

Síndrome de Burnout en Asistentes Sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana

Burnout Syndrome in Social Workers of Servicio Nacional de Menores of the Metropolitan Region

Javier Barría

Pontificia Universidad Católica de Chile

El objetivo central del estudio que se presenta fue describir las características sociodemográficas y laborales de asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana y establecer su posible relación con el Síndrome de Burnout. Para ello, se encuestó a 65 de los asistentes sociales de entre 23 a 65 años en 20 instituciones del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana. A partir de los resultados obtenidos, se estableció un perfil del asistente social que desarrolla el Síndrome de Burnout, y se propusieron medidas institucionales.

The main objective of this study was to describe socio-demographic and laboral characteristics of social workers of Servicio Nacional de Menores of the Metropolitan Region of Chile, and to establish whether there is a relationship between them and the Burnout Syndrome. In order to do this, a survey was applied to (65) social workers, ranging from 23 to 65 years old from 20 institutions belonging to the Servicio Nacional de Menores in the Metropolitan Region. From the results obtained, a profile of the social worker who developed the Burnout Syndrome was established and institutional measures were proposed.

Algunos profesionales, tales como enfermeras, médicos, asistentes sociales, profesores, personal de gendarmería y policías, conjugan en su vida laboral el interés o vocación de servicio de atención a personas con el ejercicio profesional. El resultado puede ser un agotamiento de la energía experimentado por ellos cuando se sienten abrumados por los problemas de otros, que ha sido descrito como *Síndrome de Burnout* (McConnell, 1982).

El Síndrome de Burnout estaría presente en una amplia variedad de ocupaciones y/o empleos relacionados con servicios humanos. En general, en aquellos empleos en que se establece una relación de ayuda, tales como aquellos relacionados con la provisión de servicios y caridad y, además, en los trabajos relacionados con educación, medicina, sistema de justicia criminal, salud mental, religión, asistencia social y diversas ocupaciones orientadas hacia las personas (Martin, Viñas, Pérez, Luque, & Soler, 1997).

Gil-Monte y Peiró (1997) definen el Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia

las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo), y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en ámbitos tan diversos como la empresa, el deporte y la familia (Maslach, 1993). Las exploraciones iniciales se realizaron en grupos de médicos y enfermeras; posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como: psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de Enfermería (Gil-Monte & Peiró, 1997).

De acuerdo con Maslach (1993), de estos primeros estudios se extrajeron tres conclusiones centrales:

1. Las experiencias emocionales juegan un importante rol en el cuidado o la ayuda médica, sobre todo en situaciones límites tales como notificar sobre la presencia de cáncer, posibilidad de muerte, o enfrentar diariamente el dolor de las personas atendidas.
2. Existiría un estilo de trabajo ideal que pudiese no ser concordante con la realidad laboral.
3. Se relacionaría con competencias profesionales que están relacionados a una forma de ejercicio del profesional donde se enfatiza la objetividad o la distancia hacia el cliente o paciente y la conducta no emocional.

La presencia del Síndrome de Burnout se ha considerado una consecuencia de trabajar intensamente

Javier Barría Muñoz, Escuela de Psicología.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser enviada al autor. Fono: 671 9892, 09-5395819. E-mail: jrbarria@manquehue.net o javier.barría@uniacc.cl

La investigación constituyó la tesis para optar al grado de Magister en Psicología Social y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales. Laura Caballero señala que “*esta situación psicofisiológica se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima con una sensación de vacío que sufre el trabajador, que ha sido descrito como Síndrome de Burnout*” (Caballero & Millán, 1998, p. 1).

En relación al trabajo con poblaciones de alto riesgo como son los sistemas carcelarios, De Diego, Durán, Ruis y Enríquez (1998) señalan que los estudios realizados destacan que estos son contextos especialmente significativos para el estudio del Síndrome de Burnout, debido a sus peculiares condiciones. Entre otras, la masificación en los centros, la escasez de medios y recursos humanos, la burocratización, la falta de colaboración por parte de los reclusos y sus escasas posibilidades de reeducación.

Por su parte, en estudios realizados con asistentes sociales, Söderfeldt, Söderfeldt y Warg (1995) señalan que ellos presentan una relación muy estrecha con sus clientes y se encuentran involucrados en complejas situaciones sociales, mientras que su actividad posee escaso reconocimiento social y se desarrolla con falta de recursos. A su vez, Jonhson y Stone (en Garcés de los Fayos, 2000) reportan que los asistentes sociales presentan menores índices de Síndrome de Burnout que otros profesionales estudiados, tales como enfermeras y personal médico en general. Sin embargo, de 18 estudios con asistentes sociales reportados por Söderfeldt, Söderfeldt y Warg (1995), diez mencionaban que el síntoma más habitual era la actitud negativa hacia el cliente, la desmotivación y el desgaste emocional.

Las investigaciones realizadas en asistentes sociales que trabajan en hogares de menores y servicios de protección infantil muestran en general despersonalización y menos satisfacción laboral (Drake & Yadama, 1996), asociado con que deben lidiar con conflictos familiares prolongados, y la presencia de factores tales como permanecer largos períodos de tiempo con los clientes o niños atendidos, en algunos casos superiores a tres años.

En Chile, la inexistencia de investigaciones que aborden la población de asistentes sociales nos impide incorporar datos sobre la presencia del Síndrome de Burnout en este grupo ocupacional. No obstante, en un diagnóstico realizado por el Servicio Nacional de Menores (1992) y en documentos de distribución interna (1997) se mencionan que entre los profesionales que trabajan en instituciones del Servicio Nacional de Menores (SENAME), en especial Centros

de Observación y Centros de Rehabilitación Conductual, existe una alta rotación de personal, en especial asistentes sociales, desmotivación en el transcurso del tiempo y desgaste emocional producto de atender a niños y niñas en situación de vulneración de sus derechos o que hayan infringido la ley penal.

En este contexto, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Se pueden relacionar los antecedentes de rotación de personal, desgaste emocional y desmotivación con el transcurso del tiempo en los asistentes sociales de los centros de Rehabilitación Conductual Cerrado y Abierto, Libertad Vigilada, Centros de Tránsito y Distribución, Comunidades Terapéuticas y Casas de Acogida con el síndrome de Síndrome de Burnout?

La presente investigación fue desarrollada en poblaciones de asistentes sociales que trabajan en el Servicio Nacional de Menores, que según el decreto Ley N° 2.465 de 1979 en su artículo dos, “es una institución que regula la acción pública a favor de los menores en situación irregular y consigna al SENAME como el organismo estatal encargado de concretar y llevar a la práctica las políticas programas de atención a estos menores... el servicio atenderá a aquellos menores que carezcan de tuición o que teniéndola su ejercicio constituya un peligro para su desarrollo normal e integral” (p. 79).

