dimensión Cansancio Emocional (agrupada según puntos de corte) según la cantidad de horas trabajadas diariamente.

		Puntuación en la Dimensión CE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Horas que dedica diariamente al trabajo	Hasta 4 Hs	2	34	3	50	1	16	6
	Mas de 4 hasta 8 hs	19	39	15	31	14	30	48
	Mas de 8hs	2	40	2	40	1	20	5
Total		23	39	20	33	16	28	59

Tabla N° 25. Distribución de la Dimensión Despersonalización (agrupada según puntos de corte) según la cantidad de horas trabajadas diariamente.

		Puntuación en la Dimensión DE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Horas que dedica diariamente al trabajo	Hasta 4 Hs	5	83	0	0	1	18	6
	Mas de 4 hasta 8 hs	27	56	9	19	12	25	48
	Mas de 8hs	2	40	1	20	2	40	5
Total		34	58	10	17	15	25	59

Tabla N° 26. Distribución de la Dimensión Realización Personal (agrupada según puntos de corte) según la cantidad de horas trabajadas diariamente.

		Puntuación en la Dimensión RP						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Horas que dedica diariamente al trabajo	Hasta 4 Hs	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6
	Mas de 4 hasta 8 hs	16	33,3	16	33,3	16	33,3	48
	Mas de 8hs	2	40	1	20	2	40	5
Total		20	34	19	32	20	34	59

Tabla N° 27. Presencia de Síndrome de Burnout en relación con la antigüedad en el servicio.

		Síndrome de Burnout				Total
		Ausente	%	Presente	%	
Antigüedad en el Servicio	Menos de 3 años de antigüedad	12	92	1	8	13
	Más de 3 años hasta 7 años	24	100	0	0	24
	Más de 7 años de antigüedad	19	86	3	14	22
Total		55	93	4	7	59

Con respecto a la antigüedad en el servicio, se puede observar en la Tabla N° 27 que el 75% de los casos de Burnout detectados se presentan entre personal con más de 10 años de antigüedad (puntualmente en personal de 13 y 14 años de antigüedad).

A continuación se presentan los resultados de la comparación entre la antigüedad de los sujetos en el servicio y cada una de las dimensiones que componen el Síndrome (tablas 28 a 30).

Tabla N° 28. Distribución de la Dimensión Cansancio Emocional (agrupada según puntos de corte) según la antigüedad en el servicio.

		Puntuación en la Dimensión CE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Antigüedad en el Servicio	Menos de 3 años de antigüedad	7	54	4	31	2	15	13
	Más de 3 años hasta 7 años	9	37	11	46	4	17	24
	Más de 7 años de antigüedad	7	32	5	23	10	45	22
Total		34		10		15		59

Tabla N° 29. Distribución de la Dimensión Despersonalización (agrupada según puntos de corte) según la antigüedad en el servicio.

		Puntuación en la Dimensión DE						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Antigüedad en el Servicio	Menos de 3 años de antigüedad	9	69	3	23	1	8	13
	Más de 3 años hasta 7 años	14	58	3	13	7	29	24
	Más de 7 años de antigüedad	11	50	4	18	7	32	22
Total		34		10		15		59

Tabla N° 30. Distribución de la Dimensión Realización Personal (agrupada según puntos de corte) según la antigüedad en el servicio.

		Puntuación en la Dimensión RP						Total
		Baja	%	Media	%	Alta	%	
Antigüedad en el Servicio	Menos de 3 años de antigüedad	7	54	2	15	4	31	13
	Más de 3 años hasta 7 años	7	29	8	33	9	38	24
	Más de 7 años de antigüedad	6	27	9	41	7	32	22
Total		20		19		20		59

Por último, y a modo de cierre de la presentación de los resultados, se resumen las estadísticas descriptivas de cada una de las dimensiones que componen el Síndrome (tabla 31).

Tabla Nº 31. Estadísticas descriptivas de cada dimensión

Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CE	59	0	52	16,80	11,364
DE	59	0	17	4,12	4,453
RP	59	19	48	38,31	7,062

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajo representa una actividad humana que permite al sujeto su inserción social, la construcción y sostenimiento de su identidad, posibilita la integración de grupos y es un medio de satisfacción de necesidades sociales y económicas.

En las últimas décadas las modificaciones en las relaciones laborales han repercutido en la salud de las personas. Fenómenos como la globalización, las nuevas tecnologías, el cambio en los modelos productivos y la modificación en la concepción del empleo, sumados a la precarización laboral y el desempleo como rasgos principales del sistema; llevan a que las personas se conviertan en empresarios de si mismos, víctimas del miedo a perder los ingresos, a ser desocupados, lo que hace que los trabajadores se replanteen constantemente su identidad social y personal en relación a su inserción laboral.

