

Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en profesionales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes.

*Arbinaga, Félix; **Vázquez, María del Mar

*Psicólogo. Universidad Nacional de Educación a Distancia (C.A. Huelva).

**Trabajadora Social. Centro Provincial de Drogodependencias. (Huelva).

Resumen

El trabajo presenta una aproximación a las características con las que se manifiesta el Síndrome de Burnout, medido con el M.B.I. de Maslach y Jackson, y las estrategias de afrontamiento, medidas con el WOC-RR de Folkman y Lazarus, en los profesionales que realizan su trabajo en los Centros Públicos Ambulatorios de Drogodependencias de la Provincia de Huelva. Los datos nos muestran que el 55,3% de la muestra presenta niveles medios o altos de Cansancio Emocional, el 44,7% estaría en iguales niveles de Despersonalización y el 79% mostraría una media o alta puntuación en Realización Personal en el Trabajo. Las estrategias que son más utilizadas por los profesionales son las de control, como centradas en las emociones, y las de planificación, como aquellas referidas al problema. Las puntuaciones en las tres dimensiones del Burnout no reflejan diferencias significativas referidas al sexo ni al nivel académico de los sujetos de la muestra; sin embargo, sí se muestra alguna diferencia referida al nivel académico en las estrategias de afrontamiento, donde los diplomados parecen hacer un menor uso de las estrategias de control.

Palabras Clave

Burnout, estrategias de afrontamiento, drogodependencias, Centros Ambulatorios.

Summary

The paper shows an approach to the characteristics which the Burnout Syndrome, measured according to the M.B.I. of Maslach and Jackson, and the coping with it, measured according to the WOC-RR of Folkman and Lazarus, can show in the professionals who carry out their work in the Public Outpatient Centres for Drug Addicts in the Province of Huelva (Spain). The data shows us that 55.3% of the sample show medium to high levels of Emotional Tiredness, 44.7% would have the same levels of Depersonalisation and 79% would show a medium to high mark in their Personal Fulfilment in their Work. The strategies which are most used by professionals are those of control, as if they were centred on the emotions, and those of planification, like those referring to the

Correspondencia a:

Arbinaga, Félix. C/ José Fariña 56- 3º c Huelva 21006. arbinaga@wanadoo.es



problem. The scores in the three dimensions of Burnout do not reflect significant differences with reference to the sex or academic level of the sample subjects; however, some difference is shown with reference to academic level in how the situation is coped with, where lesser qualified people seem to use the control strategies less.

Key Words

Burnout, Coping, Drug Addictions, Outpatient Centres

Résumé

Le travail présente un rapprochement aux caractéristiques avec lesquelles se manifeste le S'ndrome de Burnout, mesuré avec le M.B.I. de Maslach et Jackson et les stratégies d'affrontement, mesurés avec le WOC-RR de Folkman y Lazarus dans les professionnels qui font leur travail dans les Centres Publics Ambulatoires de Drogodépendance de la province de Huelva (Espagne). Les données nous montrent que le 55,3 % de l'échantillon présente des niveaux moyens ou hauts de fatigue émotionnelle, le 44,7 % est à l'égaux niveaux de dépersonnalisation et le 79 % montrerait une ponctuation moyenne ou haute en réalisation pesonnelle dans le travail. Les stratégies qu'ils sont utilisés par les profesionnels sont celles de contrôle, les centrées des émotions, et celles- là relatives au problème. Les ponctuations dans les trois dimensions de Burnout ne reflètent pas de différences significatives relatives au sexe ni au niveau académique des sujets de l'échantillon mais si on montre une certaine différence relative auniveau académique dans les stratégies d'affrontement où les diplômés paraissent faire un plus petit usage des stratégies de contrôle.

Most clé

Burnout, stratégies d'affrontement, drogodépendance, centres ambulatoires.

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral cobra cada día mayor importancia por las consecuencias sociosanitarias y económicas que se derivan del mismo. En su aparición y desarrollo juegan un papel importante muy diversos factores que pueden interactuar entre sí como desencadenantes y que podríamos reunir en tres grandes grupos: los factores relacionados con el trabajo, los factores externos o

no relacionados con el trabajo y las características individuales o de personalidad (Ramos, 1999).