El SENAME tiene cuatro áreas de intervención (Guerra, 1989):

1. *Diagnóstico*: área encargada de la derivación de los niños y niñas a las distintas modalidades de atención con que cuenta el SENAME de acuerdo a la DFL 1.385: el Centro de Observación, Tránsito y Diagnóstico, actuales Centros de Tránsito y Distribución. Orientado al ingreso del menor a cualquiera de los centros que corresponda a su población objetivo. La labor del asistente social en estos sistemas es informar al juez y/o director de la situación psicosocial del menor, a través de informes técnicos.
2. *Prevención*: área encargada de prevenir conductas desadaptativas que puedan desarrollar los niños y niñas de escasos recursos. Su objetivo es modificar y superar aquellas condiciones que puedan desencadenar alteraciones en la estructura y/o dinámica familiar y derivar en irregularidades de la tuición y/o conducta del menor. Los principales centros de esta área son los Centros Abiertos, Protección para deficientes leves y moderados Diurna, Rehabilitación Psíquica.
3. *Protección*: área encargada del cuidado de niños y niñas en situación de vulneración de dere-

chos. Aquí encontramos a los sistemas de Protección Simple, Colocación Familiar, Protección para deficientes leves y moderados, Rehabilitación Psíquica.

4. **Rehabilitación:** área encargada de los menores que han infringido la ley penal, con la finalidad de posibilitar su reinserción social. Aquí se encuentran los Centros de Rehabilitación Conductual Abiertos y Cerrados, el programa de Libertad Vigilada, los programas de prevención de drogas y de maltrato infantil.

Los Centros de Rehabilitación Conductual Abiertos y Cerrados, están destinados a atender a aquellos niños y adolescentes que han infringido la ley. Su objetivo es corregir las alteraciones de comportamiento en el menor, mediante un sistema educativo y terapéutico.

El Programa de Libertad Vigilada tiene como objetivo la modificación de la conducta, bajo la supervisión de un profesional especializado denominado Delegado de Libertad Vigilada.

Los Programas de Prevención de Drogas se instituyen en la línea de proyectos alternativos del SENAME. Sus modalidades son diversas, estableciéndose especialmente como comunidades terapéuticas o casas de acogida.

El Programa de Maltrato Infantil, que se encuentran en la modalidad de proyectos especiales, se enmarca dentro de la aplicación de la ley de maltrato infantil.

El Reglamento del SENAME N° 365 (1980) señala que en las instituciones del SENAME deben trabajar asistentes sociales, psicólogos, profesores y personal de atención directa al menor. Los asistentes sociales realizan específicamente labores de tratamiento y orientación.

Para los fines de esta investigación, la población seleccionada es de asistentes sociales de los sistemas de Rehabilitación Conductual Abierto y Cerrada, Libertad Vigilada, Centros de Observación y Diagnóstico y Comunidades Terapéuticas y Casas de Acogida.

Servicio Social y Síndrome de Burnout

Uno de los autores más prolíficos del Servicio Social, el argentino Ander-Egg (1987), señala que el Trabajo Social es básicamente una profesión de ayuda a personas en estado de necesidad.

Por su parte, el código internacional de Ética del Trabajo Social (citado en Kisnerman, 1998) plantea que el "trabajador social tiene como obligación su-

prema el servicio de los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular". Si bien estas concepciones son interesantes en su planteamiento filosófico, autores como Kisnerman (1998) han sido más críticos con la profesión, señalando que estos principios sólo quedan en el papel y que en algunos ámbitos del ejercicio profesional, se ha producido una burocratización e institucionalización de la profesión.

En las investigaciones relacionadas con el Servicio Social y Síndrome de Burnout se muestra que el rol ideal de la profesión y la realidad profesional son incompatibles, lo cual ha sido estudiado como ambigüedad de roles y existencia de apoyo social. De acuerdo con Söderferdt, Söderfeldt y Warg (1995), la diferencia del Trabajo Social con otras profesiones como enfermería, es que el Síndrome de Burnout se correlaciona más con insatisfacción laboral que con falta de claridad de asignación de roles dentro de las instituciones. Incluso la despersonalización que se produce en áreas médicas no se produciría en el Trabajo Social por el tipo de contacto directo, y prolongado tiempo con el cliente. Además, Um y Harrison (1998) señalan que los asistentes sociales no utilizan la red de apoyo y presentan dificultades para comunicar el agotamiento y el cansancio.

Ander-Egg (1996) hace referencia al Síndrome de Burnout señalando que el agotamiento emocional es literalmente un desgarramiento existencial que se presentaría en los profesionales más inquietos y comprometidos con el servicio social. El Síndrome de Síndrome de Burnout seguiría el siguiente camino en los asistentes sociales (Ander-Egg, 1998).

Según este autor, las fases del Síndrome de Burnout se presenta en el asistente social de la siguiente manera:

1. **Entusiasmo inicial:** se suele comenzar con muchas ilusiones, dispuesto a consagrarse por entero a la tarea de servir, se tienen grandes expectativas movidos por la esperanza de hacer cosas útiles, hay un gran despliegue de energía.
2. **Choque con la realidad y comienzo de una crónica de desencanto anunciado:** se produce un estado de descorazonamiento psíquico y emocional, se pierde el entusiasmo por la tarea y bajan los niveles de motivación en el trabajo. Se instala un proceso de rutina desilusión y frustración.
3. **Abandono de un porcentaje de profesionales asistentes sociales:** en términos alternativos, se opta por la aceptación de un trabajo más rutina-

rio burocrático y despersonalizado. Los profesionales quedan impermeabilizados e insensibles a los problemas de la gente. Después de la frustración se vuelven incapaces de tomar el trabajo con ilusión.

Origen del Síndrome de Burnout

El término Síndrome de Burnout fue desarrollado en la década del setenta en Estados Unidos por Freunderberger (en Maslach, Schaufeli & Marek, 1993). Él observó que muchos voluntarios con quienes trabajaba presentaban un proceso gradual de desgaste anímico y desmotivación. Generalmente, ese proceso duraba aproximadamente un año, e iba acompañado de síntomas físicos y psíquicos que denotaban un particular estado de estar "exhausto".

Posteriormente, la psicóloga social Christina Maslach (1993) estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, llegando a conclusiones similares a las de Freunderberger. Ella estaba interesada en las estrategias cognitivas denominadas despersonalización. Estas estrategias se refieren a cómo los profesionales de la salud (enfermeras y médicos) mezclan la compasión con el distanciamiento emocional, evitando el involucramiento con la enfermedad o patología que presenta el paciente y, utilizando la "deshumanización en defensa propia", esto es el proceso de protegerse uno mismo ante las situaciones estresoras respondiendo a los pacientes en forma despersonalizada.

Definición del Síndrome de Burnout

El desarrollo del concepto de Síndrome de Burnout presenta dos fases en su evolución histórica: una fase pionera, donde el foco estuvo en la descripción clínica del Síndrome de Burnout y una fase empírica en que se sistematizaron las distintas investigaciones para asentar la descripción conceptual del fenómeno.

En la década del setenta se desarrolló el concepto de Síndrome de Burnout a partir del supuesto de que existe una tendencia individual en la sociedad moderna a incrementar la presión y estrés laboral, sobre todo en los servicios sociales. Para Cherniss (en Maslach, Schaufeli & Marek, 1993) los profesionales relacionados con la atención de usuarios en situación de enfermedad necesidad o carencia material deberían resolver más problemas y, por lo tanto, se produciría en ellos un conflicto entre la

mística profesional, la satisfacción laboral y responsabilidad hacia el cliente.