Este nuevo contexto impacta en las condiciones y medio ambiente de trabajo, tanto en los sectores privados como en los públicos. En este último, y particularmente el sector de salud, donde este equipo ha realizado la investigación, se ha visto afectado por la escasez de recursos, difíciles condiciones y ambiente de trabajos y aumento de la demanda, debiendo asistir a cada vez mayor número de personas con menos recursos.

La conjunción de los factores anteriormente mencionados podrían ser desencadenantes del síndrome de Burnout, eje de nuestro estudio. Sin embargo, cabe tener en cuenta, tal como se desarrolló en el marco teórico, que los diferentes factores tienen variable impacto en el proceso de salud-enfermedad, así como también no todas las circunstancias tienen el mismo potencial nocivo y que influyen, en tal proceso, las estrategias que cada sujeto haga intervenir.

En el caso de la muestra tomada en la investigación, se ha detectado presencia de Burnout en un 6,8%, cifra que se encuentra considerablemente por debajo de los estándares de prevalencia a nivel mundial.

El bajo nivel de Burnout detectado puede deberse entre otras cosas, a que los servicios encuestados funcionan de manera descentralizada y funcionando en su mayoría en ciudades pequeñas pudiendo de esta manera no verse demandados por gran cantidad de pacientes, si bien se puede pensar que el aumento de demanda sin los recursos apropiados y por el tipo de problemática que se trabaja, sería causa de presencia del síndrome. También puede incidir que las personas encuestadas pertenecen al "Sector Público" por lo cual se podría pensar que están, al menos en su mayoría, ajenos a la "amenaza de desempleo" ya que el sistema estatal ofrece en lo real y a nivel del imaginario social mayor estabilidad laboral. Por otra parte se podría considerar como factor incidente, la cantidad de horas trabajadas, ya que el 81 por ciento de la muestra trabaja entre 4 y 8 horas.

Resulta significativo que el 72% de los sujetos mayores de 55 años de la muestra, presenten elevada RP (en comparación con el 26% de los

adultos y el 31 % de los jóvenes). De esto se podría suponer que a mayor edad más elevada es la RP entre los profesionales de la muestra. De ser cierta esta hipótesis, este equipo considera que esto se podría deber al aumento de la experiencia con respecto al trabajo, como así también al ajuste progresivo entre las expectativas respecto de la tarea y la eficacia en las mismas y las condiciones sociolaborales concretas. También podría deberse a que a lo largo de su trayectoria en el servicio hayan podido consolidar logros profesionales, e incluso una identidad que los diferencie y los destaque dentro de su grupo de colegas.

Con respecto a las relaciones entre las dimensiones del MBI y la antigüedad en el servicio, resulta significativo que los mayores porcentajes de CE y DE que puntúan Burnout positivo se dé entre los sujetos que tienen una mayor antigüedad en el servicio. En el caso de la dimensión CE, el 47% de los sujetos de mayor antigüedad presentan elevado CE (frente a un 18% en el grupo de “<3 >7 años” y un 16% en “>3 años”). En lo que respecta a la dimensión DE, el 32 % de los de mayor antigüedad presentan DE elevado (en comparación con un 7% de los de “>3 años” (en los cuales, el 70 % puntúan baja esta dimensión).

Esto podría deberse a los elevados niveles de frustración y estrés a los que se enfrentan por las características de la enfermedad. Asimismo, el estar en permanente contacto con el sufrimiento, la agresividad, impulsividad, características comunes en los usuarios, desde hace mucho tiempo, debido a la antigüedad en el servicio, lo que motivaría a generar estrategias de despersonalización como defensa ante estas circunstancias.

Por otra parte se puede pensar la influencia que sobre esto tienen los problemas económicos, de presupuesto y de organización del ámbito de la administración pública, los cuales llevarían a éstos profesionales a vivenciar situaciones de falta de autonomía, de autoridad, de ambigüedad de rol y a enfrentarse a una sobrecarga laboral en virtud de la sobredemanda que enfrenta el sector de la salud pública.

En síntesis, si bien se observan elevados niveles de CE y DE en los empleados de mayor antigüedad, resulta significativo que en la dimensión RP estos presenten también un nivel elevado, lo cual los excluye del grupo con Burnout positivo.

