

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

Proyecto de Aplicación Profesional:

**“PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA INSTITUCIÓN
PROGRAMA DEL SOL (Sede Cosquín)”**

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

Alumna
Verónica Cappri
Legajo: PSI 250



"Alterados" Julieta Danelutti

...de por si la patología es desgastante,
porque hacés un trabajo extra
en mucho sentido
...porque le ponés el cuerpo a muchas situaciones
que desbordan a los chicos,
entonces es como bastante desgastante,
y lo que veo es que en tres o cuatro años trabajando en esto,
o cambiás de módulo o directamente cambiás de patología ...

Testimonio de un Profesional del Programa del Sol.

Este trabajo está dedicado a todas las personas que forman parte de mi vida y que me acompañaron a lo largo de éste proceso.

A César, por su amor, comprensión, compañerismo y sinceridad.

A mis padres, Nidia y Roberto, por darme la oportunidad de obtener éste título.

A mis hermanos, Santiago y Diego, a uno por sus ocurrencias y autenticidad; y al otro por las eternas noches de impresión y por "prestarme" sus conocimientos.

A mi hermana postiza Mónica, y a toda su familia: Ángela, Matías y Cristian por el cariño que me demuestran.

A mis abuelas, Norma y Morocha.

A mis grandes amigas: Gise, Ceci, Gisel, Euge, Debo y Mary por ser mis compañeras de vida y porque sé que "están" a mi lado.

A mis primos y amigos por elección: Francisco, Belén, Noel, Ariel y Paula.

A Oli y a Luci, por estar siempre tan cerca.

A Ema, Vicky, Mariana y Nati.

A Selva por su amistad y predisposición.

A mis ahijadas, Ángela y Selene.

A mi cuñada y amiga Paula, por la relación que nos une.

A Lucía e Ivana, amigas y futuras colegas, por las horas de estudio, mates y charlas; y por permitirme contar con ellas también en este momento.

A Sergio, Moni, Euge, Nati y Agustín, por su amistad.

A Yami, Darío y Nati.

A Julieta por su creatividad.

A Kari por su practicidad.

A Roberto, Martín, Juan Manuel, Rubén, Ivana, Laura, Mariano y Susana.

A Ana Porta por agregarle calidez a su trabajo.

A la Lic. Virginia Grosso por su contención y sus conocimientos.

A Juan Carlos Godoy por haber sido, desde el primer momento, mi guía en este trabajo.

A la Lic. Silvia Tulián y a las autoridades de la UES 21.

Índice

Introducción	6
• Presentación del TFG	7
• Definición del Problema	8
• Justificación y Antecedentes	9
• Objetivos	12
Marco Teórico	13
Introducción	14
• Capítulo 1: Comunidad Terapéutica	16
• Capítulo 2: Interdisciplina	31
• Capítulo 3: Síndrome de Burnout	36
Presentación de la Institución	57
Metodología	69
• Descripción del Proyecto	70
• Descripción Situacional	71
• Resultados	75
Propuesta de Intervención	81
• Propuesta	82
• Evaluación	98
• Presupuesto	101
Bibliografía	103
Anexo	108
• Modelo de Entrevista	109
• Resultados de Entrevistas	110

- Resultados de MBI 134
- Gráficos 135
- Cuadernillo de Burnout 139
- Caso de Burnout 155
- Tarjetas de Dominó 157

Introducción

Presentación del Trabajo Final de Graduación

El presente trabajo consiste en la articulación de un Proyecto de Aplicación Profesional (P.A.P) destinado a prevenir el Síndrome de Burnout en los profesionales del Equipo Terapéutico de la Institución "Programa del Sol" (sede Cosquín), dedicada a la prevención, asistencia y rehabilitación del uso y abuso de sustancias.

La posibilidad de pensar a los integrantes de ésta Institución como profesionales en riesgo ante el estrés laboral crónico (Burnout), surge a partir de la práctica profesional efectuada con anterioridad en la Institución en cuestión, a través de la cual pudieron observarse los roles de cada profesional, la dinámica institucional, las características del trabajo y los riesgos a él asociados.

Se procedió a la división del trabajo en capítulos o apartados por una cuestión de practicidad y organización; comenzando con una fundamentación del proyecto y con la presentación de antecedentes sobre el tema, de manera de reconocer la importancia de lo que se pretende abordar.

Luego se delimita el problema de interés, los objetivos que se pretenden alcanzar con este Trabajo Final de Graduación y el cuerpo teórico que sustenta el proyecto.

En el siguiente apartado se presenta la Institución, describiendo la manera en que se desempeña su actividad.

La delimitación del Proyecto de Aplicación Profesional se expone en el capítulo que continúa, aclarando objetivos, actividades planeadas para su concreción, incluyendo además la definición de recursos necesarios y la manera de evaluar la intervención.

Definición del Problema

- ¿Cómo se podría prevenir el Síndrome de Burnout en el "Programa del Sol", sede Cosquín?

Justificación y Antecedentes

Si bien actualmente el trabajo y la salud son reconocidos como derechos humanos fundamentales, y cuesta aceptar la pérdida de alguno en ejercicio del otro, el ambiente y las condiciones de trabajo, pueden presentarse, de acuerdo a su calidad, como fuente de salud o enfermedad. (De las Cuevas Castresana, 2003)

El estrés laboral afecta de manera negativa la vida de los trabajadores, repercutiendo en su salud mental y física, como así también en el resultado de la actividad laboral que realiza. Cuando el estrés laboral se torna crónico, deviene en Síndrome de Burnout, el cual tiene consecuencias importantes en los profesionales, pudiendo llegar al suicidio.

En los últimos años ha tenido un auge importante el estudio de este Síndrome en diferentes países del mundo. Las investigaciones centran el interés en su descripción, su etiología, sus consecuencias y hasta plantean propuestas para prevenirlo y tratarlo.

Sin embargo, son escasos los estudios que se ocupan de este Síndrome manifestado en profesionales que prestan sus servicios en Instituciones destinadas a la prevención y rehabilitación de personas con diferentes niveles de compromiso con la sustancia.

La OMS (1994) destaca que el Burnout se ha transformado en un grave problema para quienes cuidan a personas con enfermedades crónicas, que repercute en el staff y en los miembros de la familia.

Así, la importancia de evitar y/o tratar el Burnout en éstas organizaciones estaría dada, por un lado, por la complejidad de la patología en sí misma. Los pacientes drogadependientes se caracterizan por tener escasa tolerancia a la frustración, baja conciencia de enfermedad, una dinámica familiar conflictiva en la mayoría de los casos, problemas educativos y judiciales, etc; lo que en la mayoría de los casos dificulta el

proceso de adhesión a tratamiento. A lo anterior se le suman las características peculiares de la etapa de la vida en que generalmente se inicia el consumo: la adolescencia.

Esto, expone a los profesionales asistenciales a un desgaste psico-físico, por tratar con los aspectos más conflictivos de estos pacientes.

Por otro lado, existen factores provenientes del entorno organizacional y socio - económico que "colaboran" en éste desgaste: ambigüedad en las tareas, poco reconocimiento social, demandas de pacientes que exceden al rol profesional, conflictos con obras sociales, desequilibrio entre las horas trabajadas y la remuneración recibida, escasas posibilidades de capacitación, etc.

En relación con esto, Stragiotti y Leoni (1999), consideran que en los Equipos de profesionales que se dedican al tratamiento de adicciones, se produce una acumulación de impotencia y frustración a causa de las dificultades que presenta la tarea. Estos sentimientos, al ser negados, se *actúan* hacia los pacientes o hacia los compañeros de trabajo; o bien, causan síntomas en operadores y/o terapeutas.

Una investigación llevada a cabo en la Comunidad de Madrid, destinada al estudio del Burnout en profesionales que trabajan en drogadependencias, arroja como resultado un intenso malestar profesional, incluso superior al que se ha obtenido en otros estudios sobre atención sanitaria en otros niveles de salud. (García Baquero; Lagares Roibas; Pedrero Pérez; Puerta García; 2004).

Por su parte, Souza (2005), en el marco del V Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia efectuado en la ciudad de Córdoba, justifica desde sus conocimientos teóricos y su experiencia, la necesidad de prevención de éste Síndrome en Instituciones dedicadas a prestar servicios sociales como la asistencia y prevención de adicciones, y explica que la inseguridad existente muchas veces en el ámbito laboral, los cambios en los

enfoques de la vida y las costumbres, las exigencias del medio, las modificaciones en el escenario social y psicopatológico de los usuarios, condicionan un ritmo vertiginoso, generan factores que ponen en riesgo a la salud de los miembros de una organización.

Fernández (2001), partiendo de la hipótesis de que los equipos que trabajan en drogadependencia se encuentran más expuestos al Burnout, debido a que, por un lado, las relaciones interpersonales se tornan poco gratificantes, predominando los sentimientos negativos; y, por el otro, a que la sobrecarga de trabajo genera una disminución de la satisfacción laboral y perturbaciones, realizó un estudio con miembros de equipos del Programa de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia de la ciudad de Buenos Aires. En el mismo plantea ocho estrategias de prevención del Síndrome centradas en los equipos de trabajo, en la Institución y en los organismos responsables de planes de prevención.

Entonces, se hace imprescindible proteger la Salud Mental de los profesionales que asisten a pacientes que hacen uso o abuso de sustancias, por tener éstos efectos directos sobre la calidad de la atención que se brinda.

Esto se ve reflejado en el planteo efectuado por Gil – Monte (2005):

(...) en la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización. (p.20)

Objetivos

General

- Proponer un Programa de actividades destinado a la prevención del Síndrome de Burnout en los profesionales que integran el Equipo Terapéutico de la Institución "Programa del sol", sede Cosquín.

Específicos

- Realizar un Análisis Institucional.
- Conocer los niveles de Burnout en los profesionales.
- Explorar y luego definir, desde la perspectiva de los profesionales, las particularidades del trabajo con personas con conductas adictivas.
- Informar acerca del Síndrome de Burnout, y posibilitar el reconocimiento de desencadenantes del mismo en la Institución.
- Fomentar el accionar interdisciplinario como modo de abordaje y como medio para compartir responsabilidades vinculadas al trabajo asistencial.
- Proponer la técnica "Grupo de Reflexión" como actividad institucional.

Marco Teórico

Introducción

En éste apartado se desarrollan conceptos que fueron considerados necesarios para el establecimiento de una base teórica que sustente el Proyecto de Aplicación Profesional que se propone.

En primera instancia, se ha incluido información sobre la historia de las Comunidades Terapéuticas, debido a que la institución Programa del Sol (sede Cosquín) toma los lineamientos de ésta modalidad de abordaje para brindar asistencia a quienes hacen uso, abuso o dependen de sustancias. Entre éstos lineamientos podrían citarse el establecimiento de un orden en la cotidianeidad de éstos pacientes y el aprendizaje a partir de la propia experiencia y desde la de los demás.

Es de utilidad resaltar aquí, que los cambios producidos en la manera de percibir a los pacientes drogadependientes se ven reflejados en las modificaciones de los modelos de asistencia a los mismos. Históricamente, al consumidor de drogas se lo ha definido con diferentes nombres: enfermo o delincuente por ejemplo, y a partir de ello ha surgido una conducta hacia él, de tipo médico o moral en el primer caso, y de tipo represivo o moral en el segundo. Es evidente que nunca se dejó de lado el aspecto moral. (Juvenal Villasmil, 1999)

Por otra parte, y teniendo en cuenta la lectura que la institución hace de las situaciones de uso y abuso de sustancias (dentro de la dialéctica medio – historia familiar – persona individual), y considerando que el consumo está relacionado, en la mayoría de los casos, con problemas judiciales, educativos, familiares, médicos y psiquiátricos; es que se incluyen nociones sobre trabajo interdisciplinario.

El mismo permitiría por un lado, efectuar un abordaje totalizador de la complejidad que representa ésta patología; y por otro, que las decisiones respecto a la evolución de un paciente en tratamiento sea responsabilidad

del equipo, y no de un profesional en particular, ya que esto podría llegar a generar síntomas de estrés y colaborar en la cronicidad de los mismos.

Así, la posibilidad de lograr una articulación interdisciplinaria se constituiría como una de las acciones que permitiría superar situaciones estresantes y el Burnout en éstos Equipos. (Comisión Nacional del SIDA, 2004)

Finalmente, se desarrolla el concepto de Burnout, sus causas, consecuencias, desencadenantes y facilitadores. Además de consideraciones respecto a éste Síndrome en quienes trabajan en la asistencia de personas con problemas de consumo de droga.

Capítulo 1: “Comunidad Terapéutica”

El auge de la Comunidad Terapéutica (C.T.)

La modalidad Comunidad Terapéutica para la asistencia de drogadependientes tiene su origen en la década del 60', momento en que la droga hizo su presentación en sociedad. (Rshaid, 2005)

Según Grimson, Ruiz y Marrochi (1998), surge con el objetivo de brindar un tratamiento a ésta patología y para dar respuesta a una problemática social: la marginación de aquellos que se veían afectados por las políticas de salud. Ante la creciente demanda de personas adictas a las drogas, en el mundo se comienza a brindar residencia a quienes se proponían una recuperación.

Tienen su origen conceptual en las C.T. del psiquiatra inglés Maxwell Jones, quien introduce una nueva modalidad de tratamiento en Salud Mental, a través del diseño de una forma de trabajo basada en principios considerados centrales en la vida de toda persona: democracia, solidaridad, participación, respeto, libertad de expresión, etc.; pero actualmente presentan algunas modificaciones que a continuación se desarrollaran. Por entonces, estas Instituciones estaban manejadas en su mayoría por personas recuperadas de su adicción a las drogas, quienes marcaban una dirección a seguir. (Souza, 2005; Villasmil, 1999)

Se comenzó en casas, sin ninguna condición especial, en las que grupos representativos de la comunidad deciden ofrecer un lugar de residencia a usuarios de drogas. Estas comunidades tenían un fuerte componente anti-profesional y la firme convicción de que la internación era el único método válido para abordar ésta problemática. Es por ello que uno de los primeros objetivos fue establecer pautas de convivencia para poder establecer un orden. (Grimson y cols., 1998)

En nuestro país, las C.T. fueron consideradas y aceptadas por el Estado a partir de 1983, junto con la restauración de la democracia; hasta el momento la respuesta a la adicción estaba dada por la psiquiatría tradicional, que establecía para su tratamiento un contexto de represión. (Grimson y cols., 1998)

Esta modalidad de abordaje es y fue sostenida en gran parte por Instituciones ligadas a círculos religiosos. En la Argentina, el pastor Novelli, la Iglesia Católica y la Iglesia Bautista son promotores de su desarrollo. (Souza, 2005; Rshaid, 2005)

Con el tiempo, y debido al crecimiento y maduración de estas instituciones, se efectuó una progresión desde el uso de la casa propia para alojar a personas necesitadas de asistencia, hasta el diseño de instituciones y la programación de tratamientos ambulatorios o de internación dependiendo del caso, evitando así el etiquetamiento de "paciente tipo" y pretendiendo responder a las particularidades de cada paciente.

Con el tiempo también se fue reconociendo la necesidad de contar con diferentes tipos de profesionales, para llegar a un abordaje integral e interdisciplinario.

En el modelo tradicional de Comunidades Terapéuticas, los criterios normativos fueron muy rígidos, por lo que, provocaron rechazos y críticas. El incumplimiento o trasgresión de una norma era "castigado" con medidas basadas en la prohibición, la amenaza de daño o la inducción del terror; todas ellas carentes de criterio terapéutico. Se marcaba la obligación de mantener la abstinencia, la prohibición de establecer y mantener relaciones de pareja, la ausencia de expresiones de violencia física, etc., es decir, que se elegía a la norma como una pauta de modificación de las conductas. Todo

esto encerraría cierto optimismo conductista que dejaría de lado conceptos básicos de la psicología dinámica. (Grimson y cols., 1998)

En el presente, y luego de un largo camino recorrido, se ha adquirido conocimiento de que en un abordaje psicoterapéutico, la firmeza de una norma no tiene vinculación alguna con la violencia con que sea sancionada su trasgresión.

El abandono de estas modalidades representó un gran crecimiento a nivel psico-social de estas instituciones. Se dejó atrás la idea de que el único tratamiento eficaz implica el aislamiento prolongado del adicto y en consecuencia la ausencia de relación con su familia hasta que se visualice la posibilidad del alta. Los tratamientos sin internación fueron mostrando su validez en este ámbito y se comenzaron a utilizar recursos psicológicos para integrar a las familias. Hoy no se concibe un tratamiento de rehabilitación de drogas sin hacer partícipe del mismo a la familia del paciente; y la internación se implementa en casos en que ésta asegure mejores condiciones para la recuperación. (Grimson y cols., 1998)

Por otro lado, y según expresan los autores que se vienen citando, se pretendía el mantenimiento de la abstinencia mediante el control del mundo externo, a través de restricciones impuestas en el contacto diario. Actualmente se considera que ésta abstinencia no puede mantenerse en un mundo irreal; y es una meta fundamental de éstas Instituciones basarse en la convivencia de gente que vive en interacción plena con su contexto social. Así, en la actualidad las Comunidades Terapéuticas no desvinculan a las personas de su entorno y cuentan con un Equipo Terapéutico conformado por profesionales de distinta índole: Operadores Terapéuticos, Psicólogos, Médicos, Asistentes Sociales, Talleristas, Psiquiatras, entre otros, además,

son admitidas por las Obras Sociales y los sistemas Prepagos con vinculación permanente. (Grimson y cols., 1998)

Dinámica de las Comunidades Terapéutica

Según las investigaciones efectuadas por NIDA¹(s.f.), pueden describirse una serie de características propias de la dinámica de las Comunidades Terapéuticas.

Estas Instituciones son espacios libres de droga que responden a un modelo jerárquico y cuentan con diferentes fases de tratamiento, las cuales reflejan progresivos niveles de responsabilidad, en lo personal y lo social, de quien emprende un tratamiento de recuperación.

Los objetivos de las Comunidades Terapéuticas, para con las personas admitidas en ellas, pueden apuntar a la rehabilitación o a la habilitación.

De ésta manera, la recuperación involucra la "rehabilitación" en aquellos que cuentan con una historia de funcionamiento social, habilidades educativas y/o vocacionales, lazos familiares y sociales positivos; los cuales han sido debilitados por el abuso de drogas. Lo que se pretende es reestablecer ese funcionamiento y rescatar la salud física y mental.

Por otra parte, la recuperación implicará la "habilitación", cuando se trate de personas que nunca tuvieron una vida funcional, y deban aprender a convivir en la sociedad.

Tanto el personal de tratamiento como quienes se encuentran en recuperación, son considerados "agentes de cambio". Los primeros por ser figuras representativas entrenadas y capacitadas con las cuales los pacientes se identifican; y los segundos, porque cada uno es responsable de su recuperación y posee una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros. Es decir, que se utiliza la influencia entre ellos, mediada por procesos de grupo, para ayudar a cada persona en el aprendizaje de normas y en el desarrollo de habilidades sociales más eficaces.

¹ National Institute in Drug Abuse.

Esto último se explica por uno de los principios fundamentales de las Comunidades Terapéuticas: la autoayuda mutua.

Con relación a esto, Rshaid (2005) menciona una serie de elementos esenciales en las C.T. además de la auto-ayuda: el aprendizaje social y la maduración, la distribución del poder a todo el Equipo Terapéutico (el cual debe poseer un saber interdisciplinario), objetivos claros, límites, diálogo, etc.

Por otra parte, estas instituciones poseen jerarquías, normas y actividades pautadas que el paciente debe llevar a cabo, como así también una serie de responsabilidades que el mismo debe asumir. Éstas normas y jerarquías, a las que se le suman los límites afectivos impartidos a los actos agresivos y la ausencia de ambigüedad, otorgan un orden tempororo – espacial, el registro de vivencias de pertenencia y protección, o de encierro, opresión y extrañeza a quien forma parte de la comunidad. (Mayer, 1997)

De acuerdo a los informes publicados en NIDA(s.f.), de quien entra en tratamiento se espera que se adhiera a las normas de conducta establecidas. Estas normas se refuerzan con contingencias basadas en premios y castigos, destinadas al desarrollo del auto-control y de la responsabilidad.

Tal como lo explica Mayer (1997), dentro de ésta estructura se conforma una cadena comunitaria de manera que al insertarse en el eslabonamiento, el sujeto encontraría delante de él personas que le servirán como posibles modelos a seguir y, a su vez, él mismo pasará a representar un modelo identificadorio para quien venga detrás. Esto lleva al establecimiento de lazos amorosos, lo que le permite enriquecer su experiencia afectiva. (Mayer, 1997)

Lo que se pretende con esta ligazón identificadoria es proponer la diferenciación de cada persona dentro de la comunidad, y así cada uno pueda vivenciar e interpretar la experiencia desde su propio lenguaje, de no lograrse ésta individuación, la C.T. fracasará en su cometido. (Mayer, 1997)

Lo que se busca entonces, es que cada uno se constituya en un modelo a imitar para el resto de los pacientes, reflejando los valores y enseñanzas de la comunidad.

Esta modalidad de tratamiento incluye una serie de actividades rutinarias preestablecidas, las cuales requieren ser cumplidas y sirven para contrarrestar el desorden que caracteriza la vida de las personas que abusan de drogas, como así también, para dar pautas de cómo planificar, fijar metas y lograrlas. Se apunta así, a un cambio individual. (NIDA, s.f.)

La estructura de las C.T. está diseñada para ayudar a las personas a identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera adecuada y constructiva. En definitiva, el enfoque terapéutico de éstas Instituciones apunta a modificar patrones negativos de conducta y de pensamiento, a través de la terapia Individual y Grupal, sesiones de grupos con compañeros, confrontaciones, juegos, talleres, micro emprendimientos y el aprendizaje basado en la Comunidad.

Cabe agregar aquí que en muchas oportunidades, son las mismas personas en rehabilitación, luego de un periodo de recuperación, quienes forman parte de un Equipo Terapéutico y dirigen a sujetos con las características que ellos poseían. (Rshaid, 1999)

Al comienzo del capítulo se hizo referencia a la consolidación que con el tiempo obtuvo la modalidad Comunidad Terapéutica Ambulatoria, constituyéndose en un medio válido y eficaz para el tratamiento de personas drogadependientes.