En la década del ochenta, las investigaciones sobre Síndrome de Burnout se efectuaron en los Estados Unidos y, posteriormente, el concepto comenzó a ser investigado en Canadá, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Israel, Italia, España Suecia y Polonia. En cada país, se adaptó y se aplicó los instrumentos creados en Estados Unidos, especialmente el *Maslach Burnout Inventory* de Maslach y Jackson (Maslach, Schaufeli & Marek, 1993).

Otras investigaciones empíricas se han centrado en variables personales tales como locus de control, salud personal, relaciones con la familia, amigos y apoyo social. Los factores materiales y humanos asociados han sido utilizados también como fuentes de investigación junto con las biografías personales de los trabajadores que presentan el Síndrome de Burnout (Maslach, Schaufeli & Marek, 1993).

Además se han incorporado otras variables, por ejemplo, satisfacción laboral, estrés laboral, carga de trabajo, despidos, conflicto y ambigüedad de roles, y expectativas en el empleo (Herrera & León, 1999). También se han investigado la relación de Síndrome de Burnout con variables demográficas como edad, sexo y estatus marital (Garcés de los Fayos, 2000).

De acuerdo a Maslach (2001), gran parte de los aportes al estudio del constructo son investigaciones transversales y existen escasos estudios longitudinales. Además, la autora señala que en las investigaciones efectuadas en los últimos 25 años habría predominado la hipótesis que las personas idealistas tienen un mayor riesgo de Burnout. Una segunda hipótesis estudiada es que el Síndrome de Burnout resulta de la exposición a estresores crónicos.

Según Maslach (2001), el Síndrome de Burnout estaría compuesto por tres dimensiones:

1. *Cansancio emocional o agotamiento emocional*: hace referencia a las sensaciones de sobre-esfuerzo y hastío emocional que se produce a consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener con los clientes y entre ellos.
2. *Despersonalización*: se supondría el desarrollo de actitudes cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan servicios. Gil Monte y Peiró (1997) especifican que esta dimensión se asocia con la excesiva separación hacia otras personas, silencio, uso de actitudes despectivas, e intentos de culpar a los usuarios de la propia frustración.

3. *Reducida realización persona*: conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido de las situaciones ingratas.

Maslach (2001) señala que el agotamiento emocional representa la dimensión de tensión básica del Síndrome de Burnout; la despersonalización expresa el contexto interpersonal en donde se desarrolla el trabajo del sujeto y la disminución del logro personal, representa la autoevaluación que realiza el individuo de su desempeño laboral y personal.

De acuerdo con Garcés de los Fayos (2000), en la actualidad existiría consenso entre los autores en asumir el modelo de Síndrome de Burnout con base a las tres dimensiones descritas por Maslach (1993) y Pines (citado en Gil-Monte y Peiró, 1997). Por lo tanto, el síndrome sería una consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo, y también sería necesaria la presencia de una "interacción" trabajador-cliente intensa y/o duradera en el tiempo para que el síntoma se produzca.

Perspectivas Desde las Cuales se ha Estudiado el Síndrome de Burnout

Manassero, Fornés, Fernández, Vázquez y Ferrer (1995) proponen que existen tres perspectivas diferentes desde las cuales se ha estudiado el síndrome de Síndrome de Burnout:

1. *La perspectiva psicosocial*: planteada por Maslach y Pines, que pretende explicar las condiciones ambientales en las cuales se origina el Síndrome de Burnout, los factores que ayudan a mitigarlo (especialmente el apoyo social) y los síntomas específicos que caracterizarían el síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, en las distintas profesiones. Además, en este enfoque se desarrolló el instrumento de medición más ampliamente utilizado para evaluar el síndrome, el Maslach Burnout Inventory (MBI).
2. *La perspectiva organizativa*: que se centra en que las causas del Síndrome de Burnout se originan en tres niveles distintos, el individual, el organizativo y social. El desarrollo del Síndrome de Burnout genera en los profesionales respuestas al trabajo, que no tienen que aparecer siempre, ni juntas, como la pérdida del sentido del trabajo, idealismo y optimismo, o la carencia de simpatía y tolerancia hacia los clientes e incapacidad para apreciar el trabajo como desarrollo personal.

3. *La perspectiva histórica*: es un fruto de los estudios realizados por Saranson sobre las consecuencias de los rápidos cambios sociales en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial en el trabajo y las condiciones laborales (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El Diagnóstico del Síndrome de Burnout

De acuerdo a Cherniss (en Maslach, Schaufeli & Marek 1993), el Síndrome de Burnout es un proceso que comienza con un excesivo y prolongado nivel de tensión o *estrés* que produce fatiga en el trabajo, sentimiento de estar exhausto, irritabilidad, y fatiga. Similarmente el Síndrome de Burnout ha sido caracterizado como una progresiva pérdida del idealismo y de la energía y el propósito de ayudar a los usuarios de los servicios.

Freunderberger (en Maslach, Schaufeli & Marek 1993) describe los siguientes síntomas: (a) impaciencia y gran irritabilidad, (b) sentido de omnipotencia, (c) paranoia, (d) cansancio emocional y (e) desorientación.

A su vez, Caballero y Millán (1999) proponen que el Síndrome de Burnout presenta síntomas de carácter (a) fisiológicos: falta de apetito, cansancio, insomnio, dolor cervical, úlceras, (b) psicológicos: irritabilidad ocasional o instantánea, gritos, ansiedad, depresión, frustración, respuestas rígidas e inflexibles, (c) conductuales: expresiones de hostilidad o irritabilidad, incapacidad para poder concentrarse en el trabajo, aumento de las relaciones conflictivas con los demás compañeros, llegar tarde al trabajo o salir más temprano, estar con frecuencia fuera del área de trabajo y, tomarse largos períodos de descanso en el trabajo y (d) otros: aumento del absentismo, apatía hacia la organización, aislamiento, empobrecimiento de la calidad del trabajo, actitud cínica y fatiga emocional, aumento del consumo de café, alcohol, barbitúricos y cigarrillos.

Garcés de los Fayos (2000) distingue cinco elementos comunes en las personas que sufren el Síndrome de Burnout: (a) hay un predominio de síntomas como cansancio mental o emocional, fatiga y depresión, (b) la clave la encontramos en un síntoma mental o conductual más que en síntomas físicos, (c) los síntomas están relacionados con el trabajo, (d) los síntomas se manifiestan en personas "normales" que no padecían con anterioridad ninguna alteración psicopatológica y (e) se aprecia una reducción de la efectividad y del rendimiento en el trabajo.

Efectos del Síndrome de Burnout en el Individuo

El Síndrome de Burnout se presenta como un síndrome complejo que acarrea consecuencias muy variables, ya que están presentes consecuencias a nivel psicológico, físico y conductual. Entre los síntomas más comunes informados en la literatura a nivel individual estarían los problemas psicosomáticos, la disminución del rendimiento, y las actitudes negativas hacia la vida en general (Garcés de los Fayos, 2000).

Garcés de los Fayos (2000) presenta un listado de diferentes consecuencias que produce el Síndrome de Burnout (ver Tabla 1).

Se propone el siguiente resumen de las técnicas más informadas en la literatura (Golin, Bricklin & Diamond, 1995; Garcés de los Fayos, 2000; Maslach, 1993, 2001) sobre las estrategias de afrontamiento ante el síndrome de Burnout:

1. *Comunicación adecuada*: deben existir canales de comunicación en la organización tanto a nivel de formal como informal. La hipótesis que se plantea es que la retroalimentación positiva disminuirá el Síndrome de Burnout.
2. *Abordar los procesos no concientes relacionados con el Síndrome de Burnout*: sobre todo los tipos de personalidad. Aquí, se sugieren intervenciones clínicas individuales.