Posiblemente lo que estaría operando en estas personas sería una valorización de la calidad del empleo frente a otras ofertas del sector, como así también la percepción de un valor agregado que tendría el poder desarrollarse en una especialidad dentro de la profesión. También puede considerarse que operaría sería el ajuste de expectativas y lo que puede representar la experiencia en cuanto a dicho ajuste. No se puede dejar de lado como hipótesis, que posiblemente la elevada RP se deba también a que hay cierta representación social operante a favor de ser empleado público.

En relación con el vínculo contractual con el Estado se observa que a mayor estabilidad laboral (“Planta Permanente” y “Planta Temporaria” en comparación con “Ad Honoren” y “Temporario”) hay mayores niveles de Cansancio Emocional siendo estables los niveles de Realización Personal y Despersonalización.

Respecto de los Puestos Desempeñados en los Servicios, los casos positivos del Síndrome de Burnout se presentan en las categorías de “Psicólogos”, “Administrativos” y “Asistente social”, si bien la composición de la muestra incide en éstos resultados, se podría hipotetizar que los casos positivos entre los profesionales administrativos se podrían deber a que son los que entran en el primer contacto directo tanto con los pacientes como con sus familias, con su padecer y sufrimiento, por otra parte, son los empleados que reciben demandas de todos los profesionales y el público, que atienden a tareas en general rutinarias, y se podría pensar que además son personas que no tiene una vocación específica de servicio como podría ser un psicólogo o un psiquiatra. En lo que respecta al caso positivo de Síndrome en el puesto de “Asistente Social”, si bien el número de casos de la muestra puede influir en el resultado, este equipo podría hipotetizar que justamente el hecho de ser pocos los profesionales de este área para el servicio, incide en que uno de los casos positivos se presente en esta categoría, por otra parte cabe considerar que el tipo de tarea, el contacto directo con las familias y pacientes, con la realidad sociocultural de las mismas, el hecho de que su tarea no se desarrolle solo dentro del servicio sino también fuera, podría ser influyente.

Pero retomando los datos descriptivos, aunque no perdiendo de vista lo desarrollado en los párrafos anteriores, si bien en un 6,8 % se detectó Síndrome de Burnout, el 66% de la muestra presenta elevada al menos una de las tres dimensiones, a través de lo cual se podría inferir una tendencia a padecer el Síndrome en el futuro, de mantenerse las condiciones de trabajo

actuales. Un factor que podría incidir altamente en el desarrollo del síndrome sería el aumento de demanda y la no adecuación de recursos y estructura a dicho aumento.

Dada estas circunstancias se considera importante que se instrumenten estrategias de prevención que eviten el desarrollo del Síndrome.

Siguiendo lo desarrollado en el marco teórico las mismas pueden agruparse en tres categorías: estrategias individuales, grupales y organizacionales.

Respecto de las estrategias individuales:

- Fortalecimiento de los recursos de resistencia y protección de las personas para afrontar las situaciones estresantes.
- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia, así como también en el manejo de la ansiedad y del estrés. También es importante considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan neutralizar o mitigar las consecuencias negativas de las experiencias de estrés.
- Entrenamiento en la solución de problemas.
- Implementación de programas de supervisión profesional individual.

- Aumento de recursos y habilidades comunicativas y de asertividad.
- Promoción del uso de técnicas de autorregulación y control (de gestión del tiempo, de delegación, de habilidades sociales, etc.)

En el nivel grupal

- Fortalecimiento de los vínculos sociales entre los trabajadores, favoreciendo el trabajo en grupo y evitando el aislamiento, (estrategias de colaboración y cooperación grupal)
- Promoción y planificación del apoyo social en el trabajo. Se recomienda la implementación de grupos de apoyo para discutir el impacto de la tarea en los profesionales.
- Capacitación de los mandos medios en liderazgo.

A nivel organizacional, y teniendo en cuenta que el origen del problema radica en el contexto laboral, se recomienda que la dirección de la organización desarrolle programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y clima de la organización. Las estrategias más relevantes a tener en cuenta dentro de estos programas serían:

- Identificación y evaluación de riesgos psicosociales con la consecuente modificación de aquellas condiciones que promuevan la aparición del Síndrome.
- Establecimiento de mecanismos de feed back o retroinformación del resultado del trabajo.
- Organización de sistemas democráticos participativos que permitan aumentar el grado de autonomía de los trabajadores

descentralizando la toma de decisiones como así también el fortalecimiento de sus redes de apoyo.