Chile (1999), explica que esta modalidad posee la particularidad de no separar totalmente a la persona de su contexto social (familia, trabajo y/o estudio), permitiendo así que a los cambios los realice dentro de la realidad en que vive. Desempeña aquí un papel fundamental la familia, ya que debe estar preparada y capacitada para asumir la responsabilidad que implica el

tratamiento de su familiar. Para tal fin, se generan espacios destinados a la reflexión y el cuestionamiento de los patrones de interacción familiar, pretendiendo la creación de un clima afectivo que posibilite el desarrollo, la autonomía y maduración de cada miembro.

Por último, es importante destacar, que la definición y el alcance de los logros terapéuticos de una modalidad de tratamiento (ambulatorio o con internación), van a depender de la idiosincrasia de cada paciente, determinada por factores psicológicos, sociales, económicos, biológicos, familiares, redes de apoyo, grado de dependencia, etc.

Etapas de tratamiento y duración del mismo

En las investigaciones de NIDA (s.f.) se plantea que tratamiento en las Comunidades Terapéuticas puede dividirse en tres etapas:

ETAPA 1

Es la etapa de la admisión y asimilación a la Institución de la persona que requiere tratamiento. Incluye la transmisión de las políticas y los procedimientos de la C.T.

El paciente establece una relación de confianza, tanto con el personal como con sus compañeros e inicia un proceso de evaluación de sí mismo, de sus necesidades y de la naturaleza de su adicción.

Por otra parte, se transmite lo fundamental que es su compromiso y responsabilidad en su rehabilitación.

Se incluye aquí la desintoxicación, que apunta a superar la dependencia física a la sustancia consumida. Se pretende además, evitar el síndrome de abstinencia.

No siempre es necesaria esta etapa debido a que no todas las drogas generan dependencia física, ni todas las dependencias físicas generan síntomas de abstinencia.

Además, ésta etapa de admisión a la Institución incluiría la realización de un diagnóstico situacional y psicológico de quien llega a tratamiento, que posibilite la identificación de la modalidad de asistencia adecuada o la derivación del paciente en caso de ser necesaria.

ETAPA 2

Se implementan intervenciones destinadas a modificar actitudes, percepciones y comportamientos vinculados al uso de sustancias, y

concentrarse en sus necesidades familiares, psicológicas, educativas y sociales.

Estas intervenciones se efectúan mediante Terapia Individual, Terapia Grupal, Terapia Familiar y de Pareja, Grupos de Auto-ayuda, Grupos de Reflexión, etc.

Sería la etapa de tratamiento concretamente.

ETAPA 3

Se trabajan todos aquellos aspectos relacionados con la finalización del tratamiento.

Lo que se busca es facilitar la separación de la persona de la C.T. y promover una reinserción social lo más exitosa posible. Es aquí cuando se hace hincapié en el planteamiento y análisis de proyectos de vida.

Esta etapa abarca también un seguimiento de quien deja la C.T., con el fin de verificar la obtención de logros propuestos y conocer el grado de reinserción alcanzado; privilegiando la autonomía de la persona respecto a la Institución.

Duración de tratamiento

No hay un tiempo estipulado de duración del tratamiento, esto en gran medida dependerá del proceso individual de cada sujeto, teniendo en cuenta que en muchas oportunidades las personas tratadas tienen otros problemas además del concreto consumo de drogas, como ejemplo pueden citarse: falta de apoyo familiar y social, problemas de salud mental (ansiedad, depresión, etc.) y problemas judiciales. Sin embargo, puede esperarse una duración promedio de 18 a 24 meses.

Con relación a esto, es importante destacar que existen actualmente restricciones de financiación que obligan, en muchas oportunidades, a reducir significativamente el tiempo de tratamiento a 12 meses o menos.

Adicciones y Terapia Analítica

La personalidad de la persona dependiente de sustancias (a excepción del adolescente influido, debido a su propia vulnerabilidad, por su grupo de pares), suele mostrar diferentes características de patología severa por lo que suelen surgir complicaciones a la hora de establecer un vínculo terapéutico sólido y profundo. Es necesario aclarar que abordar a la drogadependencia desde el psicoanálisis resultaría sumamente incompleto en un primer momento, por la misma gravedad que presentaría la enfermedad. La adicción severa a drogas requiere de desintoxicación, cuidados clínicos farmacológicos, psicoterapia, contención familiar, entre otras cosas. (Musacchio de Zan, 1996)

D'Agnone (1996) también hace referencia a los problemas graves de personalidad ligados a los adictos y explica que los mismos deben ser considerados teniendo en cuenta conocimientos que brinda la neurología, las ciencias de la conducta y el psicoanálisis, ya que éstas disciplinas aportarían perspectivas nuevas a la cuestión. Además, aclara que frecuentemente constituyen trastornos que de ser tratados con psicoterapias convencionales el proceso se volvería poco fructífero, al hacerse prolongado y repetitivo; por lo que por éstos días se opta, preferentemente, por el tratamiento en comunidades terapéuticas.

Mayer (1997) también desacredita la terapia analítica en las primeras instancias del tratamiento de ésta patología, ya que considera que para que la misma pueda aplicarse es necesario que se den ciertos criterios de analizabilidad (por ejemplo: sinceridad, capacidad de simbolización, compromiso, constancia, etc.) de los que generalmente carece la persona dependiente de sustancias.

Por lo tanto, las fijaciones narcisistas intensas, la pobreza simbólica, las fuertes resistencias, el privilegio de la acción sobre la palabra, y la baja autoestima, característicos de quien depende de drogas, se convertirían en un obstáculo para este tipo de abordaje; siendo las terapias ambulatorias de abordaje múltiple o la Comunidad Terapéutica la más adecuada. Luego, en periodos posteriores, y una vez comenzados a notar los primeros avances, el tratamiento psicoanalítico puede resultar de utilidad para llegar a los conflictos inconscientes que posiblemente se encontraban encubiertos por la conducta adictiva. (Mayer, 1997)

A su vez, el lugar pasivo que ocupa el terapeuta en las terapias analíticas llega a confundirse con ausencia, lo que se contradice con la necesidad imperiosa de límites en ésta patología. Es en los primeros momentos del tratamiento donde debe apuntarse al desarrollo en el mundo interno de la persona de lo que en la sociedad está representado por la Ley, en la familia por las normas impartidas desde la función paterna y en lo intrapsíquico por la censura. Para esto no solo se requiere de normas, sino que éstas deberían acompañarse de humor, amor y calidez. (Mayer, 1997)

Según el autor que se viene desarrollando, el modelo de Comunidad Terapéutica cumpliría con éstos requisitos, promovería el desarrollo de una genuina conciencia de enfermedad y sería útil para modificar pautas enfermizas de comportamiento.

Por último, cabe destacar que en las C.T. se apela a la utilización de un encuadre en el que se prioriza la acción, debido a que el uso de la interpretación se dificulta por ser escaso el material reprimido en éstas patologías; por lo tanto, las palabras y la capacidad simbólica se encuentran inhibidas o son escasas.

Lo que se pretende es detener la actuación impulsiva y generar la reintroyección de aspectos escindidos y proyectados, promoviendo de esta

manera la canalización, no por la acción, sino por la palabra, la representación y la historia. (Mayer, 1997)

Capítulo 2: “Interdisciplina”

Interdisciplina

Stolkiner (1999) refiere que la discusión sobre Interdisciplina puede plantearse en dos niveles de análisis:

- Un nivel EPISTEMOLÓGICO, relacionado a la historia del conocimiento. En éste nivel, el planteo de la Interdisciplina requiere de la comprensión de que los campos disciplinares no se constituyen como un reflejo de objetos reales, sino que son una construcción histórica de objetos teóricos y métodos. Por otra parte, supondría el cuestionamiento de los criterios de causalidad, y atendería contra la posibilidad de que el abordaje de un fenómeno se efectúe de manera fragmentada.
- Un nivel METODOLÓGICO. Se refiere a que desarrollarse de manera interdisciplinaria, ya sea en el campo de la investigación o en el de la asistencia, supone programar la forma y las condiciones en las que el mismo se desenvuelve. Para que un equipo asistencial interdisciplinario pueda funcionar como tal, necesita dispositivos (reuniones, ateneos, espacios de confrontación y acuerdos) para acceder a una construcción conceptual común del problema o situación a abordar. Es decir, para alcanzar la concreción de las acciones programadas, se necesita algo más que un grupo heterogéneo de profesionales.

La Interdisciplina no es una teoría unívoca, sino que se trata de un posicionamiento que obliga, a quien participa de ella, a reconocer los límites de las herramientas de su propia disciplina, legitimando las importaciones de un campo de conocimiento a otro, la existencia de diferentes corrientes de pensamientos dentro de una disciplina y la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas. (Stolkiner, 2005)

Por otra parte, pueden mencionarse dos espacios de articulación interdisciplinaria, uno orientado a la investigación, y otro a la asistencia.

En el primero, según la autora que se viene desarrollando, el énfasis estaría puesto en la producción de conocimientos. Se trataría de la aplicación de la Interdisciplina para obtener la fundación de un nuevo objeto teórico, generando nuevos campos científicos. (Ander – Egg y Follari, 1993)

En cambio en el segundo, el énfasis recae sobre la acción, y se refiere a aquellos equipos interdisciplinarios asistenciales. (Stolkiner, 2005) Esto sería para Ander – Egg y Follari (1993), la implementación de la Interdisciplina como una manera totalizadora de afrontar la complejidad que plantean los problemas en la realidad.

En estos dos tipos de práctica se da una yuxtaposición esperable, debido a que lo que diferencia a una de la otra es solo el producto que obtienen; ya que no podría separarse de manera absoluta el efecto que la investigación podría tener sobre la práctica, como así también, es de esperar que el accionar genere de manera simultánea, conocimientos.

Los problemas sociales de la actualidad se presentan como demandas complejas, no como objetos claramente delimitados, generando que las prácticas se vean afectadas por contradicciones y ambigüedades, imbricadas en diferentes cuerpos conceptuales. Así, la Interdisciplina surgiría de la incontrolable indisciplina de éstos problemas, e implicaría, en quienes pretenden articularla, efectuar un movimiento desde el objeto y el método de la ciencia, hacia los campos conceptuales de las prácticas sociales. (Stolkiner, 2005)

Ander – Egg y Follari (1993), explican que la implementación de la Interdisciplina, para la resolución de problemas, no significa la eliminación de

las disciplinas particulares, sino que supone una integración práctica de las mismas, asumiendo su existencia previa.

Como se explicó en la introducción del presente marco teórico, el Equipo Terapéutico del Programa del Sol (sede Cosquín), está conformado por profesionales portadores de un saber disciplinar y también por quienes poseen un saber no disciplinar, por lo que se desarrollará a continuación lo que Stolkiner (1999) expresa al respecto.

Existen equipos asistenciales (por ejemplo aquellos que se desempeñan en prácticas comunitarias) en los que es muy frecuente la inclusión de personas no profesionales, o que no representan ningún saber científico, como pueden ser: educadores populares, operadores o aquellos que provienen del campo del arte.

La primer tarea en la construcción de éstos Inter – saberes consistiría en formular un programa a desarrollar y los objetivos del mismo, lo que implicaría acuerdos ideológicos básicos: ¿Cuál es el tipo de vínculo que pretende establecerse entre el equipo de asistencia y los destinatarios de su actividad?, podría ser uno de ellos.

Sin embargo, no sería una tarea sencilla arribar a dichos acuerdos, debido a que generalmente se trata de Equipos que se encuentran muy cerca de las demandas sociales y demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión. Es decir que sería necesario contar con dispositivos institucionales (por ejemplo reuniones) en los cuales se logre conceptuar sus prácticas, llegando a una explicitación de los saberes en juego.

La trama burocrática y el marco institucional en que se encuentran generalmente estos equipos, delimitan los márgenes de su accionar y pueden presentar obstáculos para el trabajo interdisciplinario. Éstos obstáculos pueden evidenciarse en condiciones de trabajo inestables, exigencias de rendimiento individualmente evaluadas, a los que se sumarían

algunos de carácter personal, como la competencia individual entre profesionales.

Capítulo 3: “Síndrome de Burnout”

Estrés y el Estrés Laboral

Desde el siglo XIV el término estrés se emplea para hacer referencia a experiencias negativas, al sufrimiento y a dificultades.

En el ámbito de la salud, Hans Selye introdujo el concepto y lo definió como una serie de cambios inespecíficos que se dan en el organismo como respuesta a un estímulo o a una situación estimular. (Neira, 2004)

Lazarus y Folkman (1986 c.p. Gil-Monte y Peiró, s/f.), en la década del 60 hacen referencia al estrés explicándolo como una transacción entre individuo y ambiente, donde cobra particular importancia la valoración cognitiva que el sujeto realice de la situación.

Así, puede hacerse una distinción entre **eustrés** y **distrés**. Se habla de eustrés cuando las reacciones estresantes son valoradas de manera positiva por el sujeto, en lo que respecta a su funcionamiento, desarrollo y rendimiento personal. Y se habla de distrés cuando ante una situación estresante se realiza un gasto de recursos continuo, sin poder controlarlo; esto es a lo que generalmente se denomina estrés. (Neira, 2004)

Fernández (2001) lleva el término estrés al ámbito laboral y explica que alude al desequilibrio percibido por el individuo entre las demandas profesionales y su capacidad para dar respuesta ante las mismas y concretarlas.

Entonces, si bien existen trabajos que por su misma naturaleza presentan factores que pueden funcionar como estresores, es fundamental considerar la interpretación y valoración que cada sujeto hace de ellos, así como las estrategias de afrontamiento que implemente ante los mismos.

Estrategias de afrontamiento ante el estrés

Los modelos psicoanalíticos han entendido a los procesos de afrontamiento como rasgos o estilos, como predisposiciones estables en el sujeto para hacer frente a los acontecimientos de la vida, lo que daría lugar a conductas más o menos predecibles.

Sin embargo, Lazarus y Folkman (1986 c.p. Gil-Monte y Peiró, s/f.) explican que el concepto de Estrategias de Afrontamiento debe implementarse en los casos en que el esfuerzo está puesto en manejar un hecho que excede a la rutina del sujeto, lo que no quita la posibilidad de que tal conducta de afrontamiento, una vez aprendida, se convierta en una conducta adaptativa de carácter automático.

Una Estrategia de Afrontamiento es eficaz o ineficaz en la medida en que mejore o no la relación individuo-entorno. De esta manera, será eficaz cuando le posibilite al sujeto tolerar, aceptar, minimizar o ignorar la situación de estrés. (Gil-Monte y Peiró, s/f.)

Los mismos autores plantean dos tipos básicos de Estrategias de Afrontamiento:

- **Afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional:** se refiere a los procesos cognitivos que apuntan a disminuir el grado de trastorno emocional generado por un estresor. Se implementan cuando el sujeto percibe que no queda otra opción más que interactuar con los estresores, ya que no pueden modificarse. Ejemplos de ésta estrategia son: distanciamiento, minimización, evitación, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de aspectos positivos a los acontecimientos negativos.
- **Afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema:** son estrategias que pretenden modificar el estímulo estresante. Comienzan definiendo la situación problemática para luego buscar posibles

soluciones, considerando costes y beneficios. Incluye estrategias que afectan al individuo (búsqueda de medios de gratificación alternativos, aprendizaje de nuevos procedimientos, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc.) como al entorno (pretenden modificar los recursos, los procedimientos, los obstáculos, etc.)

Síndrome de Burnout

El término inglés "Burnout" hace referencia a estar quemado, fundido, agotado, gastado, fatigado, consumido, exhausto, apagado.

El "Síndrome de Burnout", también llamado: Síndrome del trabajador quemado, Síndrome de quemarse en el Trabajo, Depresión por Agotamiento o Síndrome del Desgaste Profesional, según explican Gil- Monte y Peiró (s/f), aparece en la literatura psicológica en el año 1974 por medio de H. Freudenberger, especialista en atención a toxicómanos.

Este psiquiatra Neoyorquino observó en profesionales de distintas áreas (especialmente en aquellos que dirigen su trabajo a personas), que luego de un tiempo de trabajo comenzaban a manifestar síntomas médico - biológicos y sociales (pérdida de simpatía hacia el paciente, irritabilidad, angustia, jaquecas, etc.) como respuesta a una excesiva demanda de trabajo. Así, surge el término como manera de darle una explicación al deterioro observado en las organizaciones de servicio. (Ayala, E.A.; Thomaé, M.N.; Sphan, M. S. y Stortti, M. A., 2006)

En años posteriores, la Psicóloga Social Christin Maslach habló de "sobrecarga emocional" al estudiar los retos emocionales de los profesionales dedicados a la asistencia y la denominó "Burnout" por considerar a éste término menos estigmatizador que un diagnóstico psiquiátrico. En el año 1986, Maslach conjuntamente con S. Jackson, diseña un instrumento para el diagnóstico del Síndrome, el M.B.I. (Maslach Burnout Inventory), constituyéndose de esta manera en pionera en la investigación del tema. (Neira, 2004)

Hoy, la definición más aceptada es la elaborada por Maslach y Jackson desde una perspectiva social, quienes describen al síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico, compuesto por actitudes y sentimientos negativos hacia quienes se dirige el trabajo (actitudes de despersonalización)

y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como por la vivencia de sentirse emocionalmente agotado. (Bruschi, M.; Castagna, A; Sánchez, M. y Sgró, S., s.f.)

Si bien se trata de una respuesta que se manifiesta mas frecuentemente en profesionales que se desempeñan en organizaciones de servicio o asistencia, por ejemplo en médicos y maestros, quienes se encuentran en contacto directo con los destinatarios de su labor. Puede encontrarse también el síndrome en deportistas, directivos, entrenadores y hasta fuera del ámbito laboral (amas de casa, por ejemplo)

La causa de esta frecuencia estaría dada por la presencia, en estas profesiones, de estresores como: la escasez de personal, trabajo en turnos, falta de especificidad en el trabajo, falta de autonomía, pocos recursos económicos disponibles para trabajar, la caída del valor social de la profesión y, en algunos casos, el contacto permanente con la enfermedad, la muerte y el sufrimiento humano. (Gil-Monte y Peiró, s/f; Neira, 2004)

De esta manera, el Burnout no afecta solo a quienes ejercen su profesión, sino también a quienes son asistidos, ya que por consecuencia se ve perjudicada la calidad del servicio brindado.

Perspectivas sobre el Síndrome de Burnout

Pueden diferenciarse dos perspectivas al momento de conceptualizar éste síndrome (Gil-Monte y Peiró, s.f.):

- 1- La Perspectiva Clínica;
- 2- La Perspectiva psicosocial.

Dentro de la *Perspectiva Clínica*, el Burnout estaría considerado como un ESTADO al que el sujeto llega como consecuencia del Estrés Laboral, por lo tanto implicaría sentimientos y conductas asociadas al mismo.

Desde éste enfoque, Freudenberger explica que el síndrome de Burnout "... hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo. Éste estado sería el resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables." (Gil-Monte y Peiró, s/f, p. 14)

Siguiendo en ésta línea, se encuentran los pensamientos de Pines y Arosón que lo consideran como un estado en el que se combinan baja autoestima, sensaciones de sentirse atrapado, fatiga física, emocional y mental, sentimientos de inutilidad y falta de entusiasmo por la vida en general y el trabajo en particular. Fisher, otro representante de ésta perspectiva, considera que éste síndrome debe entenderse como un estado resultante del trauma narcisista, el cual trae aparejada la disminución de la autoestima de las personas. (Neira, 2004)

En cambio, desde la *Perspectiva Psicosocial*, se lo concibe como un PROCESO que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. Este proceso asumiría una secuencia de fases, cada una de ellas con diferente sintomatología.

Dentro de este enfoque, los autores que más adhesión tienen en su definición de Burnout son Maslach y Jackson, que si bien comienzan definiendo el síndrome como un estado es a partir de esta definición que se genera su posterior conceptualización como proceso: "... un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad." (Gil-Monte y Peiró, p. 14)

Los tres principales ejes de ésta definición serían:

- **Agotamiento Emocional:** alude a una situación de agotamiento de los propios recursos emocionales. El profesional se encontraría emocionalmente agotado como consecuencia del contacto diario con personas, las cuales constituyen su objeto de trabajo (por ejemplo presos, pacientes, alumnos)
- **Despersonalización:** a causa de un endurecimiento afectivo se comienzan a desarrollar actitudes de cinismo y sentimientos negativos hacia los destinatarios del trabajo. Esto lleva a culparlos por su problema, así, al indigente le estarían merecidos sus problemas sociales, por ejemplo.
- **Falta de realización personal en el trabajo:** se refiere a la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, actitud que afectaría a la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas que se atienden.

Por su parte, De las Cuevas Castresana (2003) afirma que el Burnout es un proceso y no un suceso, por lo que no se presta a dicotomizaciones claras como podría ser presente o ausente, sino que se trata de un sutil patrón de conductas, actitudes y síntomas, que son diferentes en cada persona.

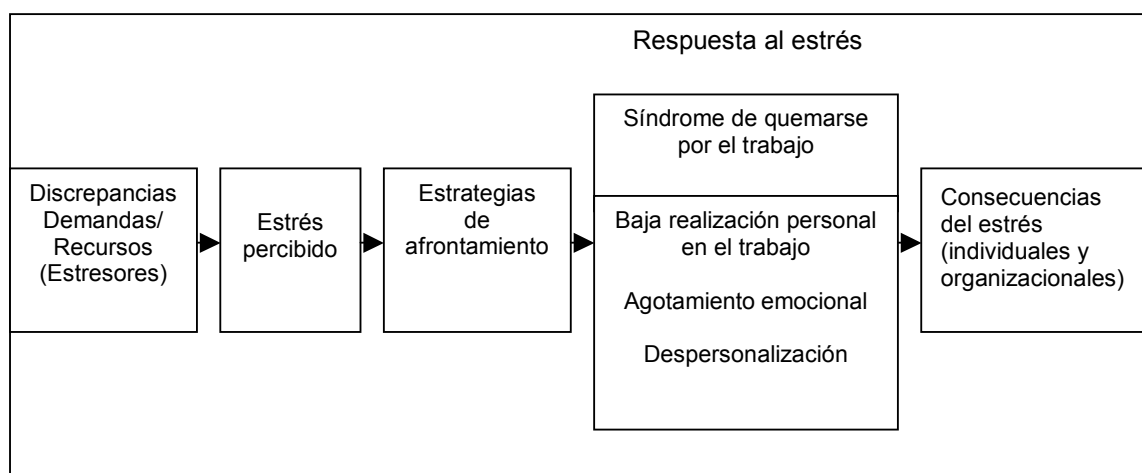
El Burnout en el marco del Estrés Laboral

Según Gil – Monte y Peiró (s.f.) “el Síndrome de Quemarse por el Trabajo debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales del afrontamiento que suele emplear el sujeto, y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.”(p. 18)

Así, el Síndrome es considerado un paso intermedio en la relación estrés – consecuencias del estrés, de forma que si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendría consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (por ejemplo jaquecas, gastritis, etc.), y para la organización (por ejemplo absentismo, deterioro en la calidad asistencial, etc.)