La presencia de estos factores, especialmente cuando lo hacen de manera continuada, puede llegar a producir en el sujeto expuesto, en un período de tiempo más o menos variable, el llamado «*Síndrome de Burnout*» (síndrome de estar quemado, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome de estrés laboral asistencial etc). Cuando se llega a tal



situación se reconoce que la presión, real o percibida, que el contexto ejerce sobre el sujeto ha sobrepasado a éste y su capacidad de adaptación puede verse mermada de forma considerable.

Las consecuencias del síndrome de Burnout se reflejan tanto en el sujeto como en la organización donde realiza su actividad profesional. Así, el resultado de las manifestaciones en el sujeto pueden traducirse en una afectación de la salud física y psíquica, alteraciones psicosomáticas (v.g alteraciones cardiorespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio etc..) y psicopatológicas (ansiedad, depresión, consumo de drogas etc..). Por su parte, la organización se verá resentida al presentar los miembros que la componen un menor rendimiento laboral, un mayor deterioro en la calidad asistencial, un aumento del absentismo laboral etc.

Existe un cierto consenso a la hora de considerar el Síndrome de Burnout como un constructo multidimensional estructurado en tres dimensiones principales: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. El cansancio emocional se caracteriza por una pérdida progresiva de energía, por el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc. La despersonalización se manifiesta como irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas. Por último, la realización personal en el trabajo, o la falta de ella, se caracteriza por respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. A la hora de considerar la evolución que presenta el síndrome se describen diversas fases (Cherniss, 1980, Leiter, 1989); siendo uno de los modelos procesuales propuestos el que considera que el individuo atraviesa una fase inicial o de entusiasmo, una fase de estancamiento, una fase de frustración, una fase de

hiperactividad y de apatía y una fase de estar quemado (Bronsberg y Vestlund, 1997).

Ya hemos mencionado que la presión de los factores ambientales puede ser real o bien que el sujeto la percibe como desproporcionada para sus habilidades; sea como fuere no cabe duda que las actuaciones del sujeto en el manejo de dichos factores resulta de máxima importancia para resolver o reducir su impacto. En este contexto, conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos es básico y fundamental; ya que las medidas de intervención han de dirigirse, en buena parte, al establecimiento de estrategias que permitan minimizar el impacto producto de la presión ambiental.

Por estrategias de afrontamiento (*coping*) puede entenderse el proceso por el que la persona intenta manejar las discrepancias entre las demandas que percibe en la situación y los recursos de los que dispone o cree disponer y que en última instancia le llevan a valorar la situación como estresante (Pérez-García, 1999). Se han realizado diversas propuestas para analizar y organizar las estrategias de afrontamiento utilizadas (Cohen y Lazarus, 1979; Folkman y Lazarus, 1988; Peacock, Wong y Reker, 1993; Endler y Parker, 1990). El modelo planteado por Folkman y Lazarus (1988) se basa en organizar las estrategias en dos grandes grupos: aquellas que se centran sobre el problema y las centradas en las emociones del individuo y que se derivan de la situación. Las estrategias centradas en el problema se dirigen a solucionar el problema directamente o buscar recursos encaminados a ello; suelen utilizarse cuando el sujeto cree que la situación es modificable. Por su parte, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se dirigen a controlar la respuesta emocional ante la situa-



ción y tienden a utilizarse cuando el sujeto considera que la situación tiende a ser estable y no modificable.

En este marco que hemos ido perfilando, las últimas décadas se han caracterizado en nuestro país por una importante labor de investigación para determinar la presencia y la intensidad con la que se manifiesta el síndrome de Burnout en muy diversos grupos profesionales, que mantienen una relación directa con usuarios de los servicios que prestan. Los estudios se han centrado principalmente en profesionales sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria, (García, 1991; Espinoza, Zamora y Ordóñez, 1994; Atance, 1997; Martín, López, Fuentes, García, Ortega, Cortés y García, 2000; Prieto, Robles, Salazar y Daniel, 2002), profesionales docentes (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández, 1994; Guerrero, 1998), funcionarios de prisiones (De Diego, Duran y Rius, 1997; Guillén y Santamaría, 1999) etc.