3. *Inocular el estrés*: se sigue el modelo que el Síndrome de Burnout es la tercera fase del estrés laboral, por lo cual siempre habrá un grupo de sujetos proclives al Síndrome de Burnout.
4. *Rotación de personal*: la hipótesis planteada es reducir los efectos acumulativos del estrés laboral crónico.
5. *Terapia racional-emotiva*: dotar al individuo de estrategias de afrontamiento, donde reestructure cognitivamente formas que le permitan combatir las ideas irracionales y pensamiento negativos originados con el síndrome.
6. *Programas de amplia intervención*: que incluyan una planificación a nivel organizacional, creación de grupos terapéuticos, atención clínica individual y tratamientos farmacológicos.

En una revisión crítica del concepto del Síndrome de Burnout, Maslach (2001) menciona que hoy el síndrome se está comportando como un virus, porque si alguien presenta Síndrome de Burnout, existe una escalada donde los demás compañeros se "contagian". Se plantea la necesidad de crear sistemas de intervención que vayan más allá de los talleres grupales de intervención, charlas informativas e intervenciones individuales, sino que más bien se actúe humanizando los sistemas de servicios sociales y de ayuda.

Tabla 1

Consecuencias del Síndrome de Burnout

Grupo	Consecuencia
Psicológicas	Problemas psicosomáticos Actitudes negativas hacia sí mismo Depresión Sentimientos de culpabilidad Ansiedad Cólera Aburrimiento Baja tolerancia a la frustración Abuso de drogas
En el contexto organizacional	Disminución del rendimiento Actitudes negativas hacia el trabajo Falta de motivación hacia el trabajo Actitudes negativas hacia el cliente Incapacidad para realizar el trabajo con rigor Rotación Intención de abandonar o abandono real del trabajo Absentismo, retrasos y largas pausas en el trabajo Insatisfacción en el trabajo Disminución del compromiso
En el contexto ambiental	Actitudes negativas hacia la vida en general Disminución de la calidad de vida personal

Método

Participantes

Se diseñó una investigación de carácter descriptivo y correlacional, no experimental y transeccional. La muestra fue extraída en forma intencionada entre los asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores, Región Metropolitana. Se incluyó el total de asistentes sociales activos de ambos sexos en ese servicio. La muestra quedó conformada por 65 de los 68 asistentes sociales. Todos ellos cumplían con los siguientes criterios: (a) trabajar con niños y adolescentes que hayan infringido la ley penal, en instituciones tales como: Libertada Vigilada, Rehabilitación Conductual Abierta y Cerrada, Centros de Tránsito y Distribución, Comunidades Terapéuticas y Casas de Acogida de la red del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana, (b) tener a lo menos más de seis meses de trabajo profesional, y (c) ser asistente social tratante, Directivo, Jefe Técnico o Jefe de Unidad.

Instrumento

El instrumento aplicado fue el *Inventario de Burnout* de Maslach y Jackson (1981), adaptado al castellano por Ferrando y Pérez (1996) y Seisdedos (1997). Este cuestionario contiene 22 preguntas formuladas de manera afirmativa sobre los sentimientos personales y actitudes en el trabajo y hacia las personas que tiene que atender.

Dicho inventario incluye tres subescalas (Seisdedos 1997):

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 y 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 y 22.
3. *Reducido logro 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 y 21.

Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor de 0 a 6 donde: 0 = nunca, 1 = alguna vez al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = algunas veces al mes o menos, 4 = una vez por semana, 5 = algunas veces por semana, 6 = todos los días. Utiliza preguntas tales como: "me siento emocionalmente agotado por mi trabajo" para la escala de agotamiento emocional; "puedo entender con facilidad lo que piensan las personas que atiendo" para la escala de despersonalización; y "me siento frustrado por mi trabajo" para la escala de reducido logro personal.

Seisdedos (1997) señala que el burnout es un síndrome con dimensiones independientes, y que debe asignarse una ponderación específica a cada dimensión. Como en Chile no existen normas del instrumento, en el presente estudio se optó por establecer percentiles para cada dimensión. Y para el puntaje total, los puntajes se clasificaron en los siguientes niveles: con presencia, proclive y sin presencia de Burnout (ver Tabla 2).

Por otra parte, esta versión del MBI incorpora una cédula de identificación sociodemográfica y laboral que permite obtener antecedentes sobre sexo, edad, estado civil, relación conyugal, remuneraciones, hijos, situación laboral, número de años de trabajo en la institución, número de años de ejercicio profesional, unidad de trabajo y cargo.

Para este estudio, además, se incorporaron preguntas de relación con cantidad de hijos, relación contractual, horas de exposición a clientes y horas de trabajo.

Validación de Constructo

Se realizó un análisis factorial Varimax con Normalización Kaiser. La rotación convergió en cinco iteraciones y ofreció una estructura factorial que permitió definir, de acuerdo con lo esperado, tres factores: agotamiento emocional, despersonalización, y reducido logro personal. Estos datos concuerdan con los estudios confirmatorios de Seisdedos (1997) y Garcés de los Fayos (2000).

Debieron ser eliminados los ítems 12 y 18 de la dimensión Reducido Logro Personal. Así, la escala definitiva quedó compuesta por 20 ítems de la escala original.

El análisis factorial de los tres factores determinó que la varianza total explicada fue un 51.6%. El primer factor explica el 23.6%, el segundo factor el 14.1% y el tercer factor el 13.9%. Las comunalidades fluctuaron entre .86 como máxima y .12 como mínima, concentrándose la mayoría en el .40.

Análisis de Consistencia Interna

Una vez establecidos los factores, la escala fue sometida a prueba de consistencia interna mediante el cálculo del Coeficiente alfa de Cronbach.

Tabla 2
Percentiles para el puntaje total del MBI y sus dimensiones

	Percentiles		
	Presencia	Proclive	Sin presencia
Puntaje total MBI	57 y más	34 al 56	33 y menos
Agotamiento emocional	18 y más	12 a 17	11 y menos
Despersonalización	6 y más	3 a 5	2 y menos
Reducido logro personal	32 y más	28 a 31	27 y menos

Para esta investigación debieron ser eliminados los ítems 12 y 18 de la dimensión Reducido Logro Personal. Así, la escala definitiva quedó compuesta por 20 ítems de la escala original. El coeficiente estandarizado para los 20 elementos del MBI seleccionados fue .74, lo cual indica un buen nivel de consistencia interna. A su vez, el coeficiente estandarizado para las subescalas es de .87, para cansancio emocional .30, para reducido logro personal y .64 para despersonalización.

Procedimiento

El instrumento fue aplicado por el investigador a cada persona en forma individual en la institución donde trabajaba. La aplicación duró aproximadamente 15 minutos.

Resultados

En la siguiente sección, se presentarán la presencia del Burnout, el análisis del Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales y el contraste de hipótesis.

Para el análisis estadístico se utilizaron como estadígrafos de Prueba t de Pearson, y t de Student para variables continuas y chi cuadrado (X^2) para variables discretas. Para determinar las diferencias significativas, se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal Wallis ($X^2(2)$) y el valor z de U Mann Whitney para la comparación de dos muestras, con control de nivel de significación de Bonferroni.