Para Bruschi y cols. (s.f.) el síndrome de Burnout, es solo una de las maneras en que puede desencadenar el estrés laboral.

A continuación se presenta un modelo para integrar el Síndrome de Burnout en el proceso de estrés laboral. Éste modelo se ha elaborado teniendo en cuenta los modelos transaccionales que conciben al estrés como un desequilibrio percibido entre las demandas del medio o del mismo individuo y la capacidad de respuesta a las mismas.



Ante la presencia de estresores laborales el sujeto pondrá en marcha estrategias de afrontamiento (por ejemplo aquellas centradas en la emoción), que en caso de no resultar exitosas generarán como respuesta sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional; y posteriormente actitudes de despersonalización.

Debido a que el rol laboral para éstos profesionales prescribe no adoptar actitudes de indiferencia, deshumanizantes o impersonales hacia quienes asisten, la despersonalización no aparece dentro de las primeras estrategias de afrontamiento, sino que los estresores deben permanecer en el tiempo para que esta se adopte como tal. (Gil-Monte y Peiró, s.f.)

Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

El Síndrome de Burnout puede comprenderse como una experiencia que resulta de la combinación de estresores originados en el propio sujeto, en el ámbito laboral y ambiental (entorno social, cultural y familiar)

a- Desencadenantes

Se entiende por *desencadenantes* de éste síndrome a aquellos estresores que ocurren de manera crónica en el ambiente laboral, y se encuentran vinculados con las relaciones interpersonales, con la tarea en si misma y con las condiciones adversas del ambiente físico donde se desempeña el trabajo (Gil-Monte y Peiró, s.f.; Neira, 2004.)

Ayala y cols. (s.f.) explican que estos desencadenantes pueden agruparse en tres ámbitos de actuación:

1. En relación con la propia tarea: sobrecarga de trabajo, turnos rotativos, falta de recursos personales y de energía para responder a las demandas de trabajo. La ambigüedad de rol, que alude a la incertidumbre sobre aspectos relacionados al trabajo como por ejemplo: procedimientos, objetivos, metas, funciones, etc.; y el conflicto de rol: hace referencia a la incompatibilidad entre la tarea y conductas que se llevan a cabo, con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
2. Las relaciones interpersonales, que reflejarían la habilidad para trabajar con otros: relaciones conflictivas con los destinatarios del trabajo, los impedimentos impuestos por los superiores para el desarrollo autónomo de la labor y, por último, las relaciones problemáticas con compañeros o colegas.

3. La organización, en lo referido al nivel de influencia política y social: falta de participación en el proceso de toma de decisiones, falta de equidad organizacional y la imposibilidad de hacer carrera en el lugar de trabajo.

Con relación a esto, Gil – Monte y Peiró (s.f.) agregan aquellos factores vinculados a las condiciones físicas de trabajo, entre los que podrían citarse la falta de iluminación, poca higiene, carencias de espacio físico y ruidos.

b- Facilitadores

Gil – Monte y Peiró (s/f) explican que como *facilitadores* del Síndrome de Burnout se entienden a aquellas “ variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que éstos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del Síndrome en una u otra dirección.” (p.71)

Continuando con los autores citados, entre las variables facilitadoras pueden mencionarse:

Variables Demográficas

(Los datos que se presentan no son concluyentes, sino que representan las tendencias que se obtuvieron en diferentes estudios efectuados para investigar el tema)

- **Sexo:** se perciben diferencias en las actitudes de despersonalización, puntuando más alto varones que mujeres, en cambio éstas presentan

más vulnerabilidad al agotamiento emocional y a la baja realización personal en el trabajo.

- **Edad:** habría más probabilidad de hallar síndrome de Burnout en un profesional joven, debido a que los profesionales de mayor edad desarrollan una variedad más amplia de estrategias para afrontar el estrés y sus expectativas personales serían bastante más reales que en sus primeros años de ejercicio.
- **Estado civil:** se han encontrado menores índices del síndrome en personas casadas que en solteras, sin responsabilidades. Esto encontraría explicación en que la vida en familia haría más experto al sujeto en el tacto con los demás y sus problemas.
- **Antigüedad en el puesto y Antigüedad en a profesión:** vale lo mismo que para la variable edad, ya que los sujetos nuevos por lo general son más jóvenes y por lo tanto con mayor experiencia y cantidad de estrategias para afrontar el estrés. (Gil-Monte y Peiró, s.f.; Neira, 2004)

Variables de Personalidad

Según De las Cuevas Castresana (2003), más allá del tipo de personalidad de los trabajadores, parecería que presentan mayor vulnerabilidad ante el Síndrome, aquellas personas que presentan una actitud entusiasta y dedicada respecto a su trabajo. Éstos individuos se caracterizarían por: auto imponerse presiones asociadas con expectativas exageradas sobre su trabajo y sobre sí mismo; involucrarse de manera excesiva con los receptores de su labor, lo que en el caso de los trabajadores de Salud, lo expondría constantemente a experiencias de pérdida y, por último, con la desilusión y el disgusto al conocer la diferencia entre lo ideal y lo real de su trabajo.

Estrategias de afrontamiento

Según se ha estudiado, manifiestan mas sentimientos de quemarse por el trabajo aquellas personas que frecuentemente emplean *estrategias de evitación / escape o centradas en la emoción* que quien apela a *estrategias activas o centradas en el problema*.

Apoyo Social en el Trabajo

La falta de Apoyo Social dentro del contexto laboral es otra de las variables que aumenta la probabilidad de que se manifieste el síndrome en una persona.

Los ambientes laborales con gran índice de Burnout se caracterizan por tener líderes que mayormente aportan feedback negativos, a diferencia de los ambientes en los que el apoyo es alto y por tanto, los niveles del Síndrome bajos. (De las Cuevas Castresanas, 2003)

Consecuencias del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Como ya se mencionó a lo largo del presente Marco Teórico, el Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico, y más precisamente como mediador entre los estresores y las consecuencias de los mismos²; por lo que su permanencia en el tiempo provocará efectos nocivos en el individuo y en la organización, como así también en la calidad del servicio que se ofrece.

Tonon (2004) menciona las siguientes consecuencias:

- **Físicas y emocionales:** taquicardia, cefaleas, fatiga, aburrimiento, apatía, culpa, depresión, etc.
- **Interpersonales:** se manifiestan en dificultades en las relaciones sociales y familiares.
- **Actitudinales:** suele observarse el desarrollo de actitudes negativas hacia las personas destinatarias del trabajo (pacientes, usuarios, clientes; dependiendo del ámbito), insatisfacción laboral y bajos niveles de compromiso.
- **Conductuales:** la autora se refiere a aquellas conductas disfuncionales en el lugar de trabajo (disminución de la cantidad y calidad del trabajo, llegadas tarde, ausentismo.)

A esto puede sumarse el aumento de ingesta de alcohol, tabaco, drogas y también consecuencias en el plano intelectual, viéndose afectadas de manera negativa la memoria, la percepción, el juicio y la concentración.

² Ver gráfico desarrollado en el apartado “El Burnout en el marco del Estrés Laboral”.

Síndrome de Burnout y DSM IV

Algunos autores como Bibeau, Dussault y Larouche (1989 c.p. Gil-Monte, 2005), incluyen al Síndrome de Burnout en la categoría "trastornos adaptativos" del DSM IV. (APA, 1995)

Éste manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, plantea como característica significativa del trastorno adaptativo, el desarrollo de síntomas comportamentales o emocionales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes del comienzo del estresor.

Clínicamente, la reacción se expresa por un acusador malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresor, o por un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica; manifestándose una disminución en el rendimiento laboral o escolar y cambios en las relaciones sociales. Además, estos trastornos se vinculan con un aumento en el riesgo e intentos de suicidio.

Si bien, un trastorno adaptativo según el DSM IV (APA, 1995) debe resolverse seis meses después que el estresante desaparece, los síntomas pueden persistir superado éste tiempo si surgen como consecuencia de un estresor de carácter crónico (por ejemplo una enfermedad médica de carácter incapacitante o crónica) o a un estresor con repercusiones importantes (dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio)

Así, los síntomas pueden ser *agudos* (cuando persisten menos de seis meses) o *crónicos* (cuando se manifiestan por un período superior a los seis meses y son respuesta a un estresor crónico)

El estresor puede ser un acontecimiento simple o ser causa de factores múltiples. Para el primer caso, el DSM IV (APA, 1995) cita como ejemplo la finalización de una relación sentimental; y para el segundo, problemas conyugales y la finalización de una relación sentimental.

Los estresores pueden ser recurrentes o continuos. También un estresante podría depender de acontecimientos específicos del desarrollo, como por ejemplo un fracaso en los objetivos que la persona se propone en su profesión.

Gil-Monte (2005) explica que dentro de los seis subtipos de "trastornos adaptativos" que propone el manual (con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, con ansiedad y con estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, no especificado), el Síndrome de Burnout podría incluirse en "trastorno adaptativo no especificado", siguiendo éste criterio, el registro sería: **F43.9 Trastorno adaptativo no especificado, crónico [309.9]**, el cual debe utilizarse para reacciones desadaptativas (por ejemplo aislamiento social, inhibición académica o laboral, quejas somáticas) a estresores psicosociales que no pueden clasificarse en uno de los subtipos específicos de éste trastorno.

Siguiendo con el mismo autor, otra opción es considerar el Burnout como un problema laboral, e incluirlo en el Eje 1, en donde se ubican aquellos trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objetos de atención médica y codificarlo como Z 56.7 (CIE-10)

Esta categoría se utiliza cuando el objeto de atención médica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental, o bien, si es a causa de un trastorno mental, es lo suficientemente grave como para merecer una atención clínica independiente.

Entonces, siguiendo éste criterio, el Síndrome se clasificaría de la siguiente manera: Z 56.7 Problema Laboral [V62.2], categoría en la que se incluyen problemas tales como la incertidumbre en la elección profesional y la insatisfacción profesional. (APA, 1995)

Por último, Gil-Monte justifica la necesidad de incluir el Síndrome de Burnout como una patología con entidad propia en el DSM IV, explicando que

éstas opciones diagnósticas no abarcan todas las características de éste Síndrome.

Burnout en la asistencia y prevención de adicciones

Independientemente de las variables de personalidad que hacen que el proceso del Síndrome se manifieste de manera particular en cada sujeto, habría diferentes factores que hacen pensar a quienes trabajan en la asistencia y prevención de adicciones como profesionales de riesgo ante el Burnout:

- **El contexto institucional:** incluiría las dificultades vinculadas a la organización de las tareas, la distribución de roles, la capacitación de los equipos, además de la situación social, económica y política en la que se haya inserta la institución.
- **Las características de la patología:** afectarían la posibilidad de establecer un vínculo basado en el compromiso con el paciente.
- **La calidad de las relaciones interpersonales:** la cual influiría en la satisfacción de las personas en su trabajo y en la calidad del trabajo conjunto.

Fernández (2001), explica que la alta responsabilidad social que tienen los equipos que trabajan con patologías psicosociales (violencia, adicción, alcoholismo, SIDA), demanda realizar trabajos en contextos en los que el profesional se expone a una extrema tensión, como consecuencia del contacto con personas e instituciones que sufren carencias, agobio, angustias y la incertidumbre de la crisis social, política y económica predominante en el marco comunitario.

Además, considera que, los trabajadores sociales se exponen permanentemente a desgastes, por la relación que tiene su tarea con los aspectos más problemáticos de los seres humanos. Si bien quienes desarrollan su labor en sectores de prevención y asistencia desarrollan

estrategias eficaces que posibilitarían un enfrentamiento con situaciones complejas, con el tiempo pueden observarse la pérdida de entusiasmo hacia su trabajo, manifestándose de diversas maneras: agotamiento, conflictos entre pares, irritabilidad, somatizaciones, cambios de conducta, etc. (Fernández, 2001)

Según De las Cuevas Castresana (2003), dentro del colectivo de trabajadores de la salud, aquellos que desempeñan su profesión en Salud Mental, se constituyen en los más afectados por el estrés; esto se debería al hecho de trabajar con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, miedo, sexualidad y muerte).

Luego, el mismo autor, refiriéndose concretamente a profesionales que trabajan con adicciones, explica que los mismos tienen que manejar niveles de frustración más intensos que con otro tipo de pacientes, fundamentalmente, por el alto porcentaje de recaídas que pueden manifestarse durante el tratamiento, debido a la naturaleza de la enfermedad. Así, éste tipo de asistencia provoca contratransferencias³ que, en oportunidades, resultan difíciles de manejar.

Existen características de la personalidad adictiva que hacen que su tratamiento pueda tornarse emocionalmente agotador para el profesional: la escasa diferenciación, la pasividad, la dependencia, la dificultad y el miedo de reconocer y expresar emociones, el temor al rechazo, el uso de mecanismos de defensa muy primitivos (negación, proyección), la impulsividad y la dificultad para aprender de la experiencia. (De las Cuevas Castresna, 2003)

Por su parte, García Baquero y cols. (2004), hacen referencia a que éstos profesionales podrían configurarse como un colectivo vulnerable ante el estrés, ya que atienden a pacientes multiproblemáticos, en donde a la adicción se suman problemas de Salud Mental (patología dual), educativos,

³ “Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado, y especialmente, frente a la transferencia de éste.” (Laplanche, J. y Pontalis, J. B., 1998: 84)

de marginalidad social y características de la personalidad, por ejemplo la agresividad.

Fernández (2001), considera que pueden distinguirse cuatro estadios de evolución del Síndrome:

- LEVE, y la explica como una evolución ocasional y de corta duración;
- Luego se refiere a una evolución MODERADA, en la que el cansancio físico y emocional serían de mayor duración;
- Una evolución GRAVE, constituida por síntomas crónicos o de agravamiento de las tres características que definen el síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo), a lo que se le sumaría ausentismo, abuso de drogas y / o alcohol, etc.;
- Y por último, una evolución EXTREMA, que se caracterizaría por depresión crónica, aislamiento, crisis existencial, con riesgo de llegar al suicidio.

Presentación de la Institución

Presentación de la Institución

El Programa del Sol es una Asociación Civil sin fines de lucro que, dependiendo de la sede Central situada en la Capital de la provincia de Córdoba, nace en la ciudad de Cosquín en el año 2001 con la misión de:

- Abordar la problemática del consumo abusivo de drogas en forma integral, atendiendo a la particularidad de cada individuo que solicita atención.
- Crear un ámbito de investigación y actualización de metodologías de abordaje, como así también para la elaboración de nuevos proyectos de asistencia, prevención, formación, etc.
- Brindar asistencia a las Instituciones Educativas de la Provincia, diseñando Programas de prevención, capacitación y trabajo terapéutico con grupos de riesgo dentro de las escuelas y desarrollando talleres para los diferentes actores de la comunidad educativa.

Durante este tiempo transcurrido la institución ha obtenido las diferentes habilitaciones requeridas por las Instituciones gubernamentales y por los Organismos de control. Estas son:

- Personería Jurídica N° 163/A/97. Programa del Sol - Asociación Civil sin fines de Lucro. Otorgada por la Inspección de Sociedades Jurídicas del Gobierno de la Provincia de Córdoba.
- Habilitación de la Municipalidad de Córdoba, certificado N° 016187
- Habilitación Municipal de la ciudad de Cosquín, Resolución 463. 2003.
- Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, expediente N° 0425-137384/04. 2004
- D.G.I. exento. C.U.I.T. N° 30-69298082-0. 2004

Igualmente, a lo largo de estos años el Programa del Sol ha establecido relaciones con distintas instituciones de la comunidad coscoína y se han desarrollado eventos, espacios de formación y capacitación:

- Se integra en la Red Local Comunitaria de Promoción de la Salud de Cosquín. 2001
- Se suscribe un Acta de Cooperación Recíproca entre el Programa del Sol y el Hospital Municipal de Cosquín "Dr. Armando Cima". 2001
- Articulación activa con los principales Centros Educativos Secundarios de la ciudad de Cosquín.
- Difusión de micros radiales elaborados por los jóvenes en tratamiento a través de las principales FM locales.
- Participación en las Jornadas a puertas abiertas del Colegio Sarmiento.
- Participación en la Semana de la Salud en la ciudad de Cosquín, evento declarado de interés Municipal y Provincial por las autoridades.
- Trabajo en Red con las distintas Instituciones locales que involucran las actividades de los jóvenes.
- Convenio de Pasantías Profesionales con la Facultad de Psicología perteneciente a la Universidad Empresarial Siglo 21.
- Evento "DE SIDA DE CORAZÓN", en conmemoración del día internacional de la lucha contra el VIH-SIDA.

Concepción de la adicción

El Programa lee las situaciones de uso y abuso de drogas en la dialéctica medio – historia familiar – persona individual; por lo que se concibe a la adicción como un estado de dependencia que lleva al individuo a la pérdida de su autonomía y de sus capacidades sociales, entendido como un intento inapropiado de resolver los conflictos provocados por una mala percepción de sí mismo y de su entorno, consecuencia de un ambiente temprano de privación que produce fallas evolutivas.

Se plantea el tratamiento de rehabilitación como un espacio de sostén cuyo fin sería facilitar la identificación e internalización de representaciones objetales diferentes. Esto se posibilita si se cuenta con un entorno que permita el desarrollo y crecimiento, para lograr relaciones positivas e íntimas.

Por otra parte, se considera imprescindible establecer algunos lineamientos generales para que el tratamiento se enmarque en un orden legal y para que el sujeto llegue a responsabilizarse de su recuperación.

Modelos de abordaje

Para el abordaje de cada caso, la Institución inicia con el proceso de **Admisión** como primer paso del tratamiento, en la que se proponen los siguientes objetivos:

- Establecer un primer contacto con la problemática para realizar, a lo largo del proceso, un diagnóstico de situación, tanto desde lo individual, como de lo familiar y social.
- Evaluar la predisposición al tratamiento.
- Evaluar la participación familiar.
- Realizar análisis y diagnóstico clínico.

- Construir un vínculo confiable con la institución.
- Informar tanto al paciente como a su familia las características del tratamiento en las diferentes modalidades que presta la Institución (Actividades en que cada uno debe participar, responsabilidades, reglas fundamentales, compromisos que cada uno debe asumir, etc.)
- Determinar la modalidad de tratamiento adecuada a partir del análisis de los puntos anteriormente planteados.
- Una vez alcanzados estos objetivos, realizar un período de adaptación, que permita una inclusión adecuada al inicio del tratamiento.

Se estima un período de duración para ésta etapa de 30 a 60 días, luego el paciente será derivado a algún tipo de servicio. La frecuencia de las entrevistas se establece a partir de la evaluación realizada. Normalmente se pautan tres entrevistas semanales, pero existen situaciones en las que se requiere realizar un abordaje más intensivo y de ese modo se pueden llegar a pautar una entrevista diaria. De esta forma se respetará la individualidad de cada paciente, diseñando un plan primario de abordaje según las características del caso.

Criterios de Admisión al Programa del Sol

Consultorios Externos

- Voluntad de tratamiento.
- Contención Familiar y/o social
- Sostenimiento de alguna actividad educativa y/o laboral.

Centro de Día

- Falta de actividades laborales y/o educativas, por lo que se hace necesario proveer de un espacio de contención.

- Voluntad de tratamiento.
- Contención y compromiso familiar con el tratamiento.

Criterios de traslado o derivación en caso de emergencia

- Crisis psiquiátricas.
- Falta de voluntad para continuar el tratamiento.
- Falta de adaptación y/o aceptación a las reglas pautadas para realizar tratamiento.
- Emergencia médica.

Modalidades de intervención

La intervención puede efectuarse de dos maneras, dependiendo de las características del caso:

1. Abordajes preventivos
2. Abordajes para usuarios de drogas

1. El Tratamiento de Prevención

Entre los casos más comunes se encuentran:

- Episodios de abuso de alcohol.
- Situaciones familiares conflictivas.
- Pertenencia a grupos de riesgo.
- Consumos esporádicos de droga.
- Actividades delictivas.

El Tratamiento de Prevención consiste en psicoterapia grupal, entrevistas familiares y multifamiliares, y si es necesario entrevistas individuales.

La indicación de este tipo de tratamiento surge de la evaluación de cada caso particular que ingresa al Proceso de Admisión del Centro.

Las características comunes de estos casos son:

- a. Haber tenido un episodio o varios de consumo de droga o abuso de alcohol;
- b. Frecuentar grupos de riesgos;
- c. Antecedentes familiares, en donde uno de los progenitores es adicto, reconocido o no;
- d. Crisis familiares caracterizadas por separaciones de los padres y cambio en los roles paternos y maternos.

El objetivo del Tratamiento de Prevención es lograr la abstinencia en el consumo de drogas o abuso de alcohol. Se trata de generar en los jóvenes la capacidad de decir que NO frente a situaciones de riesgo, fortaleciendo su yo. Para ello se trabaja, por un lado con los jóvenes, sobre la reflexión de alternativas saludables con medidas de protección y auto cuidado; y por otro lado con todo el grupo familiar, con el cual se profundiza sobre la dinámica disfuncional que subyace a cada caso particular, específicamente sobre las funciones materna y paterna, y deseos y expectativas sobre el lugar de hijo.

Sobre la base de lo obtenido en el Proceso de Admisión, se realiza un Diagnóstico Situacional con las características específicas de cada caso y luego se realiza un Plan de Tratamiento con objetivos a lograr por etapas bimestrales.

Al Grupo Terapéutico de Prevención concurren jóvenes de entre 15 a 20 años de edad, los cuales asisten por la consulta de sus padres o derivados por un Juzgado.

Los coordinadores del grupo generalmente son dos, un operador terapéutico y un psicólogo. Con esto, se pretende lograr una doble mirada de las problemáticas, la cuestión conductual y operativa del día a día y de los

fin de semana a cargo del operador, y una mirada más profunda, trabajando aspectos vivenciales, emocionales y psicodinámicos por parte de la psicóloga.

Se trata de articular en el Grupo:

- el momento,
- las necesidades y
- los objetivos de cada caso particular, trabajando permanentemente la interacción de los miembros del grupo para facilitar los aportes, identificaciones y confrontaciones.