Si bien son cada día más los trabajos que se llevan a cabo en estos grupos profesionales nos llama la atención la falta de datos en un contexto, como el de las adicciones, donde existe un amplio reconocimiento del impacto que las mismas características de la patología tienen sobre los trabajadores del sector (Trujols, Tejero y Casas, 1996). Tal es así, que se han llegado a plantear diversas estrategias para los profesionales con la finalidad de minimizar la afectación en los mismos de aspectos tan concretos como las recaídas, las continuas demandas de los usuarios y sus familias, las negaciones por parte del adicto, la falta de medios etc.

En este contexto, nuestra pretensión con este informe es realizar un primer acercamiento al conocimiento de las características con las que se presenta el síndrome de Burnout, y la intensidad con la que lo hace, en los profesionales de los centros ambula-

torios de atención a los drogodependientes en la provincia de Huelva. Así mismo, y por otra parte, pretendemos perfilar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los trabajadores a la hora de abordar su actividad diaria.

METODOLOGÍA

MUESTRA

Se solicitó la colaboración a todo el personal profesional de la Red Pública del Servicio Provincial de Drogodependencias (Diputación Provincial de Huelva) en centros ambulatorios de la provincia de Huelva; que representan 41 personas. La muestra se compuso de 38 cuestionarios cumplimentados, representando el 92,7% del personal. El 34,2% eran varones y el 65,8% mujeres; siendo la edad medía de 37,9 años.

La red asistencial se organiza en 2 equipos ubicados en la capital y 5 comarcales en la provincia. El 47,4% realiza sus labores en el Centro Provincial de Drogodependencias de la capital (C.P.D) y el 52,6% en los Centros Comarcales de Drogodependencias (C.C.D.) ubicados en la provincia.

La distribución de la muestra por grupos profesionales se formaba por Médicos en el 21,1% de los casos, el 18,4% eran Psicólogos, el 23,7% Trabajadores Sociales, el 5,3% Diplomados Universitarios Enfermería (D.U.E) y en el 31,6% estaba formada por Administrativos y otros profesionales (para ampliar información sobre la muestra ver Tabla 1).

INSTRUMENTOS

La recogida de información se realizó sobre la base de una hoja de respuestas orga-



nizada en tres bloques: el primero de ellos organizaba la información sobre aspectos socio-profesionales, el segundo en torno al *Inventory-General Survey (M.B.I)* (Maslach y Jackson 1981, 1986) y el tercero sobre la versión abreviada de *Ways of Coping Revised (WOC-RR)* (Folkman y Lazarus, 1988) en su versión adaptada por Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García (1990) que evalúa diversas estrategias de afrontamiento.

Los datos socio-profesionales hacían referencia a variables personales (sexo, edad), sociales (estado civil) y laborales (centro de trabajo, situación laboral, profesión, experiencia laboral y experiencia laboral en el servicio de drogodependencias).

El *Cuestionario de Burnout (M.B.I)* es un instrumento de 22 ítems que evalúan tres dimensiones: cansancio emocional (C.E) despersonalización (D.P) y realización personal en el trabajo (R.P). Las respuestas pueden variar en una escala Likert desde 0 (Nunca) hasta 6 (Todos los días). Los valores psicométricos han mostrado una alta fiabilidad y validez para cada uno de los factores en diversos grupos poblacionales (Manzano y Ramos, 1999; Moreno y Oliver, 1993; Valero, 1997). Como forma de categorizar los datos en los tres factores hemos seguido la propuesta realizada por De las Cuevas (1994) y Luecken y Edward (1997), donde el factor cansancio emocional quedaría como alto con puntuaciones iguales o superiores a los 27 puntos, valores intermedios entre 19 y 26 y bajo cansancio emocional serían con puntuaciones menores a 19. El factor despersonalización se mostraría como alto con valores iguales o superiores a 10, intermedio con valores entre 6 y 9 y como baja despersonalización serían aquellos sujetos con puntuaciones inferiores a 6. Por último, la realización

en el trabajo, que puntúa de forma inversa a los anteriores factores, se mostraría como alta realización con puntuaciones iguales o superiores a los 40, intermedia con valores entre los 34 y los 39 puntos y como baja realización con valores iguales o inferiores a los 33 puntos.