- Clarificación de las líneas de autoridad y responsabilidad, como así también de las funciones inherentes a cada puesto de trabajo evitando así ambigüedades y conflictos de trabajo.
- Ofrecimiento de espacios a cargo de personal especializado.
- Poner a disposición de los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos del trabajo y recompensar el alcance de los mismos.
- Aplicación de programas de socialización anticipada con el objetivo de prevenir el impacto con la realidad y sus consecuencias. De esta manera el “choque” se experimentaría primero en un contexto artificial que permitiría desarrollar estrategias para enfrentarse con las expectativas irreales que se tienen.

Es importante destacar que dichas estrategias para la prevención del síndrome deben ser implementados de manera sistemática y ofrecidas gradualmente, siendo fundamental para lograr el éxito, la participación activa y el protagonismo de los trabajadores.

Teniendo en cuenta la función social que cumplen los trabajadores de la Secretaria de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, como única Institución pública especializada en la problemática de las adicciones, y la complejidad que el trabajo con dicha problemática genera, por el contacto permanente con el sufrimiento y la incertidumbre, este equipo

considera imprescindible realizar un trabajo constante de identificación y reconocimiento de indicadores de la presencia de burnout para poder llevar a cabo tareas preventivas.

Este objetivo sólo podrá ser logrado mediante la toma de conciencia y un claro compromiso de las esferas centrales de la administración pública.

Esta toma de conciencia debe extenderse hacia las entidades colegiadas y sindicales, en su función de promoción y protección de la salud de los trabajadores.

Por otra parte, es necesario destacar la importancia del desarrollo de un marco legal que favorezca la prevención de enfermedades laborales.

BIBLIOGRAFIA

6. BIBLIOGRAFÍA.

- ATANCE MARTINEZ, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. [Versión electrónica]. Rev. Esp. Salud Pública, vol. 71, num. 3, pp. 293-303. Madrid. Extraído el 19 marzo, 2009, de <http://www.scielosp.org/scielo>
- BARRON, J. (2001). Estrés laboral en las pequeñas y medianas empresas de Río Cuarto. Extraído el 3 de Marzo, de 2010, de <http://www.aset.org.ar/congresos/5/aset/PDF>.
- CABALLERO, M.; BERMEJO, A.; FERNÁNDEZ, F., NIETO GÓMEZ, R. & CABALLERO MARTÍNEZ, F. (2001, marzo). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. [Versión electrónica]. Rev. Atención Primaria, vol. 27, num. 5, pp 313-17. Madrid. Extraído el 15 marzo, 2009, de <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/burnout.pdf>.
- DEJOURS, C. (1990). Trabajo y desgaste Mental: una contribución a la Psicopatología del Trabajo. Buenos Aires: Humanitas.
- DEJOURS, C. (1998). De la pena al trabajo. En Organización del trabajo y salud. Buenos Aires. Lumen.
- IVANCEVICHM, J; MATTENSON, M. (1992). Estrés y Trabajo, Una perspectiva gerencial. México: Trillas.

- DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C. (2003). Burnout en las profesionales de la atención a las drogodependencias. [Versión electrónica]. Rev. Trastornos Adictivos, vol 5, num. 2, pp. 107-13. Extraído el 12 Febrero, 2009, de <http://www.sedronar.gov.ar/images/novedades/biblioteca/i.burnout%20de%20los%20profesionales%20en%20drogodep..Pdf>.
- GALENDE, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en al sociedad actual. Buenos Aires: Paidos.
- GIL MONTE, P. (2001) El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendación para la intervención. Revista electrónica de psicología científica. Extraído el 7 de Mayo de 2010, de [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(síndrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(síndrome-de-burnout).html)
- GIL MONTE, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en el personal de enfermería. Extraído el 7 de Mayo de 2010, de <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