El trabajo grupal se ve influenciado predominantemente, por la predisposición y apertura de sus integrantes, y por la relación transferencial con los coordinadores. Con respecto a lo primero, en el Programa se considera de suma importancia el lograr re-significar la demanda, esto es, trabajar sobre el motivo de consulta de los padres y lograr una toma de conciencia por parte de los jóvenes como protagonistas de una problemática.

Ello también se trabaja permanentemente en los espacios familiares y multifamiliares debido a que se observa que los jóvenes son, la mayoría de las veces, depositarios de un problema de índole familiar o, específicamente, un chivo emisario de conflictos de la pareja de los padres. Por esto, los espacios de Entrevistas Familiares se realizan periódicamente, según cada caso particular, cada dos semanas o un mes, para iniciar un proceso en donde se revisen los lugares y funciones de padre, madre e hijo permanentemente.

Algunos casos pueden requerir realizar entrevistas familiares por separado con cada progenitor para revisar conflictos específicos con uno u otro, o debido a crisis profundas en las parejas de padres como separaciones o divorcios conyugales.

Los espacios de Entrevistas Multifamiliares se realizan mensualmente y tienen como objetivo el compartir los procesos llevados a cabo por cada familia, favorecer la interacción y la comunicación en general, con las confrontaciones variadas y aportes entre todos los miembros, jóvenes, padres y/o hermanos, que asistan.

2. Abordajes para usuarios de drogas

Tratamiento Ambulatorio

Este comprende, entre otras, las siguientes actividades:

- Instancias grupales
- Abordaje individual
- Entrevistas familiares
- Grupos para padres y hermanos
- Actividades complementarias

Tratamiento Centro de Día (de 4 u 8 h.)

Los tratamientos de centro de día brindan al paciente una asistencia ambulatoria intensiva, está destinada a jóvenes que pueden concurrir por intermedio de 4 hs, 6 hs, u 8 hs. dependiendo de las necesidades de cada uno y de la contención que tenga en el ámbito social y familiar.

Es una modalidad terapéutica que le permite al sujeto y a su familia trabajar su problemática desde la filosofía, las normas y valores utilizados usualmente en las comunidades terapéuticas, y al mismo tiempo mantenerse integrado a su mundo habitual.

Asimismo, trata de dar respuesta a aquellas personas en las que se evalúa, luego del período de Admisión, como innecesaria y hasta contraindicada su inserción en un programa de internación completa.

El Centro de Día es un Módulo de intervención diaria y por ello es importante que el sujeto sepa qué hacer en cada momento del día. El objetivo básico es establecer una nueva rutina, y sobre la base de esta, lograr organizar y ordenar sus tiempos.

El Programa acepta a las personas, no a sus actitudes negativas, para ello la herramienta primordial es el "confronto", donde cualquier sujeto en tratamiento tiene la oportunidad de "confrontar" a otro sobre las actitudes que contradigan con la estructura, las normas, los valores, y la filosofía de la Institución.

Consultorios Externos

En este tipo de abordaje se incluye a sujetos que por la evaluación realizada en admisión no pueden integrarse a ninguno de los grupos, prevención o usuarios, ya sea por no encuadrar desde su particularidad individual o por su falta de compromiso.

En este último caso, se buscará resguardar el grupo para garantizar los valores y normas que lo regulan.

La frecuencia de estos espacios puede ser 1 o 2 veces semanales, y el trabajo familiar similar al resto de los modelos de abordaje.

Grupo Usuarios

Este grupo se constituye con personas que participan de dos módulos de tratamiento, el ambulatorio y el centro de día.

Más allá de los modelos de tratamientos definidos en la admisión, existen dos perfiles diferenciados dentro del grupo:

- Los usuarios con conductas delictivas
- Los usuarios sin problemas judiciales.

El grupo funciona de manera más estructurada que el de prevención, con seguimiento sobre los fines de semana y un trabajo intenso con la dinámica familiar.

Los planes de tratamientos son más elaborados y la duración de los mismos puede llegar hasta los 24 meses.

Implementación de Gabinetes de Drogas en Establecimientos

Los profesionales del Programa del Sol ven a diario en el ámbito de trabajo, debates entre intervenciones rígidas, flexibles, contemplativas, familiares, y otras; con todas se obtiene resultados, pero existe mucha contradicción en el mensaje transmitido. Sumado a ello, en los últimos años, han ido en aumento el consumo de drogas y situaciones ligadas al mismo.

Sobre la base de esta realidad planteada, la Institución propone una alternativa de trabajo:

- Crear espacios de trabajo conjunto con el personal de cada establecimiento para construir la convivencia con las drogas, realizando previamente un diagnóstico institucional de la situación específica.
- Construir un criterio de abordaje claro frente a situaciones asociadas a drogas.
- Ofrecer alternativas concretas de intervención ante la demanda.

En la elaboración del diagnóstico se tienen en cuenta los antecedentes con relación a problemas asociados a drogas que hayan surgido y cuáles fueron las técnicas de abordaje implementadas en la Institución Educativa frente a esas situaciones, y sus resultados. Esto ayuda a no repetir estrategias cuyos frutos no fueron positivos.

Una manera efectiva de trabajo es la visión integradora de la situación, poder contemplar a la comunidad continente de todas las situaciones

asociadas a drogas y desde allí trabajar para que el porcentaje de consumidores y de situaciones de riesgo disminuya.

Una vez establecida una reglamentación clara, los miembros del personal deben actuar como agentes multiplicadores en la prevención, pero ya no por su propia convicción, sino con el respaldo de una política interna concreta.

Actividades

Para intervenir en estos establecimientos, el Programa del Sol plantea una serie de actividades a desarrollar:

- Elaborar un listado que incluya información en general.
- Definir claramente la demanda con relación a situaciones ligadas a drogas evaluando su prioridad y pertinencia.
- Identificar las situaciones problema asociadas con drogas dentro del establecimiento.
- Clasificar dichas situaciones y su impacto, según los antecedentes.
- Elaborar alternativas de acción concreta luego de analizar exhaustivamente cada caso. Para elaborar dichas alternativas se tiene que definir claramente CUÁL es la "situación problema", QUÉ se quiere modificar de la misma y CÓMO se haría (en este último punto se evaluará con qué recursos se cuenta y qué acciones se emprenderán para modificar las situaciones asociadas al consumo de drogas)
- Registrar las situaciones asociadas a drogas en las que se comienza a intervenir y poder elaborar un grupo de contraste de acuerdo a las consecuencias posteriores.
- Realizar evaluaciones mensuales de lo que va sucediendo y el impacto dentro de la comunidad, para realizar ajustes dentro del esquema.

Metodología

Descripción del Proyecto

El presente trabajo consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional (P.A.P.), llevado a cabo en la Institución "Programa del Sol", sede Cosquín.

Se trata de la elaboración de un programa de intervención cuyo fin es modificar una situación inadecuada o conflictiva, reconocida a partir de una Descripción Situacional, lo cual implica articular conocimientos teóricos y prácticos, de modo que la Institución en su conjunto se vea modificada y beneficiada.

Según Ander – Egg e Ibáñez (1995), un proyecto es un conjunto de actividades relacionadas y coordinadas entre sí, mediante las cuales se pretende generar determinados bienes y servicios, capaces de resolver problemas o satisfacer necesidades.

Este tipo de estudio consta de una estructura particular, la cual, en primera instancia, requiere de un análisis de la Institución para obtener un conocimiento profundo de la realidad a modificar, identificando problemas y a quienes resultan afectados por los mismos.

En éste caso específico, se pretende conocer la situación del Programa del Sol con relación al desarrollo del Síndrome de Burnout por parte de los profesionales y, sobre la base de lo obtenido, plantear una estrategia de intervención. Dicha estrategia incluye la delimitación de objetivos (tanto generales como específicos) y metas a lograr, detallando el plazo de tiempo estimado, técnicas y actividades para su concreción.

Lo que se pretende mediante éste estudio es brindar alternativas frente a una situación considerada perjudicial para la Institución, sus miembros y para quienes reciben el servicio.

Descripción Situacional

Para efectuar la descripción situacional de la Institución, se aplicaron instrumentos específicos a los miembros del Equipo Terapéutico del Programa del Sol, el cual se conforma del siguiente modo: Interventor, Psicólogos, Operadores Terapéuticos, Médicos y Talleristas.

Para recolectar información se utilizó:

- Una **Entrevista Abierta**⁴, conformada por preguntas ante las cuales los entrevistados respondían libremente. Los ejes centrales de la misma fueron: funciones del profesional en la Institución, particularidades del trabajo con esta patología, sensaciones que le genera los recientes cambios en la Institución, sus apreciaciones sobre el trabajo en equipo y las posibles inquietudes o preocupaciones relacionadas a la dinámica Institucional.
- Para el análisis de los datos registrados mediante ésta entrevista se utilizó la técnica de Análisis de Entrevista.
- Se estimó para su administración un tiempo aproximado de 20 min.
- El **Maslach Burnout Inventory**⁵ (MBI), creado por Maslach y Jackson en la década del 80'. El instrumento se aplicó con el objetivo de conocer si existe y en qué medida el síndrome en éste Equipo Terapéutico. Consta de 22 reactivos valorados con una escala de tipo Likert, de modo que quien responde debe hacerlo sobre la base de 7 adjetivos que van desde Nunca (0) a Todos los Días (6) Así, se obtienen puntajes para tres escalas:
 - Agotamiento emocional (EE),
 - Despersonalización (DP),

⁴ Consultar en sección "Anexo": Modelo de Entrevista Abierta y Respuestas a Entrevistas Abiertas.

⁵ Ver en "Anexo": Administración de MBI.

- Realización personal en el trabajo (RP) (Gil – Monte y Peiró, s/f.)⁶

Para analizar estas dimensiones, se consideró:

1. Escala EE

- Puntuaciones de 27 o más, indicarían un alto nivel de Burnout.
- Aquellas puntuaciones comprendidas en el intervalo de 19-26 serían indicativas de un nivel intermedio de Burnout.
- Las puntuaciones de 18 o menores a éste número, indicarían niveles bajos o muy bajos del Síndrome.

2. Escala DP

- Las puntuaciones que superan a 10 indicarían niveles altos de despersonalización.
- Puntuaciones entre 6-9 indicarían una despersonalización media.
- Aquella puntuaciones que se encuentren por debajo de 6 indicarían bajo grado de despersonalización.

3. Escala RP

- Puntuaciones entre 0-33 indicarían baja realización personal en el trabajo.
- Las puntuaciones incluidas en el intervalo 34-39 indicarían un nivel de realización media.
- Puntuaciones de 40 o por encima, serían indicativas de una alta sensación de logro. (De las Cuevas, 1994)

Con respecto a lo anterior, cabe aclarar que mientras en las escalas Cansancio Emocional y Despersonalización, altas puntuaciones son indicadores de altos sentimientos de quemarse, en escala Realización

⁶ Definición expuesta en Marco Teórico, apartado “Perspectivas del Síndrome de Burnout”.

Personal, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. La dimensión Realización Personal es independiente de las otras escalas, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. (Gil – Monte y Peiró, s/f.)

Antes de aplicar el instrumento se efectuó una prueba piloto debido a que se utilizó una adaptación española del MBI, por lo que se suponía la posible presencia de giros lingüísticos que podrían afectar la comprensión y posterior valoración de los reactivos.

Como resultado se modificó lo siguiente:

- En los reactivos 3 y 18 se cambió la expresión "me encuentro" por "me siento".
- En el ítem 8 se agregó "o sobrepasado" a la expresión "quemado".
- En la afirmación 17 se eliminó la palabra atmósfera y se la reemplazó por "clima".
- En el reactivo 19 se modificó "merecen la pena" por "valen la pena".

El inventario se administró junto con una nota que aclara los criterios de confidencialidad y reserva de los datos obtenidos, y con una hoja en donde el entrevistado debía completar datos como edad, sexo, horas de trabajo, etc. Lo que se pretendió al incluir ésta información es obtener el conocimiento de aspectos importantes que puedan ser relacionados a las mediciones del Síndrome de Burnout.

Para generar la Descripción Situacional, se analizaron conjuntamente los datos obtenidos mediante las Entrevistas Abiertas, las puntuaciones en las dimensiones de Burnout y los datos demográficos adquiridos, con la intención de establecer relaciones significativas entre los mismos.

Ambos instrumentos se aplicaron de manera individual a cada integrante del Equipo Terapéutico.

La administración se llevó a cabo durante el mes de Mayo de 2006, en los momentos en que cada profesional disponía de tiempo libre en su rutina institucional.

Se observó predisposición ante el estudio y ante lo requerido por la entrevistadora.

Resultados

El Síndrome de Burnout con frecuencia afecta a profesionales que desempeñan su trabajo en organizaciones de servicio o asistencia, en donde el contexto institucional, generalmente, se caracteriza por la falta de recursos tanto humanos, como materiales, por la carencia de autonomía para el trabajo, y la rotación de personal, entre otros aspectos que, sumados al contacto permanente con el sufrimiento humano, dificultan el desarrollo del trabajo y afectan la calidad del servicio brindado.

Con relación a esto, en las entrevistas administradas a cada uno de los profesionales del Equipo Terapéutico del Programa del Sol, los mismos definen al abordaje de ésta patología como desgastante y poco gratificante; y destacan como particularidades del mismo la falta de constancia y motivación de quienes concurren a tratamiento, y las limitaciones que la realidad del propio paciente impone para generar un cambio. A su vez, la mayoría de los miembros de ésta Institución, considera que actualmente no cuenta con los recursos necesarios para el desempeño de su actividad en el Programa.

Esta realidad institucional, plasmada por el personal del Programa, estaría evidenciando la necesidad de prevenir el Síndrome de Burnout en el Programa del Sol, sede Cosquín.

Si bien ninguno de los profesionales alcanzó puntuaciones significativas en las tres dimensiones del Síndrome simultáneamente, pueden efectuarse algunas observaciones relacionando la información obtenida mediante las entrevistas aplicadas, con las puntuaciones de los profesionales en las escalas de Burnout y los datos demográficos de la población estudiada.

Los valores más altos en Despersonalización, pertenecen a dos profesionales de sexo masculino, de los cuales, uno ha puntuado en un nivel

alto y el otro, obtuvo un puntaje medio próximo al límite con el rango de las puntuaciones consideradas como altas para ésta escala.⁷

Esto es coincidente con lo planteado en investigaciones efectuadas con anterioridad, a partir de las cuales se considera que, las diferencias establecidas entre varones y mujeres con relación a la escala Despersonalización podrían encontrar su explicación en los procesos de socialización por los que atraviesan los roles femenino y masculino, y su relación posterior con los requisitos de los puestos de trabajo; por lo que, en el ámbito cultural, se espera que el hombre no exprese emociones y alcance sus objetivos dejando de lado la interdependencia y el énfasis en las relaciones interpersonales. (Gil-Monte y Peiró; s.f.) Lo anterior se ratifica por el hecho de que la mayoría de los valores medios y bajos en ésta dimensión, corresponden a profesionales de sexo femenino.

Además, la persona que obtiene puntuación alta en la escala Despersonalización, no tiene una preparación académica que le brinde herramientas concretas para el trabajo con ésta patología; es decir que el desarrollo de actitudes negativas, el trato deshumanizante hacia los pacientes y la falta de motivación en el trabajo, entre otras conductas propias de la DP, podrían explicarse aquí, por el hecho de que se trata de un profesional que carece de una formación específica en adicciones o en alguna profesión que le permita adquirir elementos que posibiliten un enfoque diferente hacia el trabajo mismo, como hacia los pacientes con los cuales interactúa.

Asociado a esto, habría un segundo factor, relacionado con el Trabajo en Equipo, que explicaría el alto nivel de DP de éste profesional, ya que el mismo relata en la entrevista que en el Equipo Terapéutico siempre se dan situaciones angustiantes, ligadas sobre todo a luchas de poder; manifestando a demás, que no tiene relación con todos los profesionales de la Institución

⁷ Las puntuaciones correspondientes a cada escala se han desarrollado en e apartado “Metodología”.

por falta de tiempo compartido. Por lo anterior se deduce que, la ausencia de una relación de trabajo cercana con sus pares, dificultaría el establecimiento de un clima más distendido de trabajo en Equipo (lo que podría suponerse como un espacio de contención para el profesional) y la posibilidad de generar sentimientos positivos y un trato cordial hacia los pacientes.

Por otro lado, y según puede inferirse de las entrevistas realizadas a todo el personal de la Institución, las relaciones de trabajo se encuentran centralizadas en dos personas, es decir, todos los miembros del Programa del Sol tienen contacto frecuente con dos profesionales del mismo, pero no con el resto de sus compañeros. Esto afectaría la integridad de éste Equipo Terapéutico, y dificultaría el logro de un criterio compartido de trabajo ante la complejidad de esta patología.

Con relación a eso, es positivo que algunos profesionales reconozcan la importancia de trabajar en Equipo en el tratamiento de adicciones y lo fundamental que es generar un clima de trabajo ameno entre profesionales, instaurando un diálogo honesto, y estableciendo relaciones de trabajo horizontales. Esta actitud es de fundamental importancia para el proyecto que se plantea, ya que se pretenderá fomentar el trabajo interdisciplinario.

Por otra parte, estas personas con puntuaciones más altas en Despersonalización, son quienes mayor antigüedad tienen trabajando en la Institución, por lo que podría pensarse que variables tales como clima laboral, ambigüedad en el puesto, horas extras trabajadas, recientes renuncias, luchas de poder, etc., estarían influyendo en estos resultados. Como contrapartida, los miembros de éste Equipo con menos tiempo de actividad en el Programa del Sol, se encuentran en los rangos medio y bajo de Despersonalización.

Siguiendo con el análisis, de las tres personas de mayor edad dentro de la Institución, dos presentan niveles altos en la dimensión Cansancio

Emocional, mientras que la restante obtiene, en la misma escala, una puntuación media.

Con relación a esto, cabe aclarar, que éstas tres personas pertenecen al grupo de profesionales de más antigüedad en el ejercicio de su profesión, por lo que puede pensarse que en la población estudiada, la edad y el tiempo en la profesión tiene una relación directa con el Cansancio Emocional. Es decir, podría suponerse que, a mayor edad y mayor antigüedad en la profesión en los miembros del Equipo Terapéutico de ésta Institución, más altos son los niveles de Cansancio Emocional.

Sin embargo, estas mismas personas no presentan puntuaciones llamativas en la dimensión Despersonalización y en Realización Personal, lo que posiblemente podría fundamentarse en uno de los casos, por el poco tiempo de trabajo con la patología, y en los dos restantes por tratarse de personas que han experimentado la dependencia a drogas, el tratamiento y rehabilitación de la misma; lo que posibilitaría una mayor empatía con los pacientes y una mayor satisfacción con relación a sus logros laborales, que quien no lo vivenció. A su vez, esta misma empatía, podría constituirse en otro factor que influya en el Cansancio Emocional presentado por estos sujetos.

Esto puede pensarse y justificarse sobre la base de las declaraciones efectuadas por uno de los profesionales, al preguntarle por las particularidades del trabajo con ésta patología: " desde la parte operativa es mas transferencial que otra cosa, mayormente quienes trabajan como operadores tienen una experiencia previa en el tema adicciones, han sido adictos que después de su tratamiento han hecho capacitaciones y están aptos como para trabajar terapéuticamente, pero básicamente es el contacto con los chicos desde la experiencia, desde el mismo lugar que ellos, como para que no sientan que vienen a un Instituto médico y que la posibilidad cierta de un cambio de vida está, si alguien lo pudo hacer, ellos también."

Por otra parte, los profesionales con niveles bajos de Cansancio Emocional, son aquellos que llevan menos de dos años de trabajo con la patología, y en todos los casos coincide éste tiempo con la antigüedad en la Institución, por esto se deduce, que éstas dos variables (tiempo de trabajo con la patología y antigüedad en la Institución) influyen en las puntuaciones de CE que presentan los profesionales mencionados.

Es importante señalar con relación a lo anterior, que estas personas (las que presentan bajo CE), comparten menos cantidad de tiempo con los pacientes en tratamiento que el resto del Equipo, por así requerirlo su función dentro de la Institución, lo que haría suponer que se encuentran menos afectados por factores estresores que los otros profesionales, y por lo tanto podría esperarse un desarrollo más paulatino del Síndrome.

En las entrevistas administradas, los profesionales afirman haber experimentado situaciones angustiantes o ante las cuales no han sabido cómo responder, y mencionan las siguientes: dificultad en poner límites, cuestionamientos constantes por parte de los pacientes que llevan al replanteo de aspectos personales, reacciones inesperadas, el dolor ajeno, impotencia ante situaciones comprometidas de quienes están en tratamiento, dificultades para motivarlos y el desconocimiento de detalles de la historia del paciente.

Aún así, no se encuentran puntuaciones altas en CE y DP, y bajas en RP simultáneamente. Esto podría ser consecuencia, en algunos casos, del poco tiempo en el ejercicio de la profesión y de trabajo en la patología; y en otros, por el poco contacto con los pacientes, como ya se mencionó.

En referencia a las recientes renuncias que acontecieron en el Programa (tres en el último año y medio), desde la perspectiva de los profesionales se considera que las mismas se debieron a problemas administrativos, luchas de poder, falta de comunicación, egoísmo, egocentrismo, luchas económicas, inconveniencia horaria, etc. consideran

además, que éstas desvinculaciones generan “un completo malestar de trabajo”, y perjudica a las personas que se encuentran en tratamiento por la identificación que tenían con quienes se fueron.

Se hipotetiza que uno de los motivos de éstas renunciaciones podría haber sido el desgaste emocional vivenciado por los profesionales a causa del contacto cotidiano con el sufrimiento humano y del clima de inestabilidad en el Equipo, lo que estaría demostrando nuevamente, la necesidad de prevenir el Síndrome de Burnout en el Programa del Sol (Cosquín) implementando una intervención que considere (entre otros aspectos) la estimulación del trabajo interdisciplinario en la Institución.

Finalmente, los miembros de la Institución, describen en las entrevistas que el Programa se encuentra en un momento de cambio, lo que implica: la intención de mejorar las condiciones de trabajo, estructurar cada módulo de tratamiento, lograr un funcionamiento a nivel equipo, generar un ámbito de trabajo distendido, etc.

Ante esto puede percibirse una actitud positiva y una disposición al cambio por parte de quienes integran éste Equipo, por lo que se considera oportuno presentar éste Proyecto de Aplicación Profesional, con el objetivo de prevenir el Síndrome de Burnout, tomando como base la información sobre el mismo, las ventajas del trabajo interdisciplinario y la importancia de generar un espacio institucional que permita la reflexión sobre el tipo de intervención y sobre las vicisitudes del trabajo.