Presencia de Burnout

La muestra con presencia del Síndrome de Burnout correspondió al 30.8% de los asistentes sociales, existiendo un mayor porcentaje de mujeres con Burnout (27.7%) que hombres (3.1%), estando asociado la presencia de Burnout con el sexo femenino ($c^2 = 33.6$, $g1 = 1.2$, $p = .05$).

Los resultados también muestran una alta cantidad de asistentes sociales hombres y mujeres en riesgo laboral producto que la proclividad alcanza el 66.2%, encontrándose las diferencias significativas entre los asistentes sociales proclives al Burnout ($z = 1.2$, $p = 0.04$) y aquellos con Burnout ($z = 3.57$, $p = .00$).

Ello confirma los resultados de Söderferdt, Söderfeldt y Warg (1995) y de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (2001) en relación a que las muestras de asistentes sociales presentan niveles proclives y altos de Burnout.

A su vez, la subescala de mayor presencia es la de agotamiento emocional (41.5%), lo que confirmaría los estudios de Ander-Egg (1998) y de Drake y Yamada (1997).

Gil-Monte y Peiró (1999) señalan que en el Servicio Social las subescalas del Burnout, se comportan en forma inversa que en otras profesiones, como la Enfermería. En otras investigaciones, Herrera y León (1999) y García, Meza y Palma (1999) con enfermeras chilenas, quienes obtuvieron como resultados, que el Burnout se presenta primero como despersonalización, luego como agotamiento emocional y por último con reducido logro personal. En cambio, en los asistentes sociales se presenta en primer lugar el agotamiento emocional, y luego, el reducido logro personal; sin embargo, la presencia de la despersonalización tiene un baja ponderación (.30) (Söderferdt, Söderfeldt & Warg, 1995; Garcés de los Fayos, 2000).

En este sentido, se confirma la propuesta de Maslach (2001), de Gil-Monte (1999) y Lee y Ashforth (1996) sobre que el Burnout se desarrolla paralelamente como un proceso que comienza con el agotamiento emocional del sujeto y con bajos sentimientos de desarrollo personal, siendo las actitudes de despersonalización una estrategia de afrontamiento desarrollada frente a la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

A su vez, Um y Harrison (1998) señalan que los asistentes sociales utilizan poco el apoyo social de sus esposos y colegas y la comunicación con sus jefes y supervisores directos. Esto implica que no usan la red de apoyo organizacional ni el trabajo en equipo que permitiría reducir los factores de desarrollo del Burnout.

Variables Sociodemográficas y Burnout

El tramo de edad con mayor presencia de Burnout es el de 26 a 35 años (44.6%). El 61.5% de los asistentes sociales tiene hijos, con un promedio de dos hijos, en edades que fluctúan entre los meses vida a los 42 años. Sin embargo, las diferencias significativas se encuentran especialmente en el tramo de 31 a 40 años ($z = 2.8$, $p = .00$).

Los asistentes sociales con un número de uno a dos hijos, en edades de 1 a 5 presentan el mayor porcentaje de proclividad al Burnout (43.07%). Las diferencias están entre los profesionales con menos de 10 años de profesión y con hijos preescolares y escolares ($z = -2.5$, $p = .00$).

Esto confirma los estudios de Söderferdt, Söderfeldt, y Warg (1995) respecto a que la presencia y número de hijos constituye un factor de riesgo en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Sin embargo, se debe consignar que un porcentaje significativo de mujeres sin hijos que igual desarrollan el Burnout.

El 69.2% tiene pareja estable, predominando las mujeres casadas y solteras. El mayor porcentaje de Burnout se encuentra en la población casada y, en segundo lugar en la población soltera. Ello confirma las investigaciones de García, Meza y Palma (1999) y León y Herrera (1999) que la pareja no es constituye un factor de protección que evite el desarrollo del Burnout.

El número de años de ejercicio profesional está asociado al puntaje total en el MBI ($X^2 = 29.59$, $gl = 2.6$, $p = .01$). Siendo los asistentes sociales con menos de 5 años de ejercicio profesional los que se encuentran más proclives al Burnout.

La mayor proclividad al Burnout se encuentra en los profesionales con menos de tres años que trabajan en instituciones tales como Centros de Tránsito y Distribución, Comunidades Terapéuticas y Casas de Acogida. Ello confirma en parte la hipótesis de la presente investigación de que existen algunas instituciones del SENAME con mayor probabilidad de afectar en el desarrollo del Burnout.

El número de años de trabajo en la institución esta asociado al puntaje total del MBI ($X^2 = 31.38$, $gl = 4.4$; $p = .05$). Las diferencias significativas se presentaron en los profesionales que trabajan de 6 a 10 años en su institución ($t = -21.14$, $p = .01$), especialmente en aquellos con más de 26 años de trabajo en su institución ($z = 1.8$, $p = .05$).

El Síndrome de Burnout tiene un inicio insidioso, se hipotetiza que aparece en el primer año de trabajo y que se desarrolla plenamente a partir del cuarto año de ejercicio laboral. Lo anterior podría explicar la alta rotación de personal y la desmotivación de los profesionales. Esto confirma, a su vez, lo señalado en diagnósticos internos efectuado por SENAME (1992, 1998).

El contrato a plazo fijo y el sistema de contrata a honorarios también está asociado a la proclividad y presencia del Burnout, lo cual se constituye en una fuente constante de presión de pérdida del empleo. Pero no sabemos si ésta rotación de personal se debería en al agotamiento físico, o la inestabilidad laboral, o a los bajos ingresos.

El grupo de asistentes sociales que se desempeñan como tratantes presentan el mayor porcentaje de Burnout. Ello está asociado a contratos a plazo fijo lo cual confirma los hallazgos de Wade, Cooley y Savicki con respecto a que la inestabilidad laboral es una variable predictiva de la aparición del Burnout

(en Garcés de los Fayos, 2001). Se puede argumentar también que el sistema contractual del SENAME de tener contratos a honorarios y a plazo fijo afecta la vida laboral del funcionario, en la medida que está sujeto no a las demandas del trabajo sino del mercado. En las entrevistas de aplicación del instrumento, el comentario más habitual es la sensación de desamparo que si efectúan un buen o mal trabajo la posibilidad de despido siempre está presente

El número de horas de atención a clientes está asociado con el puntaje total en el MBI ($X^2 = 21.78$; $gl = 4.3$; $p = .05$). Las diferencias se obtuvieron entre aquellos que atienden público de 4 a 6 horas diarias ($z = 1.8$, $p = .05$). Sin embargo, porcentualmente la mayor cantidad de asistentes sociales proclives y con Burnout atiende público de 3 a 6 horas diarias. Lo anterior está relacionado con una programación inadecuada de que asigna al profesional una cantidad de horas de atención que no compatibiliza necesariamente con su salud, esto producto básicamente por la insuficiencia de personal.