Con el *Cuestionario WOC-RR* se miden siete estrategias de afrontamiento de las cuales 3 se centran en el problema (confrontación, búsqueda de apoyo social y planificación) y 4 en la emoción (distanciamiento, control, escape/evitación y reevaluación positiva). Las respuestas se presentan en una escala Likert pudiendo variar desde 0 (No, en absoluto) hasta 3 (Totalmente). Presenta buenos valores psicométricos que pueden consultarse en Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García (1990).

El procesamiento estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS - 6.0 y las pruebas utilizadas se han basado principalmente en la comparación de medias (prueba t), análisis de varianza (OneWay ANOVA), correlación de Pearson y la estadística descriptiva básica habitual.

RESULTADOS

Junto a los datos que ya hemos mencionado anteriormente, de la muestra destacamos que el 76,3% tiene una experiencia laboral superior a los 7 años y el 71% lleva más de 4 años trabajando en el servicio de drogodependencias (ver Tabla 1). La situación laboral que mantienen los trabajadores es para el 13,2% mediante contrato temporal, el 31,6% tienen una situación de interinidad y para el 55,3% es personal fijo (funcionario o laboral fijo).



Tabla 1.- Principales características sociodemográficas de la muestra

| | Total | Hombres | Mujeres |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| N (%) | 38 | 13 (34,2) | 25 (65,8) |
| Edad (Md \pm Ds) | 37,9 \pm 6,67 | 40,1 \pm 5,66 | 36,8 \pm 6,92 |
| I.C 95% | 35,75 – 40,14 | 36,65 – 43,50 | 33,95 – 39,73 |
| E.Civil. (%) | | | |
| Casada. | 57,9 | 69,2 | 52,0 |
| Soltera. | 26,3 | 23,1 | 28,0 |
| Sep/Divorciada. | 13,2 | 7,7 | 16,0 |
| Viuda. | 2,6 | — | 4,0 |
| Profesión. (%) | | | |
| Médicos | 21,1 | 30,8 | 16,0 |
| Psicólogos | 18,4 | 23,1 | 16,0 |
| T. Social | 23,7 | — | 36,0 |
| D.U.E | 5,3 | — | 8,0 |
| Administrativos y Otros | 31,6 | 46,2 | 24,0 |
| Experiencia Laboral (%) | | | |
| < 1 año | 2,6 | — | 4,0 |
| de 1 a 3 años | 7,9 | 15,4 | 4,0 |
| de 4 a 6 años | 13,2 | 15,4 | 12,0 |
| de 7 a 10 años | 31,6 | 23,1 | 36,0 |
| de 11 a 15 años | 15,8 | 7,7 | 20,0 |
| > de 15 años | 28,9 | 38,5 | 24,0 |
| Experiencia Laboral Servicio (%) | | | |
| < de 1 año | 7,9 | 7,7 | 8,0 |
| de 1 a 3 años | 21,1 | 23,1 | 20,0 |
| de 4 a 6 años | 13,2 | — | 20,0 |
| de 7 a 10 años | 28,9 | 30,8 | 28,0 |
| > de 10 años | 28,9 | 38,5 | 24,0 |

Según hemos referido anteriormente, agrupando las respuestas en las tres subescalas (Tabla 2) veríamos que algo más de la mitad de la muestra presentaría un Cansancio Emocional medio o alto (55,3%), igual porcentaje

mantendría una baja Despersonalización y, por último, en cuanto a la Realización Personal en el Trabajo vemos que se da en los grupos medio o alto para la gran mayoría de los profesionales (79%).



Si se analizan las estrategias utilizadas según el nivel mostrado en cada una de las subescalas sólo se observan diferencias en la búsqueda de apoyo social y dentro del cansancio emocional, donde los sujetos con va-

lores medios mostrarían una mayor utilización de esta estrategia frente a los sujetos que muestran puntuaciones altas en la misma subescala ($F= 1,9156$ $p= 0,0685$) y no así con los que lo hacen en el grupo de bajo cansancio emocional.