Propuesta de Intervención

Propuesta de Intervención

Objetivo General: prevenir el Síndrome de Burnout.

Destinatarios: la propuesta está destinada a los miembros del Equipo Terapéutico de la Institución Programa del Sol: médicos, talleristas, psicólogos, delegados y operadores.

Modalidad de la Intervención: teórica y práctica.

Duración: el programa se desarrollará durante los meses de agosto y septiembre de 2007, y estará conformado por tres módulos, de tres encuentros semanales de una hora y media los primeros; y dos encuentros semanales de dos horas el tercero.

Los módulos uno y dos son independientes entre si y con respecto al módulo tres. En cambio la aplicación del tercero requiere de la implementación del módulo uno y / o dos.

Lugar: las actividades se llevarán a cabo en las instalaciones del "Programa del Sol" en Cosquín, específicamente en la sala que la Institución dispone para los espacios grupales.

Recursos humanos: la coordinación estará a cargo de una Lic. en Psicología, y se contará con la presencia de una asistente, previamente capacitada, para la recepción de llamadas y atención a personas que lleguen a la Institución a buscar información; pretendiendo así, evitar interrupciones. En el último módulo se incluirá además una observador no participante.

Evaluación de la Intervención: se reiterará la aplicación del M.B.I. (instrumento utilizado para realizar la descripción situacional de la Institución), la administración de la Entrevista Abierta y se implementará la técnica Grupo Focal.

A continuación se describe el contenido de cada módulo, sus objetivos, recursos materiales y humanos necesarios y tiempo de duración.

Módulo	Encuentro	Actividades	Duración del módulo	Recursos Humanos	Recursos Materiales	Lugar
1	0	- Presentación y Fundamentos del Proyecto. - Exposición de información sobre el Síndrome de Burnout	90 minutos	- Lic. en Psicología, asistente.	- Mesas, sillas, pizarra, cuademillos	- Salas de espacios grupales del programa.
	1	- Aplicación de la técnica lluvia de ideas	90 minutos	- Lic. en Psicología,	- Mesas, sillas, pizarra.	- Salas de espacios grupales del programa.
	2	- Operativización de lo propuesto por el grupo en la técnica lluvia de ideas	90 minutos	- Lic. en Psicología,	- Hojas, lapiceras, sillas, mesas.	- Salas de espacios grupales del programa.
2	3	- Aplicación de la técnica Figura Humana	90 minutos	- Lic. en Psicología, asistente.	- Hojas, lápices, cinta, pizarra, mesas, sillas.	- Salas de espacios grupales del programa.
	1	- Análisis de Caso	90 minutos	- Lic. en Psicología, asistente.	- Hojas, lápices, mesas, sillas, caso clínico.	- Salas de espacios grupales del programa.
	2	- Juego de Papeles en Blanco	90 minutos	- Lic. en Psicología, asistente.	- Alfileres, hojas, lapiceras.	- Salas de espacios grupales del programa.
3	3	- Grupo de Reflexión	120 minutos	- Lic. en Psicología, asistente, observador no participante	- Sillas.	- Salas de espacios grupales del programa.
	1	- Técnica Dominó	120 minutos	- Lic. en Psicología, asistente.	- Fichas de cartulina, pizarra, cinta	- Salas de espacios grupales del programa.

Módulo 1

Fundamentación

La incorporación de éste módulo en el Programa de Actividades se justifica por la importancia que tiene como medio de prevención, el conocimiento del Síndrome, sus desencadenantes y consecuencias, sus síntomas, etc. (Bruschi y cols., s.f.)

Se considera que la información sobre Burnout, prepararía a los profesionales para el reconocimiento de síntomas en ellos mismos y en sus compañeros, como así también para identificar posibles estresores en su lugar de trabajo, que al presentarse de manera crónica pudieran actuar como desencadenantes del Síndrome en cuestión.

Objetivos:

- Dar a conocer el Proyecto y su justificación.
- Que los profesionales obtengan información acerca del Síndrome de Burnout, y posibilitar la identificación de su actividad como una *profesión de riesgo* ante el mismo.
- Posibilitar el reconocimiento de estresores en el ámbito laboral (a escala institucional, asistencial y/o interprofesional)

Recursos Materiales:

- Mesa, sillas, pizarra, lapiceras (materiales que se encuentran en la Institución)
- Cuadernillo con información sobre Burnout.⁸
- 10 hojas A4.

⁸ El mismo se encuentra desarrollado en la sección anexo.

Recursos Humanos:

- Lic. en Psicología (coordinadora del Taller)
- Asistente.

Tiempo de Duración: tres encuentros.

PRIMER ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

Procedimiento

La coordinadora informará a los asistentes acerca de los objetivos de la Intervención, el tiempo de duración, los horarios del mismo y el lugar físico en el que se desarrollará.

Se hará también, una introducción acerca de los motivos que justifican la Prevención de Burnout en el "Programa del Sol", los cuales se desprenden de la bibliografía sobre el tema y de los datos recabados mediante los instrumentos administrados a los profesionales.

Se explicará el concepto del Síndrome, sus facilitadores, desencadenantes, consecuencias y posibles causas.

Los últimos diez minutos se dispondrán para responder las inquietudes que pudieran manifestarse en los concurrentes.

SEGUNDO ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

Procedimiento

Se hará referencia concreta al Burnout en profesionales que trabajan en la prevención y tratamiento de adicciones.

Posteriormente, se implementará la técnica Lluvia de ideas, la cual suele aplicarse para poner en común ideas o conocimientos que los miembros de un grupo tienen con respecto a un tema, y, de manera conjunta, llegar a una síntesis o acuerdo. (Alforja, 1989)

En ésta oportunidad, y retomando el concepto de desencadenantes introducido en el encuentro anterior, se utilizará la técnica mencionada para obtener la opinión de los asistentes con relación a:

- ¿Cuáles son los posibles desencadenantes de Burnout en el ambiente laboral en el que se encuentran?, en un primer momento de la actividad.
- Y luego, en un segundo momento, ¿Qué alternativas propondrían para hacer frente a esos desencadenantes?

Para ambas preguntas se procederá de igual manera: anotando las ideas en columnas según su similitud, para luego arribar a una producción grupal con lo aportado por cada profesional.

Será importante asegurar la participación de todos los asistentes por la variedad de ideas que podrían recabarse de ésta manera.

TERCER ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

Procedimiento

Se anotarán nuevamente en la pizarra las alternativas de respuesta ante los desencadenantes propuestas por los profesionales en el encuentro anterior. Posteriormente, se les solicitará que de manera grupal seleccionen

una (explicitando los motivos de la elección) y describan los pasos que seguirían para concretarla, para lo que deberán tener en cuenta:

- Recursos (humanos y materiales)
- Distribución de tareas,
- Estimación de tiempos, etc.

Esta actividad permitirá, por un lado, plasmar la manera en que el Equipo interactúa, cómo se comunican, la forma en que toma decisiones, etc.; y por otro, operativizar la propuesta que el mismo grupo realizó. Al final de la misma, la Coordinadora efectuará las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintieron realizando ésta actividad?
- ¿Cambiarían algo en la organización que siguieron para resolverla?
- ¿Qué ventajas y desventajas podrían mencionar del trabajo conjunto que realizaron?

Finalmente, la Coordinadora devolverá al grupo lo observado.

Módulo 2

Fundamentación

Este módulo se articuló en función de los datos obtenidos, con relación al trabajo en equipo, mediante los instrumentos administrados a los integrantes del Equipo Terapéutico del Programa del Sol, sede Cosquín.

En ellos, los profesionales (sobre todo aquellos que mantiene poco contacto con el resto de los miembros del equipo) manifestaron la necesidad de realizar un trabajo conjunto. A esta necesidad la fundamentan en lo útil que les resultaría el conocimiento de la realidad de cada paciente para planificar una intervención acorde a la misma.

Esto supondría, por otra parte, que tanto los saberes disciplinares como los no disciplinares (Stolkiner, 1999) se complementen, y de esta manera, se logre una visión lo más completa posible sobre la patología.

Además, como ya se mencionó, el trabajo interdisciplinario posibilitaría la superación de situaciones de estrés y Burnout en los servicios de salud (Comisión Nacional del SIDA, 2001), permitiendo a los profesionales compartir responsabilidades en su trabajo.

En caso de que éste módulo, por decisión de la Institución, se aplique de manera independiente del primero, se expondrán aquí los objetivos de la Intervención y los motivos de la misma, el tiempo de duración, los horarios y el lugar de realización.

Objetivos

- Fomentar el Trabajo Interdisciplinario dentro de la Institución, reconociendo ventajas y desventajas de esta modalidad de trabajo.
- Posibilitar la reflexión sobre el lugar que cada profesional ocupa en el Equipo.

- Que los profesionales visualicen el riesgo que presentan ante el Burnout.

Recursos Materiales

- Mesa, sillas, pizarra, lápices, lapiceras (materiales que se encuentran en la Institución)
- 30 Hojas A4.
- Cinta adhesiva.
- Alfileres.
- Desarrollo de un caso de Burnout. (aportado por la coordinadora)

Recursos Humanos

- Lic. en Psicología (coordinadora del Taller)
- Asistente.

Tiempo de Duración: tres encuentros.

PRIMER ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

Procedimiento

Para dar inicio a éste módulo se aplicará la técnica Figura Humana (Beker, E. y Benedetti, C., s.f.) la cuál permite ser usada, en primer instancia, de manera análoga a las características del trabajo multidisciplinario, en el cual cada integrante de un grupo desconoce el saber de los otros, y desde sus conocimientos le da a la consigna el significado que considera adecuado.

En un segundo momento posibilita articular conocimientos y experiencias para brindar de manera conjunta una respuesta a lo solicitado, poniendo en evidencia la necesidad de llegar a acuerdos grupales.

Es así, que se pretenderá introducir de manera práctica el concepto de interdisciplinariedad, el cual implicaría el reconocimiento de los límites del propio conocimiento y la importancia que puede tener la articulación del mismo con el saber que posee el resto del grupo.

Se entregará una hoja a cada asistente y se solicitará que, de manera individual, dibujen una parte del cuerpo humano. Luego se les pedirá que unan su producción con las del resto del grupo, intentando formar una persona.

Se pegará la producción grupal en la pizarra para analizar conjuntamente, la forma en que se trabajó, pretendiendo abordar: diferencias de criterios de trabajo y las ventajas y desventajas del trabajo grupal.

Posteriormente se repartirán hojas, y se les dará la misma consigna en cuanto al dibujo de una figura humana, pero con la salvedad de que el trabajo en ésta oportunidad debe ser realizado en equipo.

Se expondrá la producción en la pizarra, al igual que en la primera instancia de la actividad, y se analizará la dinámica con que se trabajó y las diferencias entre la primera manera de llegar a la consigna y la segunda.

Finalmente, la coordinadora devolverá al grupo lo observado a lo largo de la actividad, haciendo referencia a la manera en que se obtuvo el acuerdo, si pusieron o no en práctica la experiencia obtenida en la primera parte de la actividad y de qué manera, cómo organizaron los tiempos y la distribución de tareas.

SEGUNDO ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

Procedimiento

Se presentará el caso⁹ de una persona con síntomas de Burnout y se solicitará que, imaginándola como un compañero de trabajo, definan de manera individual:

- Los motivos que consideren que llevaron a que manifieste estos síntomas.
- Propuestas para mejorar ésta situación. Las sugerencias que efectúen deberán considerar el ámbito familiar y social, las relaciones interpersonales en el trabajo, y el plano institucional.

Luego, se pedirá que expongan su producción al grupo y que entre todos arriben a un acuerdo al respecto.

Se propondrá, a continuación, efectuar conjuntamente un análisis sobre la manera en que se llegó a dicho acuerdo, pretendiendo abarcar las dificultades para obtenerlo y resaltar los aportes que brindaron las producciones del resto del grupo sobre la propia.

Esta actividad permitiría plasmar la dinámica con que el grupo interactúa y los conflictos que podría suponer tomar una decisión conjuntamente. Además, posibilitaría a los participantes pensarse como profesionales de riesgo ante el Síndrome de Burnout.

TERCER ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

⁹ El mismo se ha desarrollado en el apartado “Anexo”.

Procedimiento

Se aplicará la técnica Juego de Papeles en Blanco, la cual permitiría explorar la imagen interna y la que los otros tienen de cada uno de los miembros del equipo. Se trata de una actividad en la que interviene el cuerpo de manera activa y se comprometen los vínculos establecidos en la Institución. (Di Paola y Gullco, 1993)

Se colocará un papel en blanco (tomado con un alfiler) en la espalda de los participantes y se le entregará una lapicera.

A continuación, se formulará la siguiente consigna: "cada uno elegirá una característica que considere que defina a cada compañero y se la escribirá en el papel que tiene en la espalda, de manera que al finalizar todos tengan anotado 5 características".

Una vez concluido lo requerido por la consigna, se solicitará que imaginen lo que tienen escrito y posteriormente, que lean en voz alta lo que sus compañeros anotaron. En éste momento se procederá a la profundización de las diferencias encontradas.

El último paso de la actividad consistirá en que expliquen el motivo que llevó a elegir "esa" característica para definir a sus compañeros.

De esta manera, se podrá plasmar el lugar que ocupa cada miembro dentro del equipo, y posibilitar la reflexión sobre actitudes personales que podrían interferir en el trabajo conjunto.

Módulo 3

Justificación

El presente módulo se generó debido a que se considera necesaria la inclusión de espacios destinados a la reflexión y al apoyo emocional en ésta Institución, de manera que los profesionales puedan compartir sus sentimientos, preocupaciones y tensiones en relación con el trabajo que realizan.

Por otra parte, este tercer módulo se fundamentaría en la necesidad de establecer un cierre al Programa de Actividades.

Objetivos

- Que los profesionales conozcan en que consiste un Grupo de Reflexión y la utilidad que puede tener el mismo en la Institución.
- Posibilitar la visualización de la utilidad de contar con éste espacio Grupal (Grupo de Reflexión), como un medio de contención de ansiedades y angustias ocasionadas por el trabajo mismo con los pacientes y en las relaciones interpersonales y profesionales dentro del "Programa del Sol", proponiéndola como una actividad Institucional.
- Dar cierre al Taller.

Recursos Materiales

- Sillas, pizarra (materiales que se encuentran en la Institución)
- Cinta adhesiva.
- Tarjetas de Dominó. (aportadas por la coordinadora)

Recursos Humanos

- Lic. en Psicología (coordinadora del Taller y del Grupo de Reflexión)

- Observador no participante.
- Asistente.

Tiempo de Duración: dos encuentros.

Actividades:

PRIMER ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

Procedimiento

Se implementará un Grupo de Reflexión, el cual se propondrá como actividad institucional estable ha realizarse de manera mensual en el Programa del Sol, sede Cosquín.

Esta técnica, según explica Selvaticci (1989), se presenta como un espacio en el que se posibilita dilucidar y conceptuar aquellos procesos inconscientes que se dan en los grupos, en su atravesamiento institucional.

Así, el Grupo de Reflexión se constituiría en una tarea de prevención, pretendiendo higienizar, depurar, limpiar y remover aquellos obstáculos que se le presenten a éste equipo de trabajo en relación con la tarea en si misma, a las relaciones con sus pares y a lo que se refiere a su inserción en esta Institución. (Misgalov, 1989)

Se solicitará a los asistentes que se dispongan en círculo, en el cual también estará la coordinadora para establecer un orden o retomar la discusión cuando sea necesario.

Para dar inicio a la actividad se informará acerca de la utilidad de la misma y se explicará que en ésta oportunidad se articulará para posibilitar la reflexión sobre las dificultades del trabajo en la Institución.

Luego, la coordinadora permanecerá callada, pretendiendo con esto que el grupo establezca un discurso sin que éste sea prefijado.

Se contará con la presencia de un Observador no participante que permanecerá fuera del círculo, y será quien al final del encuentro devuelva a los profesionales una síntesis de lo observado con relación a los dinamismos grupales.

SEGUNDO ENCUENTRO

Fecha: a convenir.

Horario: a convenir.

Procedimiento

Se efectuará el Cierre del Programa de actividades, a través de la aplicación de la técnica Dominó¹⁰, la cual se basa en la dinámica del juego que lleva el mismo nombre.

Para comenzar, se aclarará que mediante esta actividad no se pretende evaluar conocimientos, sino acceder a las interpretaciones que los destinatarios del Proyecto obtuvieron a partir de las actividades realizadas.

Se ubicará a los asistentes en dos grupos de tres personas cada uno y se les repartirán tarjetas¹¹ divididas en dos partes; en una de esas partes habrá una afirmación relacionada con los temas abordados durante los módulos aplicados; y en la otra parte, dirá "verdadero" en algunas, y "falso"

¹⁰ Para el desarrollo de ésta técnica se tomó como base lo planteado por Alforja (1989) y se realizaron las variaciones consideradas pertinentes.

¹¹ Estas pueden encontrarse en la sección "Anexo".

en otras. También habrá tarjetas en que en las dos partes haya una afirmación, o la combinación "verdadero" / "verdadero", o "falso" / "falso", o bien que diga "verdadero" en una parte y "falso" en otra.

La coordinadora pegará una tarjeta, con dos afirmaciones en la pizarra y pedirá a alguno de los grupos que comience colocando "verdadero" o "falso" y que justifique por qué lo considera así. Luego continuará el otro grupo, partiendo de la última tarjeta colocada. Previamente se explicará que las tarjetas deben colocarse de manera tal que siempre quede relacionada una afirmación con una consideración verdadera o falsa.

El límite de la actividad estará dado por el tiempo o por la utilización de todas las tarjetas.

Para concluir el encuentro se agradecerá a los asistentes su participación en el Programa de actividades.

Evaluación

El impacto de las actividades programadas para prevenir el Síndrome de Burnout en el "Programa del Sol" (Cosquín) se evaluará a los ocho meses de efectuada la intervención.

Ésta evaluación constará de dos partes, distribuidas en dos días diferentes (los cuales se acordaran con la Institución)

En la primer parte se repetirá la administración de los instrumentos utilizados para la realización de la Descripción Situacional.

El **M.B.I**¹² se reiterará con el objetivo de observar si se modificaron, y en qué sentido, los niveles de las tres escalas que comprende el instrumento.

La **Entrevista Abierta**¹³ se volverá a tomar de manera individual, con la finalidad de conocer si hubo cambios en los sentimientos, pensamientos y percepciones de los profesionales con relación al trabajo en equipo, las particularidades del trabajo con personas dependientes a drogas y los posibles cambios de roles en la Institución.

Para ello, se cambiará la pregunta número cinco (Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció, ¿cómo se siente respecto a eso, y por qué cree que sucedió?), por la siguiente: ¿Hubo renunciadas en la Institución en los últimos ocho meses? Si la respuesta es afirmativa se agregará: ¿Cuál cree que fue la causa? ; ya que si bien la rotación de personal es considerada una consecuencia del Síndrome de Burnout, es necesario conocer si los motivos de las renunciadas se relacionan con situaciones estresantes en la Institución o si las causas fueron otras (por ejemplo, que el profesional se radique en otra ciudad)

¹² El mismo se encuentra detallado en el apartado "Metodología".

¹³ La misma se desarrolla en la sección "anexo".

En la segunda parte de la evaluación se realizará un **Grupo Focal** (Aignerren, s.f.), pretendiendo conocer, a través del discurso grupal, si hubo modificaciones en la Institución luego de la intervención.

Las temáticas a abordar se relacionan directamente con las planteadas en la entrevista individual, por considerarse que la discusión grupal de las mismas permitiría obtener información diferente a la recabada en dicha entrevista, revelando la manera en que el grupo elabora su realidad.

El Grupo Focal se constituye como un grupo de discusión que requiere que los participantes interactúen en función de un tema propuesto, la elaboración de acuerdos y la obtención de conclusiones a partir de ello. Puede decirse entonces, que supone la participación conciente y dirigida.

Esta técnica puede ser utilizada en las etapas preliminares de una investigación, y para desarrollar, evaluar o complementar un aspecto específico de la misma. Además, puede implementarse para evaluar el impacto de un estudio o generar nuevas investigaciones. (Aignerren, s.f.)

La actividad estará dirigida por un Moderador, que será una persona especializada en dinámicas grupales y se encargará de guiar las discusiones y orientar la obtención de acuerdos. El hecho de que este rol no sea desempeñado por la Coordinadora de las actividades se fundamenta en la necesidad de que el moderador, en su función dentro del grupo, sea lo más neutro posible.

La sesión del grupo será grabada, sin embargo, se contará con la presencia de una asistente que tome nota sobre las actitudes, comportamientos o comentarios de los participantes que no sean posibles de registrar por el grabador.

Es importante que cada integrante se ubique en una posición visible y de manera que pueda escuchar y ser escuchado. Para ello, se solicitará que se dispongan en U. (Aignerren, s.f.)

Se tomarán dos horas para la aplicación de la técnica, la cual, siguiendo lo planteado por Aigner (s.f.), se dividirá en tres momentos:

- **Apertura:** el moderador explicitará el objetivo del encuentro y explicará, brevemente, el funcionamiento de un Grupo Focal. Además, fundamentará la presencia de la asistente y la utilización del grabador.
- **Planteo de temas o preguntas:** el moderador escribirá una pregunta en la pizarra, la leerá al grupo y explicará que la misma debe ser discutida de manera grupal para luego llegar a un acuerdo conjunto al respecto.

Se procederá de ésta manera con todas las preguntas que se formulen, y se tomarán entre 10 y 15 minutos por cada una de ellas.

Preguntas:

- ¿Qué actividades realiza cada uno de ustedes en el Programa del Sol?
- ¿Qué particularidades tiene el trabajo con personas que dependen de drogas?
- ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?
- ¿Cómo es la relación entre ustedes?
- ¿A que creen que se debieron las últimas renunciadas en la Institución? Esta pregunta se formulará en caso de que en la entrevista individual se haya corroborado la rotación de personal.
- ¿Ha experimentado, en su trabajo en el Programa, situaciones que le generen angustia?
- ¿Existe alguna situación en la Institución que les preocupe?

Cierre: en este momento se repasarán conjuntamente los acuerdos que se obtuvieron, y luego se pretenderá arribar a una conclusión global.