Del mismo modo la extensión de la jornada de trabajo en el mismo lugar aumenta la proclividad al Burnout, como en los casos de los centros de diagnóstico, comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación cerrados, donde los asistentes sociales permanecen más de 8 horas de trabajo. Los datos anteriores confirman los hallazgos de Söderferdt, Söderfeldt, y Warg (1995) y de Drake y Yamada (1996) sobre que la cantidad de horas de exposición al cliente y la cantidad de horas de permanencia en la institución son factores de desarrollo del síndrome de Burnout. A su vez, Gould, Cordes, Dougherty, Sandoval, Burke y Greenglass señalan que el exceso de trabajo y horas también aumentan la presencia del Burnout (en Garcés de los Fayos, 2001).

En relación a la cantidad de horas de atención, Lee y Ashforth (1996) sugieren que la interacción permanente con el asistido con sus roces y conflictos cotidianos, también es una variable predictiva del Burnout.

Se observaron también diferencias significativas entre el ingreso mensual y el puntaje total en el MBI ($t = -30.17$, $p = .01$), especialmente en el tramo de \$ 351.000 a \$ 450.000 pesos de ingreso ($z = 2.56$, $p = .01$). El tramo de \$ 301.000 a \$ 400.000 es el con mayor porcentaje de Burnout. Por su parte, porcentualmente el tramo de mayor proclividad es de \$ 351.000 a \$ 450.000. Esto confirma los hallazgos de Gil-Monte y Peiró (1997) que los ingresos insuficientes afectan principalmente en la desmotivación laboral.

Sólo dos varones de la muestra no tienen Burnout, siendo éstos mayores de 35 años, ambos casados, con dos hijos, y con más de 6 años de ejercicio de la profesión. Uno trabaja en Libertad Vigilada y el otro en un Centro de Tránsito y Distribución. Ambos son asistentes sociales tratantes con contrato fijo, con más de siete años en la institución. Siguiendo los planteamientos de Guillén y Santamaría (1999), es posible que en ellos la no presencia de Burnout se explique porque los sujetos han creado mecanismos de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-usuario y en la relación profesional-organización. Ello podría significar que hayan generado formas particulares de manejo del estrés en situaciones difíciles, aprendido de sus experiencias durante los años de trabajo.

Contraste de Hipótesis

1. Para contrastar la hipótesis *“que la(o)s profesionales casada(o)s y/o con pareja y con hijos preescolares, presentan mayores índices de Síndrome de Burnout que las soltera(o)s”* se efectuaron dos cálculos independientes. En el primer cálculo se obtuvo como resultado que no existe relación entre las variables estado civil y el puntaje total en el MBI ($X^2 = 10.3$, $gl = 3.2$; $p = .32$). En el segundo cálculo se obtuvo, que las variables edad de los hijos y el puntaje total en el MBI se encuentran asociadas ($X^2 = 19.43$, $gl = 5.3$, $p = .02$). Por lo tanto, la hipótesis se aceptó parcialmente.
2. Para el contraste de la hipótesis *“la(o)s profesionales que tienen un tiempo de dos años y más de ejercicio de la profesión presentan mayores niveles de Síndrome de Burnout”*, se obtuvo como resultado que no existe relación entre las variables número de años de ejercicio de la profesión y el puntaje total en el MBI ($r = -.041$, $p = .75$). Por lo tanto, se rechazó la hipótesis.
3. En relación a la hipótesis *“a mayor horas de exposición de atención a clientes asistidos mayor presencia del Síndrome de Burnout”*, se correlacionaron las variables número de horas que atiende a personas y puntaje total de la escala del MBI, obteniéndose como resultado que no existe relación entre las variables ($r = .201$, $p = .10$). Por lo tanto, se rechazó la hipótesis.
4. En el contraste de la hipótesis *“la(o)s asistentes sociales de los sistemas de Rehabilitación Conductual, Libertad Vigilada, Centros de Observación y Diagnóstico, y Comunidades Terapéuticas y Casas de Acogida, no presentan diferencias significativas en relación a sus niveles de Síndrome de Burnout”*, se obtuvo como resultado que las variables institución donde trabaja y puntaje total en el MBI no se encuentran asociadas ($X^2 = 22.28$, $gl = 4.4$, $p = .50$). Por lo tanto, se aceptó la hipótesis.
5. Para contrastar la hipótesis *“la(o)s asistentes sociales de los centros de Rehabilitación Conductual, Libertad Vigilada, Centros de Observación y Diagnóstico, y Comunidades Terapéuticas y Casas de Acogida, presentan niveles de medianos a altos de síndrome de Síndrome de Burnout”*, se efectuaron los cálculos estadísticos cuyo resultado es que las variables institución donde trabaja y el puntaje total en el MBI no se encuentran asociadas ($X^2 = 22.28$, $gl = 4.4$, $p = .32$). Por lo tanto, se rechazó la hipótesis.
6. En el contraste de la hipótesis *“la(o)s asistentes sociales de los sistemas de Rehabilitación Conductual, Libertad Vigilada, Centros de Observación y Diagnóstico, y Comunidades Terapéuticas y Casas de Acogida, presentan un alto grado de despersonalización”*, los resultados obtenidos indican que no existe relación entre las variables institución donde trabaja y la dimensión despersonalización de la escala del MBI ($X^2 = 11.16$, $gl = 2.4$, $p = .20$). Por lo tanto, se rechazó la hipótesis.

En síntesis, todas las hipótesis formuladas fueron rechazadas, a excepción de la hipótesis que la(o)s profesionales casada(o)s y/o con pareja presentan mayores índices de Síndrome de Burnout que la(o)s soltera(o)s, que fue aceptada parcialmente. Asimismo, no existen diferencias entre la institución donde trabaja el profesional y el puntaje total obtenido en el MBI.

Conclusión

En resumen, el perfil del asistente social con presencia del Síndrome del Burnout incluye las siguientes características: (a) son en su mayoría mujeres, pero con una presencia también significativa de hombres, (b) comprenden 26 a 35 años de edad, (c) con pareja estable o casada(o), (d) con hijos de 1 a 5 años, con uno o dos hijos, (e) con menos de 9 años de ejercicio de la profesión, (f) con menos de tres años de permanencia en la institución, (g) trabajan como asistentes sociales tratantes, (h) con contratos a plazo fijo, (i) con jornadas laborales de 40 a 48

horas, (j) con 3 a 8 horas de atención de público y (k) con ingresos de \$ 300.000 a \$ 400.000 mensuales.

Se confirmaron las investigaciones de Drake y Yamada, y de Garcés de los Fayos, sobre que las muestras de asistentes sociales presentan niveles medios y altos de Burnout, pero que porcentualmente es menor que los informados en población de enfermeras y otros profesionales de la salud.

Se verificó que la subdimensión agotamiento emocional sería más concordante con la información entregada por Ander-Egg (1998) y la Sociedad Argentina de Medicina del estrés (2000) sobre que el *descorazonamiento psíquico* que se presenta entre asistentes sociales, que se explica por el tipo de relación prolongada e estrecha que impide establecer una relación despersonalizada con los atendidos, lo que confirma, a su vez, lo informado por Söderferdt, Söderfeldt y Warg (1996).