Tabla 2.- Distribución de los resultados en las subescalas del M.B.I

| | % | C. Emocional | Despersonalización | R. Personal T. |
|-------|---|--------------|--------------------|----------------|
| Bajo | | 44,7 | 55,3 | 21,1 |
| Medio | | 23,7 | 28,9 | 39,5 |
| Alto | | 31,6 | 15,8 | 39,5 |

Tabla 3.- Valores de los factores en el M.B.I. y del WOCC-R según el sexo de la muestra.

| | Total | Hombres | Mujeres |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| N (%) | 38 | 13 (34,2) | 25 (65,8) |
| C.E (Md ± Ds). I.C. 95%. | 23 ± 10,9 19,38 – 26,61 | 22,6 ± 14,0 14,15 – 31,08 | 23,2 ± 9,38 19,33 – 27,07 |
| D.P (Md ± Ds). I.C. 95%. | 5,9 ± 5,8 3,98 – 7,81 | 7,4 ± 7,9 2,60 – 12,17 | 5,1 ± 4,39 3,31 – 6,93 |
| R.P. (Md ± Ds). I.C. 95%. | 37,97 ± 6,8 35,74 – 40,21 | 37,6 ± 8,1 32,75 – 42,48 | 38,2 ± 6,22 35,59 – 40,73 |
| Confrontación(Md ± Ds). I.C. 95%. | 4,8 ± 1,3 4,35 – 5,23 | 4,8 ± 1,06 4,20 – 5,49 | 4,8 ± 1,48 4,15 – 5,37 |
| Distanciamiento(Md ± Ds). I.C. 95%. | 3,5 ± 1,7 2,96 – 4,09 | 3,7 ± 1,37 2,86 – 4,53 | 3,4 ± 1,92 2,65 – 4,23 |
| Control(Md ± Ds). I.C. 95%. | 7,3 ± 1,9 6,73 – 7,95 | 7,9 ± 1,60 6,98 – 8,86 | 7,1 ± 1,95 6,24 – 7,84 |
| Busq. Apoyo Social(Md ± Ds). I.C. 95%. | 6,0 ± 1,6 5,46 – 6,54 | 5,8 ± 2,08 4,51 – 7,03 | 6,1 ± 1,36 5,56 – 6,68 |
| Escape/evitación(Md ± Ds). I.C. 95%. | 4,6 ± 2,1 3,92 – 5,29 | 4,2 ± 1,69 3,21 – 5,25 | 4,8 ± 2,27 3,86 – 5,74 |
| Planificación(Md ± Ds). I.C. 95%. | 3,7 ± 1,2 3,26 – 4,06 | 3,8 ± 1,41 2,99 – 4,69 | 3,6 ± 1,12 3,09 – 4,02 |
| Reevaluación Positiva(Md ± Ds). I.C. 95%. | 6,3 ± 1,5 5,86 – 6,82 | 6,1 ± 1,89 4,93 – 7,22 | 6,5 ± 1,19 5,99 – 6,97 |



Las puntuaciones en las tres dimensiones del M.B.I. las podemos observar en la Tabla 3 donde dejamos constancia de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los sexos de los participantes. Por su parte, se puede observar que las estrategias planteadas por los hombres y las mujeres tienden a ser similares en igual grado de utilización, destacándose sobre las demás las centradas en la emoción que se han denominado de control y de reevaluación positiva, seguida de una estrategia centrada en el problema como es la búsqueda de apoyo social.

Cuando agrupamos las diversas profesiones en sólo tres grupos (licenciados, diplomados y otros) nos volvemos a encontrar una ausencia de diferencias entre los agrupamientos con respecto a las escalas de Burnout. Sin embargo; sí podemos observar que los licenciados tienden a mostrar una mayor des-

personalización y una menor realización personal en el trabajo, siendo el grupo de otros el que mostraría un mayor cansancio emocional y el grupo de diplomados una mayor realización personal en el trabajo (Tabla 4).

En cuanto a las estrategias utilizadas por los tres grupos se vuelve a observar la ausencia de diferencias, salvo la marcada por los diplomados al puntuar menos en la utilización de mecanismos de control, donde son los licenciados los que más uso hacen de ella ($F= 3,4684$ $p<0,05$).