Presupuesto

Módulo 1

<u>Recursos materiales</u>	Subtotal	
- cuadernillo	\$1.50	\$9.00
- 10 Hojas A4	\$0.10	\$1.00
<u>Recursos Humanos</u>		
- Honorario Coordinadora	\$35.00	\$157.50
- Hora asistente	\$17.50	\$78.75
<u>Viáticos</u>		
- valor pasaje por día, ida y vuelta	\$12.00	\$72.00
<u>Total módulo</u>		\$318.25

Módulo 2

<u>Recursos materiales</u>	Subtotal	
- 10 Hojas A4	\$0.10	\$3.00
- Alfileres	\$1.50	\$1.50
- Cinta Adhesiva	\$0.40	\$0.40
<u>Recursos Humanos</u>		
- Honorario Coordinadora	\$35	\$157.50
- Hora asistente	\$17.50	\$78.75
<u>Viáticos</u>		
- valor pasaje por día, ida y vuelta	\$12.00	\$72.00

Bibliografía

Bibliografía

- Aignerren, M. (s.f.). *La técnica de recolección de información de información mediante los grupos focales*. Recuperado el 18 de enero de 2007, de: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos_focales.htm
- ALFORJA. (1989) *Técnicas participativas para la educación popular*. (3° ed.). Buenos Aires: Autor.
- Ander-Egg, E. A.; Aguilar Idañez, M. J. (1995). *Cómo elaborar un Proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires. Editorial: Lumen.
- Ander-Egg, E.; Follari, R.(1993). *Trabajo Social e Interdisciplina*. (2° Ed.) Buenos Aires, Argentina. Editorial: Hvmánitas.
- APA (1995). *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Autor.
- Ayala, A.E.; Sphan, M.S; Stortti, M.A.; Thomaé, N.V. (s.f.). *etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud*. Recuperado el 2 de noviembre de 2006, de: http://med.unne.edu.ar/revista135/5_135.htm
- Becker, E.; Benedetti, C. (s.f.) *El grupo Balint aplicado a la formación de equipos*. Recuperado el 4 de diciembre de 2006, de: http://perso.orange.fr/jaques.nimier/violencia_y_burnout.htm
- Bruschi, M.; Castagna, A.; Sánchez, M. y Sgró, S. (s.f.). *Síndrome de Burnout*. Recuperado el 27 de septiembre de 2006, de: http://www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome_burn-out.shtml
- Chile, S. (1999). *Comunidad Terapéutica. Proyecto Ser*. Recuperado el 19 de noviembre de 2005 del sitio Web de la Institución Programa Cambio: www.programacambio.org

- Comisión Nacional del SIDA. (2001). *Estrés Laboral y Burnout en los Servicios de Salud*. Buenos Aires: autor.
- De las Cuevas Catresanas, C. (2003). *Burnout en los profesionales de la atención a los drogadependientes*. Doyma, Vol. 5 (107 – 113).
Recuperado el 27 de Julio de 2006,de:
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pid=13045098>
- De las Cuevas, C. (1994). *El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del Síndrome de Burnout*. Madrid: Laboratorios Servier.
- D´Agnone, O. (1996). Opiáceos, Simbiosis y Adicción. En Musacchio de Zan, A., Ortiz Frágola, A. y Otros (Eds.), *Drogadicción* (pp. 168-187). Buenos Aires, Argentina: Piados.
- Di Paola, G.; Gullco, A. (1993). *Orientación Vocacional. Una estrategia preventiva*. Buenos Aires, Argentina: Vocación S.R.L.
- Fernández, G. H. (2001). *Evaluación y Prevención del Burnout en Equipos que trabajan con drogadependientes*. Recuperado el 19 de noviembre de 2005 del sitio Web de la Institución Programa Cambio:
www.programacambio.org
- García Baquero, I.; Lagares Roibas, A.; Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C. (2004). *Estudio del Burnout en profesionales de drogadependencias*. Doyma, 6, 5-15. Descargado el 12 de julio de 2006, de:
http://db.doyma.es/cgi_bin/wabcgi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pid=13056395
- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Burnout*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P.; Peiró, J. M. (s.f.). *Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de Burnout*. Madrid, España: Síntesis.

- Grimson, W. R.; Ruiz, J.; Marrochi. (1998). *Adicciones a drogas. La respuesta de la Comunidad Terapéutica en la Argentina*". Recuperado el 20 de septiembre de 2005, del sitio Web de la Institución Programa Cambio: www.programacambio.org
- Juvenal Villasmil, T. (1999). *El tratamiento al drogadependiente*. Recuperado el 22 de septiembre de 2006 del sitio Web de la Institución Programa Cambio: www.programacambio.org
- Leoni, G.; Stragiotti, M. (1999). *¿Cómo nos cuidamos los que trabajamos en una Comunidad Terapéutica?*. En J. M. Rshaid (Eds.), *Comunidad Terapéutica 2*. (pp. 71-81) Buenos Aires: Ediciones Sur.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1997). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mayer, H. (1997). *Adicciones: un mal de la Posmodernidad*. Buenos Aires, Argentina: Corregidor.
- Misgalov, E. (1989). *Grupo de Reflexión. Una experiencia en una residencia de psicopatología de un hospital general*. Documento presentado en las Primeras Jornadas del Departamento de Grupo.
- Musacchio de Zan, A. (1996). *Carácter y Drogadicción*. En Musacchio de Zan, A., Ortiz Frágola, A. y Otros (Eds.), *Drogadicción* (pp. 134-149). Buenos Aires, Argentina: Piados.
- Neira, M. (2004). *Cuando se enferman los que curan*. Río Cuarto, Argentina: Gambacap.
- NIDA.(s.f.) *¿Qué es una Comunidad Terapéutica?*. Serie de reportes de investigación: La Comunidad Terapéutica. Recuperado el 20 de mayo de 2005, de: www.drugabuse.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica.html
- Rshaid, J. M. (2005). *Comunidad Terapéutica para la rehabilitación de drogadependientes. Un desafío Teórico-Técnico*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.

- Rshaid, J.M. (1999). *Comunidad Terapéutica 2*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Sur.
- Selvaticci de Ravenna, M. (1989). *El Grupo Analítico de Reflexión*. Documento presentado en las Primeras Jornadas del Departamento de Grupo.
- Souza, C. (2005). *El cuidado de los Equipos: las nuevas competencias*. Recuperado el 19 de noviembre del sitio Web de la Institución Programa Cambio: www.programacambio.org
- Stolkiner, A. (1999). *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Campopsi. Recuperado el 10 de agosto de 2006, de: <http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm>
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Trabajo presentado en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental.
- Tonon, G. (2004). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del Síndrome de Burnout*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.

Anexo

Modelo de Entrevista

1. ¿Qué actividades realiza en el Programa?
2. ¿Qué particularidades tiene el trabajo con este tipo de Patología?
3. ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?
4. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?.
5. Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció ¿cómo se siente respecto a eso, y porqué cree que sucedió?
6. ¿Ha experimentado dentro de la Institución situaciones que lo paralicen, le generen angustia o ante las cuales no supo cómo proceder?
7. ¿Existe actualmente alguna situación dentro del Programa que le preocupe?
8. ¿Quiere agregar algo que considere importante?

Resultados de Entrevistas

Fecha de administración: 02/05/06

Entrevistado/a (E)

1. ¿Qué actividades realiza en el Programa?

E: bueno, yo acá estoy dando un taller de arte, que son dos hora semanales, un grupo a la mañana y un grupo a la tarde, los días miércoles.

2. ¿Qué particularidades tiene el trabajo con éste tipo de patología?

E: en realidad esta es mi primera experiencia como docente... si se quiere como docente, pero no es docente, no me sale como se dice, bueno de intermediaria de éstos conocimientos y si, me encuentro con chicos que cuesta motivarlos ¿no? más que quizás que a otro adolescente, que también tiene que ver con la clase ¿no? con las clases, la clase social a la que pertenece eh... y bueno eso, de ir probando e ir cambiando y viendo sobre la marcha qué es lo que puede... los temas que puedo tocar para que ellos se enganchen ¿no? más que nada, porque como ellos no vienen acá a hacer el taller de plástica, sino que están obligados, o sea, vienen acá porque los mandan los padres, o los deriva la justicia, entonces no vienen por su propio interés, entonces eso, buscar algún tema o bueno, también engancharlos con alguna técnica para que se enganchen y bueno, eso.

3. ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?

(se ríe) este... eh... bueno, ahora casualmente se está rehaciendo de nuevo la Institución si se quiere, es como que hubo muchos cambios y se está empezando a bueno, a trabajar de otra forma y bueno, todavía no tuvimos una reunión de equipo, eh... se que por lo menos hay intenciones, no te puedo decir cómo se sienten, pero hay intenciones y ganas de hacer un trabajo en equipo.

4. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?

E: es que en este momento... yo todavía el único contacto que tengo es con el Operador Terapéutico y hoy, a partir de hoy, con el Interventor y con ellos es buena, por eso te digo, está todo en el aire, todavía no hay un trabajo en equipo, hay intenciones y yo creo que la semana que viene ya se va a fijar el día y la hora para hacer las reuniones.

5. Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció ¿cómo se siente respecto a eso, y porqué cree que sucedió?

E: eh... hace solo dos meses que estoy acá y no puedo hablar, no tengo bien en claro qué es lo que ocurrió, creo que hubo problemas en la administración... lo que si notaba, hasta antes de que ocurrieran estos cambios, la desarticulación que había, el Programa o esta Institución, no cumplía la función para la que estaba, supuestamente destinada, yo no veía que a los chicos le sirviera para algo, o sea, como que cada tallerista o incluso los psicólogos en las terapias funcionaba cada uno por su lado y no, no servía eso, digamos.

6. ¿Ha experimentado dentro de la Institución situaciones que lo paralicen, le generen angustia o ante las cuales no supo cómo proceder?

E: este... no, por ahí me pasa con los chicos de la tarde, que bueno son bastante más inquietos, mucho más dispersos que el grupo de la mañana que es más chiquito y por ahí me cuesta motivarlos ¿no? entonces por ahí empiezan a hablar, a hacerse bromas y bueno, hay un punto que bueno, creo que es una falencia mía, que no sé cómo poner un límite a eso, por ahí me cuesta eso y es como que ¿cómo hago?, o sea, no me quiero poner en autoritaria ni decirles que no hablen, que solo tienen que hacer las actividades pero, hay que buscar el equilibrio, bueno, eso creo que me cuesta a mi, bueno, con la práctica creo que voy a ir buscándole la vuelta.

7. ¿Existe actualmente alguna situación dentro del Programa que le preocupe?

E: este... no, como preocuparme no, yo, bueno, estoy al tanto de, bueno estoy tratando de ponerme al tanto de la situación de cada chico y si hay casos muy especiales como el de Marisa, que está con su bebita, yo sé que yo no me tengo que meter, digamos, en terreno que no me corresponde, pero es como que uno se sensibiliza, y me gustaría por eso estar más en contacto con los psicólogos para ver bien como es la cosa, porque por ahí uno pregunta, pregunta para saber cómo está, pero no sé bien cómo se lo está tomando ella, pero bueno, creo que desde mi lugar lo único que puede es bueno, si, escucharla, lo que ella necesita es eso ¿no? que le den bola, que la contengan y bueno, y eso.

8. ¿Quiere agregar algo que considere importante?

E: bueno, mirá, aunque no están a la vista todavía, los cambios están buenos, y las intenciones son esas, de poder hacer algo que a los chicos les sirva, que se sientan útiles para algo y que haya un laburo más profundo.

Fecha de administración: 10/05/06

Entrevistado/a: E

1. ¿Qué actividades realiza en el Programa?

E: las actividades que yo realizo son la coordinación de grupo de los adolescentes que están en tratamiento, hago los grupos terapéuticos dos veces por semana y hago las historias clínicas, hacemos dinámica, trabajamos con el grupo.

2. ¿Qué particularidades tiene el trabajo con este tipo de Patología?

E: ¿qué particularidades tiene? eh... en realidad creo que hay que trabajarla desde muchos ámbitos a esta patología, si son adolescentes por todas las particularidades que tiene la adolescencia, son chicos que vienen sin motivación y hay que trabajar mucho eso en diferencia a lo que es el consultorio que es gente que viene comprometida a cambiar, o sea que en esta patología en principio lo que hay que trabajar es eso, la motivación que tienen para cambiar, el trabajo después puede ser muy similar al del consultorio pero la particularidad principal creo que esta, trabajar desde la motivación y desde las ganas de cambiar.

3. ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?

E: hoy por hoy con los cambios que hubo creo que se sienten con ganas de trabajar de otra forma, tiene ganas de trabajar desde otro lugar, pero comprometidos porque a todos les gusta, la patología y el trabajo que se hace les gusta, porque no solamente se trabaja lo terapéutico sino que se trabaja desde lo operativo, desde los talleres, desde lo social, entonces es tan amplio que les gusta.

4. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?

E: la relación con ellos es buena, si, creo que es necesario un vínculo

positivo y especial con los compañeros para trabajar en ésta patología... pero si el vínculo es bueno.

5. Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció ¿cómo se siente respecto a eso, y porqué cree que sucedió?
E: ¿cómo me siento?... me siento mal ¿por qué?, por el trabajo justamente en equipo, o sea, son renunciaciones distintas, que haya renunciado el Director quizá nos de apertura para generar otras cosas que no se estaban generando, ahora, que haya renunciado la psicóloga mal, porque es como tratar de formar otra vez un equipo y como que cuesta y... de todas formas es como que todos los cambios son positivos, todos los cambios en cualquier lado son para positivo y si le ponés ganas y le pones fuerza tiene que salir algo bueno (se ríe), pero en realidad es eso, cuando alguien se va y tenías una buena relación es como que no me gusta del todo ¿no?.
6. ¿Ha experimentado dentro de la Institución situaciones que lo paralicen, le generen angustia o ante las cuales no supo cómo proceder?
E: creo que en esta patología lo que tiene que te puede llegar a paralizar es la agresión, es una característica muy fuerte en esta patología el que sean agresivos, así que creo que en mi lugar lo único que me puede llegar a paralizar es la agresión ¿no? y más por ser mujer calculo, creo que es eso una de las cosas que más me podría paralizar sería una actitud agresiva hacia mi, por ahí si aparece algo entre ellos quizá lo pueda controlar, no me a pasado, en realidad estoy hipotetizando... es muy común la agresión entre ellos, y conductas agresivas en todo sentido también puede ser desde el insulto, o una muy fuerte falta de respeto, en ese sentido creo que me paralizaría y después encontraría algún recurso para salir de la situación seguramente.
7. ¿Existe actualmente alguna situación dentro del Programa que le preocupe?

E: eh... a ver, por ahí la estabilidad del equipo de trabajo, si, lo único que me puede preocupar hoy por hoy, para iniciar un buen proceso en todos los chicos, con buenas modalidades de tratamiento hay que tener un buen equipo, creo que eso.

8. ¿Quiere agregar algo que considere importante?

E: no, por ahí que en estas Instituciones es muy normal tener cambios, los cambios de rol, los cambios de área, los cambios de... porque de por si la patología creo que es desgastante, es desgastante porque hacés un trabajo extra en mucho sentido, le ponés el cuerpo desde otro lugar también, porque le ponés el cuerpo a muchas situaciones que desbordan a los chicos, a la normativa, está esto de la agresión o sea que en otras patologías quizá no se presenta, entonces si es como bastante desgastante y lo que veo es que en tres o cuatro años trabajando en esto o cambias el módulo o directamente cambiás de patología, trabajás en otra cosa o dentro de la misma patología pero en distintas áreas, sea adultos, adolescentes, admisión, es como necesario.

Fecha de administración: 22/05/06

Entrevistado/a(E)

1. ¿Qué actividades realiza en el Programa?

E: estoy en el Programa hace cinco meses y básicamente lo que yo tengo que hacer es que cuando los chicos ingresan al programa pedir todo lo que es el laboratorio, de control, y después bueno, ante cualquier problema que tengan, digamos, los chicos ... eh... desde el punto de vista médico yo los veo, en general, no son grandes los problemas, salvo bueno, como Marisa (paciente del Programa) que está embarazada, o alguno de los chicos tiene alguna duda... es controlar el tema de los laboratorios, cuando se hace la admisión hay control de laboratorio y... hicimos una charla, que se está viendo de implementar, charlas sobre temas por ejemplo ya vimos transmisión de enfermedades sexuales, se hizo una charla para los padres y con los chicos, pero no quedó bien en claro que era para los papás y los chicos así que vinieron pocos chicos y en general los papás, y bueno, después surgió de los mismos papás otros temas, y bueno, quedamos que íbamos a ver cómo lo organizábamos y se iban a dar éste tipo de charlas informativas, por así decirlo, pero en general es eso.

2. ¿Qué particularidades tiene el trabajo con este tipo de Patología?

E: Eh... digamos es algo distinto a lo que yo estoy acostumbrada a hacer, yo siempre he hecho A.P.S. que es atención primaria de la salud en el Hospital, y en general es otro tipo de acción y al principio, y por ahí, es como que uno se mete más en el problema Psicológico, por así decir, de los chicos y nos cuesta separar la parte médica específicamente con todo el problema que pueda tener el chico, pero dentro de lo que yo puedo... porque me manejo, digamos, respetando las otras disciplinas, trato de ayudarlos en lo que puedo; pero es una actividad linda, linda porque los

chicos se comprometen sin darse cuenta con uno, y uno con los chicos aunque al principio cuesta engancharlos.

3. ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?

E: supongo que un poco, digamos, movilizados, movilizados por todos los cambios que se han dado con la renuncia del Director... pero mucho no te puedo decir, porque no los veo, con el que más contacto tengo es con el Interventor y con el Operador Terapéutico.

4. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?

E: y, como te decía recién, no hay contacto... a la psicóloga la he visto en dos oportunidades nada más, pero con los que veo más, la relación es buena, me cuentan cosas de los chicos y a mi eso me interesa, pero me gustaría tener más contacto.

5. Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció ¿cómo se siente respecto a eso, y porqué cree que sucedió?

E: mirá, creo que hubo algunos problemas administrativos del Director con la gente de Córdoba, no sé exactamente, pero me parece que son situaciones que perjudican mucho a los chicos, porque muchos tenían confianza en la gente que se fue y mantenían una relación fluida... eh... de todos modos creo que se puede hacer mucho por ellos y que hay ganas de hacerlo, digamos, yo estoy comprometida con éste trabajo, más allá de lo que pasó.

6. ¿Ha experimentado dentro de la Institución situaciones que lo paralicen, le generen angustia o ante las cuales no supo cómo proceder?

E: si, hay cosas que por ahí me angustian, que tiene que ver con las historias que tienen los chicos... digamos, hay veces que no sé como actuar porque hay situaciones que desconozco que por ahí sería bueno tenerlas presentes para implementar algún recurso útil para los chicos.

7. ¿Existe actualmente alguna situación dentro del Programa que le preocupe?

E: si... yo controlaría un poco más a los chicos... te digo a lo mejor no es la terapéutica que las psicólogas encaran o que el Programa encara, pero yo los controlaría un poco más... no sé... si es lo correcto o no, les daría más actividades, un poco más dinámico, pero al resto creo que lo hacen bastante bien... y me preocupa no participar de las reuniones de equipo creo que así la atención sería más multidisciplinaria ¿no?, o es lo que se pretende, y es como que por ahí me siento, porque yo vengo una sola vez a la semana, como que estoy fuera, por así decirlo, del grupo ¿no?, entonces yo me entero de cosas desde los chicos o cosas que el Interventor o el Operador me cuentan, pero, como te decía, no sé qué situación o qué recurso terapéutico ellos creerían que sería mejor, más adecuado y que yo tendría que tenerlo en cuenta, por ahí creo que tendría que estar un poquito más incluida en las charlas o en lo que tenga que ver con el Equipo...

8. ¿Quiere agregar algo que considere importante?

E: no... eso es lo que me preocupa sobre todo.

Fecha de administración: 10/05/06

Entrevistado/a: (E)

1. ¿Qué actividades realiza en el Programa?

E: en este momento mi función es de Delegado- Interventor, por lo menos por un periodo de cuatro meses, después vamos a ver, en Córdoba, la posibilidad de continuar o no, de acuerdo al proceso, a cómo salga adelante.

2. ¿Qué particularidades tiene el trabajo con este tipo de Patología?

E: bueno, que en realidad es un trabajo que tiene sus aristas ingratas, porque vos no tenés la posibilidad, digamos a nivel de frutos sobre todo, no hay grandes frutos, realmente trabajás con un perfil de chicos normalmente con problemas serios, no solo a nivel de lo que pueda ser propiamente la adicción sino ya problemas conductuales, generalmente vinculados a cuestiones familiares o de historias como muy profundas, como una problemática complicada, entonces la posibilidad de lo que vos puedas aportar, de lo que vos puedas hacer, siempre está limitado por todo un contexto, por la posibilidad de contención hacia fuera... por una cuestión propia de voluntad del chico, que por la misma edad, por la misma situación que él vive como que tampoco, generalmente, se mantiene de alguna manera constante con cierta perseverancia en la decisión de dejar la cuestión de adicciones; y tiene por otro lado si, la alegría, el gusto, el placer cuando vos ves avances, cuando ves progresos en el chico y por supuesto, en el caso de una recuperación mas o menos completa, eso está muy bueno, pero no es lo común, la cotidiana es como poco, ya te digo, poco gratificante, desgastante muchas veces en el mismo contacto con el pibe y con las problemáticas diarias del pibe, con los ida y vuelta, con las situaciones familiares, te diría en principio...

3. ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?

E: en este momento estamos como en un periodo de renovación, de

reestructuración, yo los veo como más tranquilos, más... me da la impresión como con más posibilidades de dialogar, de poder también transmitir la inquietud, etc., mi visión seguramente es muy parcial, desde el momento que ocupó el rol, justamente, de la autoridad, si se quiere en algún sentido, pero comparado justamente con lo que ellos mismos expresan de mucho desgaste en la relación con el anterior delegado, el tipo de trato que tenían, una cierta inestabilidad laboral, una serie de cuestiones, la imposibilidad de un diálogo franco entre ellos y sobre todo con aquel que era la autoridad; yo veo un progreso, me parece que la gente está conforme con el cambio, está con muchas expectativas; también está, en cierto sentido, como que uno nota el desgaste que ha habido en todo este tiempo y si una cierta desconfianza o reticencia a que se vuelva a repetir lo mismo, pero es una cuestión únicamente de tiempo que se genere otro ámbito de trabajo, un lugar distinto por lo menos a nivel de la gente que está trabajando.

4. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?