Se hipotetiza que el Síndrome de Burnout presenta un inicio insidioso apareciendo posiblemente desde el primer año de trabajo, y se desarrollaría como síndrome ya cuando el profesional está consolidado al 4º año de su ejercicio profesional, lo cual podría explicar la rotación de profesionales y los cambios constantes de trabajo, como lo señala los diagnósticos internos efectuados por SENAME (1992, 1998). Pero no sabemos si esta rotación de personal se debe al agotamiento físico o a la inestabilidad laboral o a los bajos ingresos. No existen correlatos en la literatura que nos permitan contrastar la información obtenida en relación al tipo de contrato que presentan los profesionales y su incidencia en el Burnout. A esto se debe consignar que la falta de protección del SENAME para con sus trabajadores y la inestabilidad es una fuente constante de tensión en el desempeño laboral.

Del mismo modo, concordamos con Maslach que iniciar talleres y programas de autocuidado y protección del trabajador es más económico para la organización. Si estas no se modifican las consecuencias progresivas y encarecen más las prestaciones de servicios por ausentismo laboral y aumento de licencias médicas.

Entre las variables que deben ser incluidas en las futuras investigaciones sobre el Burnout son variables organizacionales y extraorganizacionales como ambiente laboral, inestabilidad política-económica del país, cesantía, y falta de definición de campos ocupacionales que desempeña el Servicio Social con otros profesionales como psicólogos, profesores y personal de trato directo.

Discusión

La discusión está centrada en el análisis de los datos a partir de una síntesis preliminar de los datos obtenidos, sobre la presencia, proclividad y ausencia de Burnout. Luego, se discuten el modelo teórico del Burnout y las sugerencias para futuras investigaciones.

En una síntesis preliminar, se puede argumentar que el desarrollo del Burnout, tanto para los que presentan Burnout y como para los proclives, está asociado primero por la falta de una delimitación en la relación de ayuda entre el asistente social y su asistido, y por el vínculo afectivo que establece el asistente social en dicha relación de ayuda. A este proceso, Yáñez (2002), psicoterapeuta de la Universidad de Chile, denominó vaciamiento emocional.

Una segunda variable asociada es la inestabilidad laboral y los bajos ingresos. El contrato más usual es a plazo fijo y contrata, lo que afecta la seguridad social del profesional (no tiene imposiciones previsionales ni salud) y su continuidad laboral.

Una tercera variable es la gran cantidad de horas que el asistente social permanece encerrado en la institución con los roces cotidianos que eso conlleva, además de la convivencia con el dolor y sufrimiento humano. A lo anterior, está asociado la gran cantidad de horas de atención de público que son en promedio más de 4 horas diarias.

Una cuarta variable tiene que ver con la organización SENAME, que no ha implementado programas de protección de la salud laboral de sus profesionales. Sólo existen iniciativas de protección a sus trabajadores en el Hogar de Cristo, donde se realizan talleres de autocuidado. Estas prácticas de autocuidado podrían ser masificables, dado que el costo para la institución es menor que el aumento gradual de las licencias médicas.

Una quinta variable que afecta el desarrollo del Burnout, no incluida en la presente investigación, que puede estar asociada a la presencia del Burnout, es la realización de roles múltiples. Sobre todo en profesiones femeninas como es el Servicio Social donde la mujer debe ser esposa, madre y trabaja con una sobrecarga y demanda que afecta su rendimiento laboral y su vida familiar. Se tendría que establecer en una siguiente investigación aquellas variables que inciden en la ejecución de roles múltiples de la mujer y su relación en el desarrollo del Burnout.

Una sexta variable, no incluida en la investigación, son las condiciones materiales en las cuales

trabajan los asistentes sociales. Ello se relaciona con falta de espacio en las oficinas y hacinamiento. En algunos casos, los asistentes sociales trabajan con varios profesionales de distintas disciplinas que atienden público en una misma oficina. Además, existen problemas de recursos de locomoción, por ejemplo de disponibilidad de vehículos, y de seguridad en el caso de visitas domiciliarias en sectores de alto riesgo de la Región Metropolitana.

Se infiere, por lo tanto, que en sujetos que no desarrollan el Burnout inciden estrategias de afrontamiento que han sido eficaces. En esto concordamos con Guillén y Santamaría (1999) en que la experiencia profesional, el ver el trabajo como vocación realizada y la protección que brinde la institución sobre todo en relación a la estabilidad laboral, permite que los sujetos puedan trabajar largos períodos de su vida con el dolor y sufrimiento humano sin verse afectados severamente o afectar su vida laboral.

Modelo del Burnout

Se asumen las indicaciones de Gil-Monte y Peiró (1999) y Maslach (2001) en relación a que el modelo conceptual del Síndrome de Burnout mantiene problemas de delimitación y de diferenciación con otros conceptos, tales como: tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, neurosis existencial y desencanto.

Garcés de los Fayos (2000) y Gil Monte y Peiró (1997, 1999) señalan que el Burnout es esencialmente un constructo social que se desarrolla a partir de las relaciones laborales y organizacionales, en cambio, la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que repercute en estas relaciones. A través de la entrevista de aplicación del instrumento, se concluyó que los asistentes sociales que solicitan licencias médicas están siendo atendidos especialmente por médicos generales y psiquiatras por depresión, sin haber una diferenciación en el diagnóstico con el estrés laboral por parte del médico tratante. Sin embargo, debido a dificultades organizacionales no pudimos tener acceso a los registros de las licencias médicas para verificar la cantidad de profesionales que se encuentran en dicha situación.

En relación a la diferenciación con ansiedad, los profesionales manifiestan desasosiego y malestar, lo que puede ser una respuesta tanto al estrés como a la inseguridad laboral. Para Garcés de los Fayos (2000) la ansiedad puede incorporarse dentro de la sintomatología del Burnout.

Propuestas Metodológicas y de Investigación del Burnout

En referencia a los tipos de estudios sobre el Burnout, se sugieren estudios comparativos y explicativos entre profesionales que presenten y que no presenten Burnout que permita determinar las variables que inciden en la formación del Síndrome del Burnout.

Como señala Seisdedos (1997), se deben efectuar estudios longitudinales para verificar el desarrollo del síndrome en los primeros dos años de permanencia en su institución de trabajo del asistente social y otros profesionales, que permita sugerir explicaciones de la forma como se desarrolla el Burnout.

Se sugiere continuar con investigaciones que permitan incorporar otras variables al análisis, por ejemplo, que permitan explicar por qué la población de asistentes sociales, a pesar del agotamiento emocional, sigue trabajando y exponiendo su salud física y emocional. Se sugiere la incorporación de instrumentos que midan tedio, insatisfacción laboral, y la capacidad de afrontamiento hacia el estrés.

Garcés de los Fayos (2000) señala que se deben incluir variables que midan elementos institucionales y extra-institucionales, tales como: infraestructura, clima organizacional, y condiciones materiales de trabajo.

Por último, incluir las variables informadas por la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (2000) sobre estresores presentes en el país, como: inestabilidad política, seguridad ciudadana, crisis económica. Junto a ello, Carlotto y Gobbi (2002) señalan que debe incluirse como criterio, la cesantía prolongada o causada por la inestabilidad laboral.

Propuestas de Aplicación Teórico-Práctica

Dentro de las aplicaciones teórico-prácticas de esta tesis, se proponen medidas institucionales de protección a la población de asistentes sociales frente al estrés crónico, tales como talleres de autocuidado que permitan proteger a los trabajadores y prevenir institucionalmente los altos niveles de licencias médicas, ausentismo y con rotación de personal.