Analizando los aspectos diferenciales entre las puntuaciones de los profesionales que trabajan en la ciudad frente a los que lo hacen en los centros comarcales vemos que es en la subescala de cansancio emocional donde se marcan diferencias relevantes en las puntuaciones medias obtenidas (C.P.D. 8=

Tabla 4.- Valor de los factores en del M.B.I. y del WOCC-R. según nivel académico.

| | Licenciados | Diplomados | Otros |
|-------------------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| N (%) | 15 (39,5) | 11 (29,0) | 12 (31,6) |
| C.E (Md \pm Ds). | 23,2 \pm 12,07 | 20,6 \pm 8,83 | 25,0 \pm 11,82 |
| D.P (Md \pm Ds). | 7,5 \pm 7,24 | 4,8 \pm 4,64 | 4,9 \pm 4,74 |
| R.P. (Md \pm Ds). | 35,9 \pm 5,95 | 40,0 \pm 7,52 | 38,7 \pm 6,98 |
| Confrontación(Md \pm Ds). | 4,9 \pm 1,33 | 4,9 \pm 1,38 | 4,5 \pm 1,38 |
| Distanciamiento(Md \pm Ds). | 3,8 \pm 1,21 | 3,1 \pm 2,66 | 3,6 \pm 1,24 |
| Control(Md \pm Ds). | 7,9 \pm 1,59 | 6,2 \pm 1,99 | 7,8 \pm 1,66 |
| Busq. Apoyo Social(Md \pm Ds). | 5,9 \pm 1,88 | 6,1 \pm 1,45 | 6,1 \pm 1,56 |
| Escape/evitación(Md \pm Ds). | 4,7 \pm 2,52 | 4,8 \pm 2,32 | 4,3 \pm 1,22 |
| Planificación(Md \pm Ds). | 3,5 \pm 1,06 | 3,4 \pm 1,12 | 4,1 \pm 1,44 |
| Reevaluación Positiva(Md \pm Ds). | 6,2 \pm 1,57 | 6,3 \pm 1,27 | 6,6 \pm 1,56 |



28,67 D.S. = 12,22 y C.C.D 8= 17,9 D.S. = 17,9; $t = 3,32$ $p = 0,003$). En cuanto a las estrategias de afrontamiento también se observan diferencias en la utilización de medidas de planificación, como estrategia centrada en el problema, que es más usada entre los profesionales que realizan su labor en los centros comarcales ($t = 4,11$ $p = 0,000$).

Cuando comparamos los resultados según la situación laboral que presentan los sujetos (fijo, interino, temporal) sólo se indican diferencias en la subescala de realización profesional, siendo los sujetos con contratos temporales los que muestran una mayor puntuación ($F = 4,0925$ $p = 0,0253$); es decir, se muestran más realizados profesionalmente que los sujetos con contratos fijos o interinos, donde no se dan diferencias entre los datos reflejados en las respuestas.

Los años de experiencia laboral no nos marcan diferencias en las puntuaciones de las subescalas tanto del MBI como en las del WOCC-RR entre los grupos existentes, aunque mantiene una correlación con el cansancio emocional a un nivel de significación interesante ($r = 0,302$ $p = 0,067$).

No ocurre igual con las puntuaciones obtenidas en la realización personal en el trabajo según la experiencia en el servicio, donde los sujetos agrupados en la categoría de «menos de 1 año» y aquellos que llevan trabajando «de 1 a 3 años» muestran puntuaciones superiores de forma significativa, aunque no en la probabilidad tradicional, que el resto de los grupos ($F = 2,2774$ $p = 0,0819$).

Por su parte, en la utilización de las estrategias de afrontamiento es el grupo que lleva trabajando en el servicio «de 1 a 3 años» el que mayor uso hace de estrategias de control ($F = 3,3644$ $p = 0,0205$) y de planificación ($F = 2,1476$ $p = 0,0969$), aunque en ésta última la probabilidad indicada es algo más alta que las consideradas habitualmente.