E: en principio buena, yo creo que también, como toda relación de tipo personal, se va generando con el tiempo, tampoco lo podés forzar... en todos los lugares en donde yo he estado y que he tenido un tipo de cargo de autoridad lo que yo he buscado, fundamentalmente, es generar un buen clima de trabajo, me parece que si ya éste trabajo tiene estas aristas un poco como desgastantes, como estresantes, si se quiere, si vos no generás un buen clima de trabajo, se hace un poco difícil de llevar, al mismo tiempo el mismo trabajo, como está encarado desde Córdoba, supone mucho diálogo para ver desde las distintas ópticas, desde los distintos lugares de trabajo, desde las distintas profesiones, poder lograr una mirada común hacia la situación del pibe y eso supone mucho diálogo; entonces si o si, lo que yo busco es generar como este clima de diálogo, de sinceridad y honestidad, de libertad para poder expresar lo

que uno realmente siente y piensa, y saber que desde ahí es respetado y sin que eso signifique de que sea la última palabra o la palabra que se va a imponer, una cuestión mucho más horizontal en las relaciones; espero que lo comprendan con el tiempo y que eso distienda las relaciones.

5. Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció ¿cómo se siente respecto a eso, y porqué cree que sucedió?
E: bueno, la renuncia del Delegado fue por cuestiones de... como que se había perdido el rumbo, el espíritu de lo que se pretende como Institución y que en algún momento se olvidó lo que se suponía que era ser una delegación, es decir, mantener un mismo espíritu, un acuerdo fundamentalmente en toda la cuestión terapéutica con Córdoba, con la Institución madre y después con algunos problemas de otro tipo, ya de cuestión netamente administrativa que tampoco hacían posible la continuidad del Delegado; después otra salida fue por una cuestión de que esta reestructuración desde el punto de vista terapéutico implicaba un mayor compromiso en horas y disponibilidad, el hecho de que una de las psicólogas no pudiera, hizo que ella misma decidiera apartarse, por lo menos ese ha sido el argumento de mayor peso para ella o por lo menos lo que expresó... no creo que esta renuncia tenga que ver con la salida del Delegado de la Institución.
6. ¿Ha experimentado dentro de la Institución situaciones que lo paralicen, le generen angustia o ante las cuales no supo cómo proceder?
E: eso seguro, siempre, pese a que yo tengo muchos años de estar trabajando con ellos, siempre hay una situación que te sorprende, que te genera como dudas a nivel de qué lo que hacer en la situación concreta, reacciones de los pibes que vos no esperás, el pibe te ofrece una nueva cada día, es como que éste tipo de trabajo es una sorpresa, y por ahí te encuentra justamente o descuidado o poco atento o sorprendido porque no esperabas ese tipo de cuestiones, o digamos, con cierta perplejidad de

no saber bien cómo reaccionar, si reaccionar con cierta dureza o dejar pasar, es decir, este juego de entre lo ser flexible y saber poner límites, etc., está siempre; que me genere angustia es más excepcional, digamos, a mi lo que puede generar angustia es cuando ves situaciones personales de los pibes ya muy complicadas donde vos ya cada vez te sentís, y eso previamente cuando charlas, te das cuenta de que hay cierta impotencia para continuar, para poder hacer algo favoreciendo al pibe, o cuando ya tenés algún tipo de choque personal repetido o constante que vos te das cuenta que hay un problema de vinculación con el pibe y no lo podés terminar de resolver o el pibe no quiere hacer ningún esfuerzo para darlo vuelta o para transformar esa relación; pero acá en Cosquín todavía no me ha pasado eso... te diría también que eso de angustia es más como preocupación, si ponele angustia en un punto, pero como muy acotada ya también por la cantidad de años, vos sabés que eso te va a pasar y hay pibes que te van a aceptar, pibes que no te van a aceptar, pibes que les gusta tu estilo y pibes que no les gusta, y en definitiva mientras vos ofrezcas esta actitud de apertura, de escucha, de querer realmente ayudar, si no la capta ya pasa a ser más un problema de él que tuyo, tampoco vos podés forzar sentimientos que no tengan, o forzar vínculos que no quieren generar, y en eso siempre descansas en que no sos el único, digamos, de pronto a vos no te quieren y quieren a otro, entonces tratás de hacer desde tu lugar lo que a vos te corresponde, y sos una alternativa diferente, la madre y el padre si le querés decir, uno que impone autoridad y otro que cobija, protege... en general yo creo que esos son los años que te van curtiendo ¿no?

7. ¿Existe actualmente alguna situación dentro del Programa que le preocupe?

E: si hay varias sin dudas, primero el hecho de esta cuestión nueva de la cuestión física, si vamos a permanecer en esta casa o si nos vamos a

cambiar, la estructuración propia de cada módulo, el lograr el funcionamiento a nivel equipo, un poco a imagen de lo que se hace en Córdoba, el lograr esa soltura, también la posibilidad de trabajar en un ámbito de mayor distensión, etc., y que entonces de la posibilidad de un mejor clima, está la cuestión económica, el ingreso de dinero ha disminuido y eso disminuye el bienestar de la gente, eso sin dudas repercute en cierta precariedad en el grupo de profesionales, y hay que estar un poco más a cargo de eso, entonces como que lamentablemente no hemos tenido buenas noticias, es un proceso que tenés que iniciar desde un lugar de cierta precariedad en el grupo de gente que está trabajando con vos y bueno, no es el mejor lugar, es decir, son todas preocupaciones que sin dudas te joroban; sí hay una esperanza y una visión hacia delante que es positiva, y creo que esto da para mucho más, que hay lugares que no han sido vistos ni aprovechados, lo que supone tiempo, esto no se va a transformar de un día para el otro.

8. ¿Quiere agregar algo que considere importante?
E: no, nada.

Fecha de administración: 02/05/06

Entrevistado/a: (E)

1. ¿Qué actividades realiza en el Programa?

E: mi función dentro del Programa es la coordinación de la parte operativa eh... en este momento estamos viendo, si bien voy a trabajar en los dos módulos, el de la mañana y el de la tarde, tiene que haber un referente por módulo y posiblemente yo sea referente operativo del módulo de la tarde.

2. ¿Qué particularidades tiene el trabajo con este tipo de Patología?

E: eh... ¿qué particularidades? desde la parte operativo es más transferencial que otra cosa, mayormente quienes trabajan como operadores tienen una experiencia previa en el tema adicciones, han sido adictos que después de su tratamiento han hecho capacitaciones y están aptos como para trabajar terapéuticamente, pero básicamente es el contacto con los chicos desde la experiencia, desde el mismo lugar que ellos, como para que no sientan que vienen a un instituto médico y que la posibilidad cierta de un cambio de vida está, si alguien lo pudo hacer, ellos también.

3. ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?

E: en este momento con los cambios que hay eh... para que sea bien claro, con un pie afuera y el otro pie esta casi también en el aire, porque con todo lo que pasó acá adentro y las diferencias técnicas no se siente muy cómodos, están expectantes, creo que una de las psicólogas está más aplomada acá adentro porque tuvo una experiencia en otra institución, pero si, están expectantes a ver cómo se va a resolver...

4. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?

E: no, la relación es muy buena, con el interventor también es buena, si bien las psicólogas comparten menos tiempo con él, pero conmigo la

relación en particular es... tenemos un buen trato, él es bastante sincero, bastante tranquilo, por ahí en un momento, en la previa de estos cambios si había algunas diferencias, como que yo volcaba mucho las situaciones institucionales y no la de los pacientes en si.

5. Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció ¿cómo se siente respecto a eso, y porqué cree que sucedió?
E: eh... cuando deja un profesional que tiene tiempo de trabajo acá adentro como fue el caso de una de las psicólogas, es un llamado de atención más grande para mi, porque alguien que prácticamente se inició acá adentro, después de tres años, tres años y pico, en cuatro o cinco meses empezó a decir que no estaba bien, que no estaba cómoda y que prefería cuidar su integridad física y mental que seguir trabajando en el Programa eh... no, negativo cuando se va un profesional es negativo por el cambio que hay que hacer, por el ingreso de otra persona, pero acá fue llamativo porque renunciaron tres en un año, en el término de un año y medio, entonces eso hace a un completo malestar de trabajo, el no sentirse parte del equipo de trabajo, cada uno aportaba lo suyo, desde su lugar y no se tomaban decisiones, entonces terminábamos apelando a la decisión de otra persona... se rendía cuenta al Director de lo que se hacía y de ahí se impartía que había que hacer en más, las decisiones en las entrevistas, lo que se hablaba en las entrevistas, y entonces, si, creo que los psicólogos mas que nada se sienten bastante invadidos o afectados en su trabajo... si viene un psicólogo acá y te dice: "mirá, conseguí un trabajo mejor, la verdad agradezco lo que pasó acá, la experiencia, me voy bien", pero todos los que dejaron de trabajar acá fueron por diferencias concretas de trabajo, no hubo nadie que haya dicho: "mirá conseguí un laburo en el que me van a pagar el doble" o " me salió trabajo en otra ciudad y me voy" o sea, más allá que renuncie alguien, ique renuncie porque consiguió algo mejor! o porque ya hizo su

experiencia y bueno... pero no por un malestar en el Programa, creo que algo así pasó con la otra psicóloga, tenía un mejor laburo en Córdoba.

6. ¿Ha experimentado dentro de la Institución situaciones que lo paralicen, le generen angustia o ante las cuales no supo cómo proceder?
E: ¡sí!, y sobre todo al principio y en otras instituciones también, en otras instituciones más que nada era por el contacto con los pacientes, yo estaba en la parte de internación, entonces en este trabajo pasas por varios lugares que en definitiva te llenás de angustia, pasas por la omnipotencia, por el cuidado, porque pensás que sos el único que puede hacer algo, sentís que la gente está demandando que tenés que hacer algo si o si... y acá puntualmente la angustia era de no poder tener más contacto con la familia de los pacientes o con los pacientes fuera de la Institución y no coincidía por ahí con lo que se brindaba, según lo que reza la cantidad de estos papelitos que están dando vuelta (se refiere a carteles que describen valores que se pretenden transmitir) y llegado el momento de... no sé... de un acompañamiento extra Programa de una hora que necesite un chico la respuesta era: "No porque no te corresponde hacerlo" y otro tema es la plata, todo el que trabaja en una Institución como esta tiene que estar comprometido con lo que hace sino es imposible, cuando ponés la plata en lugar de un trabajo como este es como que pierde sentido tu trabajo, entonces si, te genera una angustia porque los chicos por ahí esperan o demandan afecto, una amistad , un salir por la calle y cruzártelo y ponerte a hablar... ha habido casos de chicos que se han ido... y algunos de los chicos que han terminado, que han recaído y han vuelto a venir, que se los ha rechazado por una cuestión económica entonces eso si te hace sentir angustia... e impotencia, las dos cosas por no poder hacer nada.
7. ¿Existe actualmente alguna situación dentro del Programa que le preocupe?

E: no... preocuparme no, antes estaba pensando y mi idea cuando yo empecé a hablar del malestar que se sentía acá adentro era en base a la expectativa que yo tenía cuando empecé a trabajar en esto, uno por ahí sabe que cuando cambia de Institución tiene como que arrancar de foja cero e ir creciendo de a poquito hasta llegar al lugar que uno quiere, con capacidad, con tiempo y con lo que necesite para acceder a ese lugar, que siempre está regido por la experiencia y la capacidad de trabajo... la experiencia te da la capacidad para aprender cosas, entonces acá ese es el problema, yo siento que tengo que renovar mis expectativas otra vez, dentro de la misma Institución, si yo hubiera cambiado mi lugar de trabajo entonces me la aguanto porque lucho por algo... si bien estoy posicionado mejor, en realidad es una situación que me molesta.

8. ¿Quiere agregar algo que considere importante?

E: no... es un desahogo constante, la expectativa creo que yo la tengo en función de lo que va a pasar acá adentro como Institución... a mi me encanta éste trabajo y quiero que los cambios sean para mejor.

Fecha de administración: 16/05/06

Entrevistado/a:(E)

1. ¿Qué actividades realiza en el Programa?

E: yo estoy a cargo de los talleres de huerta orgánica y artesanía, y está bueno porque los chicos están respondiendo.

2. ¿Qué particularidades tiene el trabajo con este tipo de Patología?

E: en el taller como que las cuestiones bien técnicas, ya sea en el de huerta o artesanía, digamos que son iguales en todos lados, es una forma de transmitir información muy puntual, digamos, no cambia porque esto se de en Educación Primaria, se de acá en el Programa del Sol en adicciones, o se de con chicos con discapacidad o lo que sea, siempre esa parte es la misma; lo que cambia acá con chicos que tienen adicciones son pibes con problemas más que nada en cuestiones de sentimientos, inquietudes, son inquietos, hacen lío, les cuesta comenzar los trabajos, les cuesta mantener la atención en lo que se da durante mucho tiempo... así que básicamente esos son los inconvenientes, más que nada la atención, la constancia y finalización de los objetivos ¿entendés? como que eso son los dos puntos en cuanto a la estimulación es como que van a las chapas, se copan con los laburos, les encantan, pero lo que cuesta es mantener eso en el tiempo, y justamente es un problema que tiene la droga, eso lo genera la droga y los problemas familiares, o sea, no poder concluir con las tareas que se proponen.

3. ¿Cómo cree que se sienten sus compañeros trabajando en la Institución?

E: eh... hubo un cambio en la Institución, un cambio que es muy concreto, cambió el Director, por ende el Director es el que baja la línea de trabajo y entonces está cambiando la línea de trabajo, estamos en un proceso de transición si se quiere y bueno, y la gente acá como que está en eso me parece, entonces es como que va a llevar un tiempo

acomodarse y en el medio va a haber pasos en falso como siempre los hay, esto es como el azar también un poquito, o sea, como que más allá de que las Instituciones tengan líneas de trabajo que tienen que mantenerse a pesar de que cambien ciertos roles dentro de la Institución, la Institución está formada por personas, entonces si cambian las personas no se va a mantener rígido, si cambian las personas obviamente que va a cambiar el ritmo de trabajo y me parece que hay un proceso que se viene que va a ser de mucho entendimiento, de inclinación grupal, de entendernos un poquito, de conocernos para laburar en equipo que es lo supuestamente ideal; yo creo que en general están todos bien, con expectativas.

4. ¿Cómo es la relación con sus compañeros?

E: es buena, es buena, salvo con el Interventor que no es un tipo que yo conozca en profundidad porque hace poquito que está, con los directivos del Programa del Sol de Córdoba tampoco tengo relación y me relación más fuerte es con el Operador Terapéutico que se mantiene igual a pesar de todos los cambios que hubo, que se mantiene porque hay una cuestión afectiva de fondo y que se mantiene ya de conocerlo en el laburo, y con el resto... como que la relación con el equipo, salvo con el Operador, no hay relación porque una relación requiere tiempo compartido y no lo hay, y más ahora que mis objetivos acá en el Programa son muy puntuales con los chicos o sea el rol de Operador te obliga a una tarea en equipo... y yo creo que el de tallerista también, pero digamos que el rol de tallerista puede ser un poquito más ajeno que el de Operador que es muy pegado a los pibes.

5. Tuve conocimiento de que personal de la Institución renunció ¿cómo se siente respecto a eso, y porqué cree que sucedió?

E: a boca pelada, creo que fueron por luchas de poder, luchas económicas, falta de comunicación, egoísmos, egocentrismo, hay muchas

cosas y eso reflejado en el trabajo... acá es muy simple, apenas hay quiebres en el equipo los chicos los ven, o sea, si los pibes se van y hay menos pibes es porque en el equipo algo anda mal; porque los pibes se estaban yendo, una vez que el Programa estaba creciendo los pibes se estaba yendo para abajo, o sea que no había comprensión de esto, y bueno, y surgió un cambio que... o sea como difícil porque acá era como una cuestión muy íntima, más allá de que andaban mal las cosas, con los pibes como que había herramientas para cambiar cosas desde el laburo y no se usaron y eso da bronca... amistades o relaciones de trabajo que se rompan por falta de comunicación o falta de entendimiento me parece ya una negligencia o sea, cuando un laburo no se puede mejorar es porque hay negligencia en el entendimiento y a mi eso me parece una boludez; pero bueno, en el medio hay plata, hay poder y son cosas de las que las relaciones sociales y las instituciones nunca van a estar exentas, y duele, porque en realidad el laburo es un laburo social, o sea, nadie está acá por el sueldo, o por lo menos no debería estar acá por el sueldo, más allá de que yo no soy un tipo que cree en caridad sino que me parece que cada persona tiene que ser asalariada, porque me parece que el salario es una forma de generar responsabilidad... no sé, te da bronca de que generen problemas por lo económico cuando en el fondo, supuestamente, estás trabajando con la salud, no son cosas que vayan de la mano, o sea, es como que me digas que para estar vivo tenés que pagar una medicina prepaga y que tu vida depende de esa cuota que pagues, ¿entendés?, la salud no tiene relación con lo material o por lo menos desde mi utopía no debería ser así, así que bueno, creo que si se trabaja por la plata no están claros los objetivos.

6. ¿Ha experimentado dentro de la Institución situaciones que lo paralicen, le generen angustia o ante las cuales no supo cómo proceder?
E: ¿situaciones de angustia?... si, se experimentan tanto con los chicos

como con el equipo, con los chicos porque bueno, porque traen historias jodidas y son adolescentes y siempre te cuestionan; primero por el dolor ajeno, es lo primero por más profesional que sea la gente trabajando, y después porque te cuestionan constantemente y te hacen replantear un montón de cosas de tu vida, y está bueno porque a veces te generan un cambio pero a veces es fulero enfrentar las cosas... y los pibes te tiran la verdad y no se callan la boca, y algunas son cualquiera porque están en un día malo, y otras son tal cual, pero bueno, también te dan alegría; y con el equipo más todavía, siempre se dan situaciones angustiantes... si porque si hay problemas dentro del equipo son cuestiones que van a repercutir en los pibes y de ahí puede pasar lo que sea; las situaciones de poder son una mierda porque la gente se empieza a criticar, aparece el chisme como factor de quiebre... es feo... yo estuve en otro lugar trabajando y siempre es lo mismo, siempre los garrones del laburador no están en el laburo mismo, en el laburo propiamente dicho que es con los pibes sino que está entre los pares con que trabaja... es en todo tipo de laburo, lo que pasa que acá estás laburando con pibes, o sea, el objetivo son ellos, no es un producto, son gente con una historia, y es difícil, y lo que pasó acá, las renunciadas que hubo fueron horribles, eso les hace mal a los pibes, es como que por ahí no se tiene conciencia de todo lo que se genera... hay pibes que han dejado, porque tenían identificación con la gente que ya no está y se perdió linda gente, o sea, y me parece que en algún punto, más allá de que se hayan corrido de la línea, de lo que hubiese correspondido hacer, es gente que en el cuerpo a cuerpo en el frente a frente con los pibes labura muy bien, y con ganas... si, mi crítica más que nada es para los adultos y con los juegos de poder.

7. ¿Existe actualmente alguna situación dentro del Programa que le preocupe?

E: no sé, me preocupa la relación de los pibes con nosotros, con el

equipo, me preocupan algunos chicos que estaban identificados con el otro Director y familias que me parecen que van a desertar... a mi me preocupa poder seguir transmitiendo a los chicos, me preocupa la relación de equipo porque si esto no funciona bien, se van a joder los pibes y acá tanto los pibes como los que laburan han luchado mucho para llegar a esta instancia, entonces si, me preocupa, yo creo que no va a ser un tiempo fácil pero creo que la gente que quedó, tanto pibes como del equipo, es gente que va a laburar.

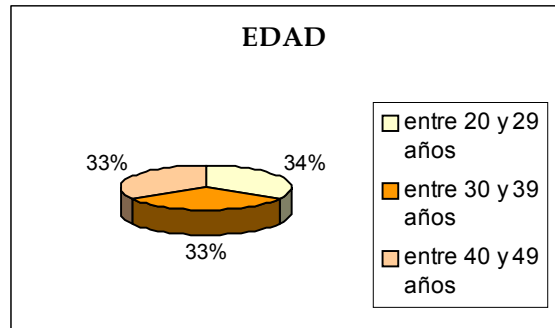
8. ¿Quiere agregar algo que considere importante?

E: no nada.

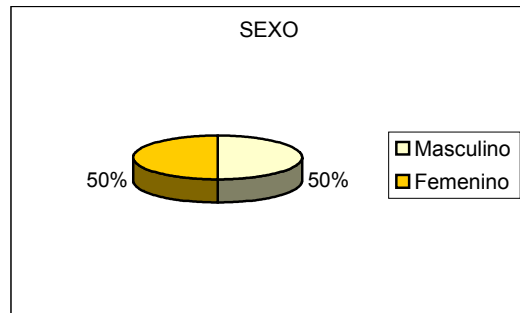
Resultados de MBI

Gráficos

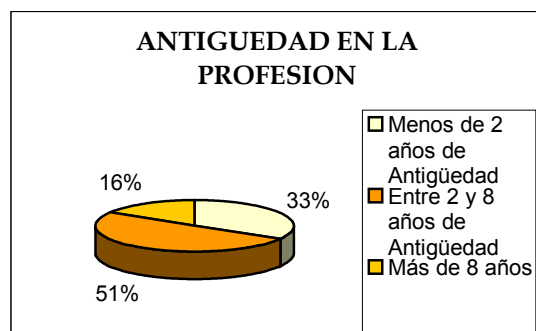
El 34% de los miembros del Equipo del Programa del Sol tiene una edad comprendida entre los 20 y 29 años. El 33% se encuentra entre los 30 y 39 años de edad, y el restante 33% posee entre 40 y 49 años.



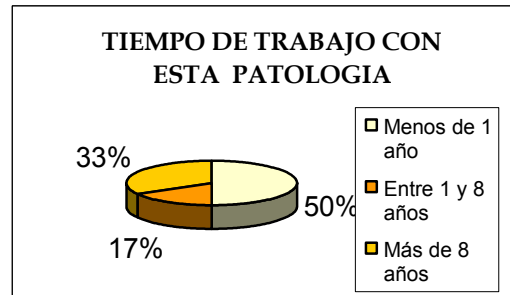
El Equipo de profesionales está conformado en un 50% por mujeres, y en un 50% por hombres.