Otras medidas están explicadas en Garcés de los Fayos, Maslach (2000) y Gil Monte y Peiró (1997), como son la inoculación al estrés, atención individual, apoyo social en el trabajo y determinación de roles.

Aunque se están aplicando las primeras medidas institucionales a partir de la iniciativa de algunas instituciones como del Hogar de Cristo, esto es insuficiente. Hipotetizamos que la gran mayoría de las organizaciones ligadas a SENAME desarrollan formas de estrés crónico que no están siendo abordadas, debido a la falta de conocimiento sobre el tema y de iniciativa institucional.

También, se deben asumir intervenciones a nivel nacional, de modo tal de crear una política institucional de autocuidado y protección al trabajador por parte del SENAME. Como señala Maslach (2001) las medidas individuales y organizacionales podrían ser insuficientes para abordar el problema del estrés laboral. Las medidas institucionales a nivel nacional estarían de este modo orientadas en incentivar el autocuidado, rotar el personal sobre todo de trato directo, mejorar en la medida de lo posible los espacios en donde el asistente social atiende clientes, vacaciones de invierno, y un manual de especificación de cargos, sobre todo para hacer una clara diferencia con las acciones de otros profesionales como psicólogos, profesores y personal de trato directo.

Referencias

- Ander-Egg, E. (1987). *¿Qué es el trabajo social?* Buenos Aires: Humanitas.
- Ander-Egg, E. (1997). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI.
- Barría, J., Bunster, E., Rodríguez, H. & Ruiz, P. (1999). *Instituciones de Rehabilitación Conductual de la red SENAME: El acto delictivo en jóvenes infractores de ley*. Investigación cualitativa realizada para el curso de Metodología de la Investigación Cualitativa del Programa de Magister en Psicología Social. Pontificia Universidad Católica. Documento no publicado.
- Caballero, L. & Millan, J. (1999). La aparición del Síndrome del Burnout o de estar quemado. *Butlletí bimestral de comunicació interna. Secretaria General d'administració i funció Pública*, 2, Abril. [En Red] Disponible en: <http://www.teseo.es>
- Camacho, J. (2001). *Estadística con SPSS versión 9 para Windows*. Tenerife: Alfaomega.
- Carlotto, M., & Gobbi, M. (2002). Desempleo y Síndrome de Burnout. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(1), 131-139.
- De Diego, N., Durán M., Ruiz, M. & Enríquez, F. (1998). El estrés asistencial (Burnout) en los funcionarios de prisiones. *Revista de la Universidad Pontificia de Salamanca España*, 26, 115-147.
- Drake, B. & Yadama, G. (1995). Confirmatory factor analysis of the Maslach Inventory. *Review of the National Association of Social Workers*, 19(3), 184-192.
- Drake, B. & Yadama, G. (1996). A structural equation model of Burnout and job exit among child protective services workers. *Review of the National Association of Social Workers*, 20(3), 179-187.
- Ferrando, J. & Pérez, J. (1996) Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: Adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Universidad de Barcelona*, 23, 11-16.
- Ferrano, D. (1984). *"RN" survival sourcebook: Coping with stress*. Washington, DC: Economics Company.
- Garcés de los Fayos, E. (2000). *Tesis sobre el Burnout*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona.
- García, M., Meza, P. & Palma, M. (1999). *Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr Alejandro del Río*. Tesis presentada a la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para optar al grado de Licenciatura en Enfermería y al Título de Enfermera Matrona, Santiago, Chile.
- Gil Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabajo. *Anales de la Psicología*, 15(2), 261-268.
- Gil-Monte, P. (2000). Síndrome de Quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas, explicación y recomendaciones para su intervención. Documento elaborado para la OMS. *Revista Electrónica de Psicología científica*. [En Red]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com>
- Golin, M., Bricklin, M. & Diamond, D. (1995). Evite el Síndrome de Burnout: Secret of executive success. *Revista Nursing* 95(51), 51-52.
- Golembiewski, R. (1999). Next stage of Burnout research and applications. *Psychological Reports*, 84, 443-446.
- Guerra, F. (1989). Sistemas Asistenciales de acuerdo con la normativa del Servicio Nacional de Menores. *Problemáticas del menor en situación irregular: Primer encuentro Nacional*. Valparaíso: Carroza.
- Guillén, J. & Santamaría, E. (1999). Evaluación del nivel de Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. *Revista Española Sanip Penit*, 1, 68-72.
- Hernández, R., Fernández, G. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Herrera, F. & León, J. (1999). *Estrategias de prevención del Burnout en enfermeras*. Tesis de grado para optar al grado de licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimension of job Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 2, 123-133.
- Ley de Menores (1996). *Ley 16.618", incluye reglamento de la Ley de menores, reglamento del Servicio Nacional de Menores N° 365 y Decreto Fuerza de Ley 1385*. Santiago: Publibley.
- Manassero, M., Fornés, J., Fernández, M., Vázquez, A. & Ferrer, V. (1995). Burnout en la enseñanza: Análisis de su influencia y determinantes. *Revista de Educación Española*, 308, 241-266.
- Martin, M., Viñas, J., Pérez, J., Luque, M. & Soler, P. (1997). Burnout en personal de enfermería. *Revista Psiquiátrica de la Facultad de Medicina*, 24(5), 113-118.
- Maslach, C. & Jackson (1997). *Manual MBI, Inventario "Burnout" de Maslach*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Maslach, C. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*. [En Red]. Disponible en <http://www.findarticles.com>

- Maslach, C., Schaufeli, W. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent development in theory and research*. New York: Taylor & Francis.
- McConnell, E. (1982). *Burnout in the nursing profession: Coping strategies, causes and cost*. St. Louis: Mosby Company.
- Powel, W. (1994). The relationship between feeling of alieation and burnout in social work. *The Journal of Contemporary Human Services, Families in Society*, 75(4), 229-235.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- San Martín, R. & Pardo, A. (1989). Análisis de la regresión lineal y de la correlación simple. *Psicoestadística: Contrastes paramétricos y no paramétricos*. Madrid: Pirámide.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: Tea Ediciones.
- SENAME (1992). *Revista Técnica del Servicio Nacional de Menores*, 1(1).
- SENAME (1998). El impacto de los programas de atención SENAME a mayores de doce años. *El Observador*, 7, 36-42.
- Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (2001, 2-6 Octubre). *Una aproximación al Burnout: Estudio comparativo del caso particular de los asistentes sociales del poder judicial de la provincia de Buenos Aires, con asiento en las ciudades de Mar del Plata y Bahía Blanca*. Presentación al Primer Congreso Argentino de Medicina del Estrés, 2-6 Octubre, Buenos Aires.
- Sörderferdt, M., Söderfeldt, B. & Warg, L. (1995). Burnout in Social Work. *National Association of Social Workers Review*, 40, 638-646.
- The Nursing Spectrum (1994). Una fórmula contra el Síndrome de Burnout. *Revista Nursing*, 51, 57-73.
- Um, M. & Harrison, D. (1998). Role stressors, Burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Review of the National Association of Social Workers*, 100-115.
- Visauta, V. (1998). *Análisis estadístico con SPSS para Windows: Estadística Multivariante*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Yañez, J. (2002). *El Síndrome de Burnout en Psicoterapeutas*. III Encuentro Psicoterapéutico del Comité de Psicoterapia de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurociencia, Reñaca, Chile.