- HERNÁNDEZ, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. [Versión electrónica]. Rev. Cubana Salud Pública, vol. 2, num. 29, pp. 103-110. Extraído el 17 marzo, 2009 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu02203.pdf.
- LEIBOVICH DE FIGUEROA, N.; SCHUFER, M. (2002). El malestar y su evaluación en diferentes contextos. Cap I y II. Buenos Aires: Eudeba.
- MUÑOZ, A. (2005). Aproximación al estrés, Mobbing, Burn Out y acoso laboral. Extraído el 10 de Febrero de 2010, de http://www.prevelexchile.cl/gestionempresarial/documentos/Aproximacion_al_stres.pdf
- MORENO–JIMÉNEZ, B.; GONZÁLEZ, J. L.; GARROSA, E. (2001). Desgaste profesional (Burnout), personalidad y salud percibida. [Versión electrónica] Publicado en: Buendía, J.; Ramos, F. (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. (2001). pp 59-83. Extraído el 15 de Abril, 2010, de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%2520profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>.
- NEIRA, M. (2004). Cuando se enferman los que curan: Estrés laboral y Burnout en los profesionales de la salud. Buenos Aires: EA Ediciones.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1949). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Extraído el 7 de Mayo, de 2010, de http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitución_sp.pdf
- PACENZA, M.I.; ANDRIOTTI – ROMANÍN, E. (2005). Condiciones y medio ambiente de trabajo en distintos grupos profesionales: psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales en los servicios públicos de salud mental de la municipalidad del partido de General Pueyrredón. Extraído el 6 de Mayo de 2010, de www.aset.org.ar/congreso/7/14001.pdf.
- REDONDO, A. I., BERPULSI, S.; SCHENINI, M. (2003). Cambios en el sistema laboral, la empresa y el trabajo. Trabajo presentado en el PRIMER CONGRESO MARPLATENSE DE PSICOLOGÍA "LA PSICOLOGÍA HOY". (Mar del Plata; Marzo de 2003).
- REDONDO A. I. (2001). Delimitación conceptual, diagnóstico y prevención del " Síndrome de Quemarse por el trabajo" (Burnout). Trabajo presentado en el V CONGRESO NACIONAL DE PSICODIAGNÓSTICO y XII JORNADAS NACIONALES DE A.D.E.I.P "FRONTERAS ABIERTAS EN PSICODIAGNÓSTICO. RESPUESTAS A LA COMPLEJIDAD". (La Plata; Octubre de 2001)

- SAVIO, S. A. (2008). El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. Rev. Hologramática, Año V, vol. 1, num. 8, pp.121-138. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Extraído el 15 Febrero, 2009, de www.cienciared.com.ar/doc.php?n=829
- SIMMY PINTOS, S. (2001). El sujeto en la organización. Tesis de Maestría para la obtención del título de Magíster en Psicología.
- WOLFBERG, E. (2003) La salud y la calidad de vida de los profesionales de la salud. Riesgos y prevención. Publicado en D'álvia, R. (comp.): Calidad de vida. La relación bio-psico-social del sujeto. Buenos Aires: Lugar.
- ZAPATA, F. (2001). El trabajo en la vieja y en la nueva economía. Publicado en: De la Garza Toledo E.; Neffa J.C. (comp): El trabajo del futuro. El futuro del trabajo. Buenos Aires: CLACSO.

ANEXO I

INSTRUMENTOS

**Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología**

Estimado Señor o Señora:

Al contestar este formulario usted estará participando en una investigación acerca del Síndrome de Burnout que un grupo de alumnos de la carrera de Licenciatura en psicología se encuentra realizando como requisito de sus estudios.

La información que usted facilite será utilizada sólo para fines de la investigación, por lo cual se asegura que se guardará absoluta reserva.

Finalmente, le solicitamos **tener especial cuidado en contestar la totalidad de las preguntas** del cuestionario y marcarlo de la manera más precisas posibles.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Marque la opción correcta

Sexo: M F

Edad:

¿Cuál es su puesto de trabajo en el Servicio?

Psicólogo

Operador Socioterapéutico

Psiquiatra

Asistente Social

Otro ¿Cual?.....

¿Cuál es su situación laboral?

Trabajo ad-honorem, pasantía u otra forma de trabajo no remunerada

Temporario por contrato con fecha de finalización

Contrato sin fecha de finalización o Planta Temporaria

Planta Permanente

¿Qué cantidad de horas le dedica diariamente a su trabajo?

..... Horas

¿Cuál es su antigüedad en el servicio?

Menos de 6 meses

6 meses a 1 año

1 a 3 años

3 a 5 años

5 a 7 años

De 7 a 10 años

Más de 10 años ¿Cuántos?.....

Señor/a

Por favor, lea atentamente cada una de las 22 afirmaciones que figuran a continuación e indique, colocando una cruz en un casillero, la frecuencia con que esto le sucede.

	Nunca	Pocas veces por año	Una vez por mes	Una vez por semana	Varias veces por semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo						
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío						
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar						
4. Siento que puedo entender fácilmente a mis pacientes						
5. Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales						
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa						
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes						
8. Siento que el trabajo me está desgastando						
9. Siento que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas						
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo este trabajo						
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente						
12. Me siento muy activo						
13. Me siento frustrado en mi trabajo						
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo						
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes						
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés						
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.						
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes						
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo						

20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades						
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma						
22. Siento que mis pacientes me culpan por alguno de sus problemas						