Por último, la Tabla 5 nos muestra los coeficientes de correlación y su nivel de significación entre las dimensiones del M.B.I y las estrategias utilizadas. De ella indicamos que a mayor cansancio emocional menor es la búsqueda

Tabla 5.- Coeficiente de correlación Pearson y significación entre factores del M.B.I. y WOCC-R

| | C.E | D.P | R.P |
|------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| Confrontación | -0,174 | 0,118 | -0,176 |
| Distanciamiento | -0,039 | 0,169 | 0,125 |
| Control | -0,089 | 0,134 | 0,153 |
| Busq. Apoyo Social p = | -0,347 0,033 | -0,479 0,002 | 0,318 0,052 |
| Escape/evitación | 0,175 | 0,159 | 0,005 |
| Planificación p = | -0,370 0,022 | -0,116 | 0,113 |
| Reevaluación Positiva p = | -0,389 0,016 | -0,225 | 0,266 |



queda de apoyo social, la planificación y la reevaluación positiva. Dicha relación se observa también entre la dimensión de despersonalización y la búsqueda de apoyo social. Sin embargo, cuando existe una buena realización personal en el trabajo se tiende a puntuar más en la búsqueda de apoyo social.

CONCLUSIONES.

Hemos pretendido con nuestro informe realizar un primer acercamiento a las manifestaciones que el síndrome de Burnout tiene entre los trabajadores que realizan su actividad profesional en los centros públicos ambulatorios de asistencia a drogodependientes en la provincia de Huelva.

Los datos que hemos mostrado nos permiten determinar que si bien buena parte de los trabajadores presenta unos importantes niveles de cansancio emocional, también se nos indica que se encuentran satisfechos profesionalmente. Estos datos son muy superiores a los encontrados por Atance (1997) entre médicos de atención primaria y atención especializada, si bien éste autor indicaba una mayor despersonalización entre estos especialistas. Sin embargo, nuestros datos son muy similares a los indicados por Cebría, Segura, Corbella, Sos, Comas, García, Rodríguez, Pardo, Pérez (2001) entre médicos de atención primaria.

Si comparamos nuestros resultados con otros grupos profesionales veríamos que frente a profesionales que realizan su actividad laboral en prisiones (Guillen y Santamaría, 1999) nuestra muestra sigue presentando un mayor cansancio emocional y una mayor realización personal en el trabajo; sin embargo son mucho menor los valores obtenidos en despersonalización. En el caso de comparar

nuestros datos con el personal docente (Guerrero, 1998) veríamos que éstos presentan menores puntuaciones en todas las dimensiones del M.B.I. Por tanto, si bien reflejarían un menor cansancio emocional y una menor despersonalización también indicarían una menor realización personal en el trabajo. Como vemos, los profesionales de nuestra muestra reflejan una menor irritabilidad, un trato más personalizado etc frente a los usuarios si son comparados con los que trabajan en prisiones, si bien son los licenciados los que peor lo manifiestan aunque también son el grupo que mayor uso hace de las estrategias de control. Podríamos decir que a pesar de la fatiga, el agotamiento, el desgaste etc.. el trato con los pacientes tiende a mantenerse controlado.

La presión asistencial que reciben los profesionales de los centros situados en la capital es quizás una buena hipótesis para explicar el mayor cansancio emocional mostrado por los mismos frente a los que realizan su labor en los centros comarcales; lo cual a su vez, les permitiría, a estos últimos, desarrollar e implantar estrategias de planificación como forma de resolver los problemas. Este cansancio emocional parece que tiende a producir en los profesionales una menor búsqueda de apoyo social, una disminución en las estrategias de planificación y una menor reevaluación positiva, centrada en los aspectos más emocionales de la problemática.

Por último, quisiéramos indicar la necesidad de diseñar medidas para reducir este impacto emocional que hemos observado entre los profesionales. Es bien claro que entre las estrategias a utilizar podríamos referirnos a una reducción de la presión asistencial; cosa que por otra parte se ha podido ver que es difícil de conseguir con el modelo asis-



tencial que en la actualidad domina y con los intereses que la administración suele manifestar. Por ello, alternativas posibles serían rotaciones de los profesionales entre diversos centros y actividades laborales, potenciar la actividad investigadora, aumentando así la realización profesional que en muchos casos se ha mostrado como más motivante que la misma remuneración económica, permitir períodos de menor actividad asistencial, propiciar el intercambio de profesionales o estancias temporales en otros centros asistenciales, potenciar las estrategias que han mostrado relaciones inversas al cansancio emocional, como son la búsqueda de apoyo social, planificación y reevaluación positiva etc..

BIBLIOGRAFÍA

Atance, JC (1997): Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 7,3, 293-303.

Bermúdez, J, Sánchez-Elvira, A y Pérez-García, AM (1990): *Proyecto Salud*. Informe del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Madrid UNED.

Bronsborg, B y Vestlund, N (1997): *No te queemes*. Barcelona Cúmulus.

Cebriá, J.; Segura, J.; Corbella, S.; Sos, P.; Comas, O.; García, M.; Rodríguez, C.; Pardo, MJ. y Pérez, J. (2001): Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*. 27, 7, 459-468.

Cherniss, C (1980): *Staff Burnout: Job stress in human services*. Beverly Hills CA. Sage.

Cohen, F y Lazarus, R (1979): Coping with the stress of illness. En GC. Stone, F. Cohen y NE. Ader (eds): *Health psychology: A handbook*. San Francisco CA Jossey-Bass.

De Diego, N, Duran, MA y Rius, MJ (1997): El estrés asistencial en los funcionarios de prisiones. *Boletín de Criminología*. 26, 1-4.

De las Cuevas (1994): *El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de Burnout*. Madrid. Laboratorio Servier.

Endler, NS y Parker, JDA (1990): *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual* Toronto Multi-Health Systems.

Espinoza, E, Zamora, P y Ordóñez, A (1994): Oncólogos quemados en España. Encuesta sobre la incidencia y causas. *Oncología*. 17, 55-62.

Folkman, y Lazarus, (1988): *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto CA Consulting Psychologist Press.

García, L (1991): Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Psicología del Trabajo y Organizaciones* 7, 18, 3-12.

Guerrero, E (1998): *Burnout o desgaste psíquico y enfrentamiento al estrés en profesorado universitario*. Tesis Doctoral No publicada. Universidad de Extremadura.

Guillén, JC y Santamaría, E (1999): Evaluación del nivel de Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 1, 68-72.

Leiter, M.P. (1989): Conceptual implications of two models of Burnout: A response to Golembiewski. *Group & Organization Studies*. 14, 15-22.

Luecken, L; Edward, C. (1997): Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*. 59, 352-359.



- Manassero, MA, Vázquez, A, Ferrer, MV, Fornés, J y Fernández, MC** (1994): *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, salud y consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria final de Investigación. Madrid. MEC-CIDE
- Manzano, G y Ramos, F** (1999): La despersonalización: clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*. 206-207, 63-78.
- Martín, CM, López, RM, Fuentes, CI, García, E, Ortega, R, Cortés, AD y García, JL** (2000): Estudio comparativo en personal de oncología: incidencia y gravedad. *Medicina Paliativa*. 7,3, 85-93.
- Maslach, C y Jackson, SE** (1981): The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2, 99-113.
- Maslach, C y Jackson, SE** (1986): *Maslach Burnout Inventory (2nd ed)*. Palo Alto. CA Consulting Psychologist Press.
- Moreno, B y Oliver, C** (1993): El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. En M Forns y MT Anguera (eds): *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona PPU.
- Peacock, EJ, Wong, PTP y Reker, GT** (1993): Relations between appraisals and coping schemas: Support for the congruence model. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 25, 64-80.
- Pérez-García, A.M** (1999): *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Fundación Universidad-Empresa UNED. Madrid.
- Prieto, L, Robles, E, Salazar, LM y Daniel, E** (2002): Burnout en médicos de atención primaria en la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*. 29, 5, 294-302.
- Ramos, F** (1999): *El síndrome de Burnout*. Fundación Universidad-Empresa UNED. Madrid.
- Trujols, J, Tejero, A y Casas, M** (1996): El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. *Adicciones*. 8,3, 349-369.
- Valero, L** (1997): Comportamientos bajo presión. El Burnout en los educadores. En MT. Hombrados. *Estrés y Salud*. Valencia Promolibro.
-