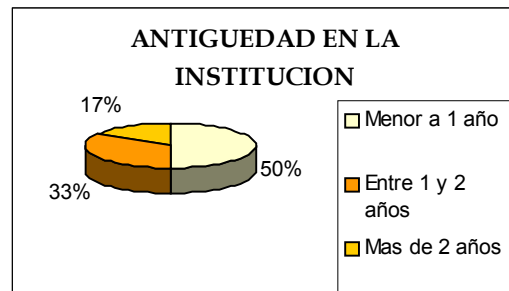
El 33% de los profesionales del Programa del Sol, tiene menos de 2 años de antigüedad en la profesión. Exactamente el 51% tiene una antigüedad comprendida entre los 2 y los 8 años; mientras que el restante 16% lleva mas de 8 años en la profesión.



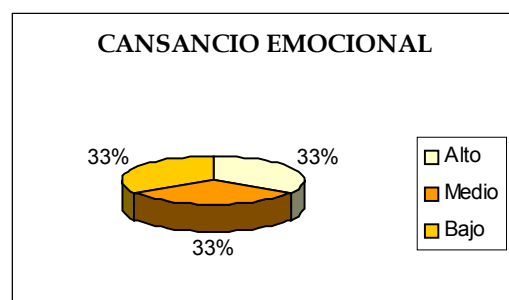
El 50% tiene menos de un año de trabajo con ésta patología, mientras que el 17% lleva entre 1 y 8 años de trabajo, y el 17% restante, hace más de 8 años que se desempeña en el trabajo con adicciones.



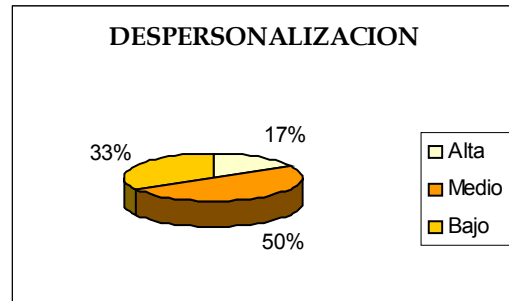
El 50% del Equipo Terapéutico hace menos de un año que trabaja en la Institución. El 33% tiene entre 1 y 2 años de antigüedad en la Institución, y un 17% tiene más de 2 años de trabajo en el Programa del Sol.



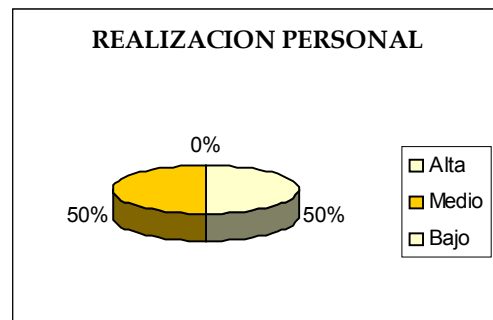
Se obtuvo un 33,33% para cada nivel de cansancio emocional en estos profesionales.



El 16,66% obtuvo un nivel alto en ésta escala, el 50% presenta un nivel medio de despersonalización y el 33,33% niveles bajos.



El 50% del Equipo Terapéutico puntuó alto en Realización Personal, y otro 50% obtuvo puntuaciones medias.



Cuadernillo de Burnout

Estrés y el Estrés Laboral

Lazarus y Folkman (1986 c.p. Gil-Monte y Peiró s.f.), en la década del 60 hacen referencia al estrés explicándolo como una transacción entre individuo y ambiente, donde cobra particular importancia la valoración cognitiva que el sujeto realice de la situación.

Así, puede hacerse una distinción entre **eustrés** y **distrés**. Se habla de eustrés cuando las reacciones estresantes son valoradas de manera positiva por el sujeto, en lo que respecta a su funcionamiento, desarrollo y rendimiento personal. Y se habla de distrés cuando ante una situación estresante se realiza un gasto de recursos continuo, sin poder controlarlo; esto es a lo que generalmente se denomina estrés. (Neira, 2004)

Fernández (2001) lleva el término estrés al ámbito laboral y explica que alude al desequilibrio percibido por el individuo entre las demandas profesionales y su capacidad para dar respuesta ante las mismas y concretarlas.

Entonces, si bien existen trabajos que por su misma naturaleza presentan factores que pueden funcionar como estresores, es fundamental considerar la interpretación y valoración que cada sujeto hace de ellos, así como las estrategias de afrontamiento que implemente ante los mismos.

Estrategias de afrontamiento ante el estrés

Lazarus y Folkman (1986 c.p. Gil-Monte y Peiró, s.f.) explican que el concepto de Estrategias de Afrontamiento debe implementarse en los casos en hay un esfuerzo, por parte del sujeto, en manejar un hecho que excede a su rutina, lo que no quita la posibilidad de que tal

conducta de afrontamiento, una vez aprendida, se convierta en una conducta adaptativa de carácter automático.

Una Estrategia de Afrontamiento es eficaz o ineficaz en la medida en que mejore o no la relación individuo-entorno. De esta manera, será eficaz cuando le posibilite al sujeto tolerar, aceptar, minimizar o ignorar la situación de estrés. (Gil-Monte y Peiró, s.f.)

Los mismos autores plantean dos tipos básicos de Estrategias de Afrontamiento:

- **Afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional:** se refiere a los procesos cognitivos que apuntan a disminuir el grado de trastorno emocional generado por un estresor. Se implementan cuando el sujeto percibe que no queda otra opción más que interactuar con los estresores, ya que no pueden modificarse. Ejemplos de ésta estrategia son: distanciamiento, minimización, evitación, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de aspectos positivos a los acontecimientos negativos.
- **Afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema:** son estrategias que pretenden modificar el estímulo estresante. Comienzan definiendo la situación problemática para luego buscar posibles soluciones, considerando costes y beneficios. Incluye estrategias que afectan al individuo (búsqueda de medios de gratificación alternativos, aprendizaje de nuevos procedimientos, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc.) como al entorno (pretenden modificar los recursos, los procedimientos, los obstáculos, etc.)

Síndrome de Burnout

El término inglés "Burnout" hace referencia a estar quemado, fundido, agotado, gastado, fatigado, consumido, exhausto, apagado.

El "Síndrome de Burnout", según explican Gil- Monte y Peiró (s.f.), aparece en la literatura psicológica en el año 1974 por medio de H. Freudenberger, especialista en atención a toxicómanos.

Este psiquiatra Neoyorquino observó en profesionales de distintas áreas (especialmente en aquellos que dirigen su trabajo a personas), que luego de un tiempo de trabajo comenzaban a manifestar síntomas médico - biológicos y sociales (pérdida de simpatía hacia el paciente, irritabilidad, angustia, jaquecas, etc.) como respuesta a una excesiva demanda de trabajo. Así, surge el término como manera de darle una explicación al deterioro observado en las organizaciones de servicio. (Ayala, E.A.; Thomaé, M.N.V.; Sphan, M. S. y Stortti, M. A., 2006)

En años posteriores, la Psicóloga Social Christin Maslach habló de "sobrecarga emocional" al estudiar los retos emocionales de los profesionales dedicados a la asistencia y la denominó "Burnout" por considerar a éste término menos estigmatizador que un diagnóstico psiquiátrico. (Neira, 2004)

Hoy, la definición más aceptada es la elaborada por Maslach y Jackson desde una perspectiva social, quienes describen al síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico, compuesto por actitudes y sentimientos negativos hacia las quienes dirigen su trabajo (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como por la vivencia

de encontrarse emocionalmente agotado. (Bruschi, M.; Castagna, A; Sánchez, M. y Sgró, S., s.f.)

Si bien se trata de una respuesta que se manifiesta más frecuentemente en profesionales que se desempeñan en organizaciones de servicio o asistencia, por ejemplo en médicos y maestros, quienes se encuentran en contacto directo con los destinatarios de su labor. Puede encontrarse también el síndrome en deportistas, directivos, entrenadores y hasta fuera del ámbito laboral (amas de casa, por ejemplo)

La causa de esta frecuencia estaría dada por la presencia, en estas profesiones, de estresores como: La escasez de personal, trabajo en turnos, falta de especificidad en el trabajo, falta de autonomía, pocos recursos económicos disponibles para trabajar, la caída del valor social de la profesión y, en algunos casos, el contacto permanente con la enfermedad, la muerte y el sufrimiento humano. (Gil-Monte y Peiró, s.f.; Neira, 2004)

De esta manera, el Burnout no afecta solo a quienes ejercen su profesión, sino también a quienes son asistidos, ya que por consecuencia se ve perjudicada la calidad del servicio brindado.

Perspectivas sobre el Síndrome de Burnout

Pueden diferenciarse dos perspectivas al momento de conceptualizar éste síndrome (Gil-Monte y Peiró, s.f.):

1. La Perspectiva Clínica;
2. La Perspectiva psicosocial.

Dentro de la *Perspectiva Clínica*, el Burnout estaría considerado como un ESTADO al que el sujeto llega como consecuencia del Estrés

Laboral, por lo tanto implicaría sentimientos y conductas asociadas al mismo.

Desde éste enfoque, Freudenberger explica que el síndrome de Burnout "... hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo. Éste estado sería el resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables." (Gil-Monte y Peiró, s.f., p.14)

Por otra parte, desde la *Perspectiva Psicosocial*, se lo concibe como un PROCESO que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. Este proceso asumiría una secuencia de fases, cada una de ellas con diferente sintomatología.

Dentro de este enfoque, los autores que más adhesión tienen en su definición de Burnout son Maslach y Jackson, que si bien comienzan definiendo el síndrome como un estado es a partir de esta definición que se genera su posterior conceptualización como proceso: "... un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad." (Gil-Monte y Peiró, s.f., p.14)

Los tres principales ejes de ésta definición serían:

- **Agotamiento Emocional:** alude a una situación de agotamiento de los propios recursos emocionales. El profesional se encontraría emocionalmente agotado como consecuencia del contacto diario con personas, las cuales

constituyen su objeto de trabajo (por ejemplo presos, pacientes, alumnos)

- **Despersonalización:** a causa de un endurecimiento afectivo se comienzan a desarrollar actitudes de cinismo y sentimientos negativos hacia los destinatarios del trabajo. Esto lleva a culparlos por su problema, así, al indigente le estarían merecidos sus problemas sociales, por ejemplo.
- **Falta de realización personal en el trabajo:** se refiere a la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, actitud que afectaría a la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas que se atienden.

Por su parte, De las Cuevas Catresana (2003) afirma que el Burnout es un proceso y no un suceso, por lo que no se presta a dicotomizaciones claras como podría ser presente o ausente, sino que se trata de un sutil patrón de conductas, actitudes y síntomas, que son diferentes en cada persona.

Desencadenantes y Facilitadores del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

El Síndrome de Burnout puede comprenderse como una experiencia que resulta de la combinación de estresores originados en el propio sujeto, en el ámbito laboral y ambiental (entorno social, cultural y familiar)

a- Desencadenantes

Se entiende por *desencadenantes* de éste síndrome a aquellos estresores que ocurren de manera crónica en el ambiente laboral, y

se encuentran vinculados con las relaciones interpersonales, con la tarea en si misma y con las condiciones adversas del ambiente físico donde se desempeña el trabajo (Gil-Monte y Peiró, s.f.; Neira, 2004.)

Ayala y cols. (2006) explican que estos desencadenantes pueden agruparse en tres ámbitos de actuación:

1. En relación con la propia tarea: sobrecarga de trabajo, turnos rotativos, falta de recursos personales y de energía para responder a las demandas de trabajo. La ambigüedad de rol, que alude a la incertidumbre sobre aspectos relacionados al trabajo como por ejemplo: procedimientos, objetivos, metas, funciones, etc.; y el conflicto de rol: hace referencia a la incompatibilidad entre la tarea y conductas que se llevan a cabo con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
2. Las relaciones interpersonales, que reflejarían la habilidad para trabajar con otros: relaciones conflictivas con los destinatarios del trabajo, los impedimentos impuestos por los superiores para el desarrollo autónomo del trabajo y, por último, las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.
3. La organización, en lo referido al nivel de influencia política y social: falta de participación en el proceso de toma de decisiones, falta de equidad organizacional y la imposibilidad de hacer carrera en el lugar de trabajo.

Con relación a esto, Gil – Monte y Peiró (s.f.) agregan aquellos factores vinculados a las condiciones físicas de trabajo, entre los que podrían citarse la falta de iluminación, poca higiene, carencias de espacio físico y ruidos.

b- Facilitadores

Como *facilitadores* del Síndrome de Burnout se entienden a aquellas "variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que éstos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del Síndrome en una u otra dirección." (Gil – Monte y Peiró, s.f., p.71)

Continuando con los autores citados, entre las variables facilitadoras pueden mencionarse:

Variables Demográficas

(Los datos que se presentan no son concluyentes, sino que representan las tendencias que se obtuvieron en diferentes estudios efectuados para investigar el tema)

- **Sexo:** se perciben diferencias en las actitudes de despersonalización, puntuando más alto varones que mujeres, en cambio éstas presentan más vulnerabilidad al agotamiento emocional y a la baja realización personal en el trabajo.
- **Edad:** habría más probabilidad de hallar síndrome de Burnout en un profesional joven, debido a que los profesionales de mayor edad desarrollan una variedad más amplia de estrategias para afrontar el estrés y sus expectativas personales serían bastante más reales que en sus primeros años de ejercicio.
- **Estado civil:** se han encontrado menores índices del síndrome en personas casadas que en solteras, sin responsabilidades. Esto encontraría explicación en que la vida en familia haría más experto al sujeto en el tacto con los demás y sus problemas.

- **Antigüedad en el puesto y Antigüedad en a profesión:** vale lo mismo que para la variable edad, ya que los sujetos nuevos por lo general son más jóvenes y por lo tanto con mayor experiencia y cantidad de estrategias para afrontar el estrés. (Gil-Monte y Peiró, s.f.; Neira, 2004)

Variables de Personalidad

Según De las Cuevas Castresana (2003), más allá del tipo de personalidad de los trabajadores, parecería que presentan mayor vulnerabilidad ante el Síndrome aquellas personas que presentan una actitud entusiasta y dedicada respecto a su trabajo. Éstos individuos se caracterizarían por: auto imponerse presiones asociadas con expectativas exageradas sobre su trabajo y sobre sí mismo; involucrarse de manera excesiva con los receptores de su labor, lo que en el caso de los trabajadores de Salud, lo expondría constantemente a experiencias de pérdida y, por último, con la desilusión y el disgusto al conocer la diferencia entre lo ideal y lo real de su trabajo.

Estrategias de afrontamiento

Según se ha estudiado, manifiestan mas sentimientos de quemarse por el trabajo aquellas personas que frecuentemente emplean *estrategias de evitación / escape o centradas en la emoción* que quienes apelan a *estrategias activas o centradas en el problema*.

Apoyo Social en el Trabajo

La falta de Apoyo Social dentro del contexto laboral es otra de las variables que aumenta la probabilidad de que se manifieste el síndrome en una persona.

Los ambientes laborales con gran índice de Burnout se caracterizan por tener líderes que mayormente aportan feedback negativos, a diferencia de los ambientes en los que el apoyo es alto y por tanto, los niveles del Síndrome bajos.

Consecuencias del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

Como ya se mencionó anteriormente a lo largo del presente Marco Teórico, el Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico, y más precisamente como mediador entre los estresores y las consecuencias de los mismos; por lo que su permanencia en el tiempo provocará efectos nocivos en el individuo y en la organización, como así también en la calidad del servicio que se ofrece.

Tonon (2004) menciona las siguientes consecuencias:

- **Físicas y emocionales:** taquicardia, cefaleas, fatiga, aburrimiento, apatía, culpa, depresión, etc.
- **Interpersonales:** se manifiestan en dificultades en las relaciones sociales y familiares.
- **Actitudinales:** suele observarse el desarrollo de actitudes negativas hacia las personas destinatarias del trabajo (pacientes, usuarios, clientes; dependiendo del ámbito), insatisfacción laboral y bajos niveles de compromiso.

- **Conductuales:** la autora se refiere a aquellas conductas disfuncionales en el lugar de trabajo (disminución de la cantidad y calidad del trabajo, llegadas tarde, ausentismo.)

A esto puede sumarse el aumento de ingesta de alcohol, tabaco, drogas y también consecuencias a nivel intelectual, viéndose afectadas de manera negativa la memoria, la percepción, el juicio y la concentración.

Burnout en la asistencia y prevención de adicciones

Independientemente de las variables de personalidad que hacen que el proceso del Síndrome se manifieste de manera particular en cada sujeto, habría diferentes factores que hacen pensar a quienes trabajan en la asistencia y prevención de adicciones como profesionales de riesgo:

- **El contexto institucional:** incluiría las dificultades vinculadas a la organización de las tareas, la distribución de roles, la capacitación de los equipos, además de la situación social, económica y política en la que se haya inserta la institución.
- **Las características de la patología:** afectarían la posibilidad de establecer un vínculo basado en el compromiso con el paciente.
- **La calidad de las relaciones interpersonales:** la cual influiría en la satisfacción de las personas en su trabajo y en la calidad del trabajo conjunto.

Fernández (2001), explica que la alta responsabilidad social que tienen los equipos que trabajan con patologías psicosociales (violencia, adicción, alcoholismo, SIDA), demanda realizar trabajos en contextos en los que el profesional se expone a una extrema tensión,

como consecuencia del contacto con personas e instituciones que sufren carencias, agobio, angustias y la incertidumbre de la crisis social, política y económica predominante en el marco comunitario.

Además, continuando con el mismo autor, los trabajadores sociales se exponen permanentemente a desgastes, por la relación que tiene su tarea con los aspectos más problemáticos de los seres humanos. Si bien quienes desarrollan su labor en sectores de prevención y asistencia desarrollan estrategias eficaces que posibilitarían un enfrentamiento con situaciones complejas, con el tiempo puede observarse la pérdida de entusiasmo hacia su trabajo, manifestándose de diversas maneras: agotamiento, conflictos entre pares, irritabilidad, somatizaciones, cambios de conducta, etc. (Fernández, 2001)

Según De las Cuevas Castresana (2003), dentro del colectivo de trabajadores de la salud, aquellos que desempeñan su profesión en Salud Mental, se constituyen en los más afectados por el estrés; esto se debería al hecho de trabajar con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, miedo, sexualidad y muerte).

Luego, el mismo autor, refiriéndose concretamente a profesionales que trabajan con adicciones, explica que los mismos tienen que manejar niveles de frustración más intensos que con otro tipo de pacientes, fundamentalmente, por el alto porcentaje de recaídas que pueden manifestarse durante el tratamiento, debido a la naturaleza de la enfermedad. Así, éste tipo de asistencia provoca contratransferencias¹⁴ que, en oportunidades, resultan difíciles de manejar.

¹⁴ “Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado, y especialmente, frente a la transferencia de éste.” (Laplanche, J. y Pontalis, J. B., 1998: 84)

Existen características de la personalidad adictiva que hacen que su tratamiento pueda tornarse emocionalmente agotador para el profesional: la escasa diferenciación, la pasividad, la dependencia, la dificultad y el miedo de reconocer y expresar emociones, el temor al rechazo, el uso de mecanismos de defensa muy primitivos (negación, proyección), la impulsividad y la dificultad para aprender de la experiencia. (De las Cuevas Castresna, 2003)

Por su parte, García Baquero y cols. (2004) hacen referencia a que éstos profesionales podrían configurarse como un colectivo vulnerable ante el estrés, ya que atienden a pacientes multiproblemáticos, en donde a la adicción se suman problemas de Salud Mental (patología dual), educativos, de marginalidad social y características de la personalidad, por ejemplo la agresividad.

Fernández (2006), considera que pueden distinguirse cuatro estadios de evolución del Síndrome:

- LEVE, y la explica como una evolución ocasional y de corta duración;
- Luego se refiere a una evolución MODERADA, en la que el cansancio físico y emocional serían de mayor duración;
- Una evolución GRAVE, constituida por síntomas crónicos o de agravamiento de las tres características que definen el síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo), a lo que se le sumaría ausentismo, abuso de drogas y / o alcohol, etc.;
- Y por último, una evolución EXTREMA, que se caracterizaría por depresión crónica, aislamiento, crisis existencial, con riesgo de llegar al suicidio.

Bibliografía

- Ayala, A.E.; Sphan, M.S; Stortti, M.A.; Thomaé, N.V. (s.f.). *etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud*. Recuperado el 2 de noviembre de 2006, de: http://med.unne.edu.ar/revista135/5_135.htm
- Bruschi, M.; Castagna, A.; Sánchez, M. y Sgró, S. (s.f.). *Síndrome de Burnout*. Recuperado el 27 de septiembre de 2006, de: http://www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome_burn-out.shtml
- De las Cuevas Catresanas, C. (2003). *Burnout en los profesionales de la atención a los drogadependientes*. Doyma, Vol. 5 (107 – 113). Recuperado el 27 de Julio de 2006, de: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pident=13045098>
- Fernández, G. H. (2001). *Evaluación y Prevención del Burnout en Equipos que trabajan con drogadependientes*. Recuperado el 19 de noviembre de 2005 del sitio Web de la Institución Programa Cambio: www.programacambio.org
- García Baquero, I.; Lagares Roibas, A.; Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C. (2004). *Estudio del Burnout en profesionales de drogadependencias*. Doyma, 6, 5-15. Descargado el 12 de julio de 2006, de: http://db.doyma.es/cgi_bin/wabcgi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pident_13056395
- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Burnout*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P.; Peiró, J. M. (s.f.) *Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de Burnout*. Madrid, España: Síntesis.

- Neira, M. (2004). *Cuando se enferman los que curan*. Río Cuarto, Argentina: Gambacap.
- Tonon, G. (2004). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del Síndrome de Burnout*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.

Caso de Burnout

Caso de Burnout

Walter es casado, tiene 47 años y dos hijos adolescentes.

Es Operador Socioterapéutico y trabaja desde hace 8 años, 10 horas diarias, en la Institución "Programa del Sol".

En el último mes ha faltado seis veces a trabajar, presentando carpeta médica. En la misma consta que Walter tiene picos de presión arterial, razón por la cual fue medicado.

Además, sufre de insomnio y ha aumentado el consumo diario de cigarrillo hasta llegar a 2 etiquetas.

Durante su jornada laboral se muestra cansado, irritable y desinteresado por su trabajo.

Por cuestiones de horario, no participa regularmente de las reuniones semanales que realiza el Equipo Terapéutico.

Mantiene una relación distante con algunos de sus compañeros de trabajo por no compartir los criterios con que éstos desempeñan su labor.

En una reunión que tuvo con el director de la Institución, le solicitó al mismo un cambio de área, manifestando preferencia por el área administrativa.

Tarjetas de Dominó

El Burnout puede tener consecuencias en el ámbito extralaboral de un profesional	Verdadero
Quien trabaja en drogadependencia esta expuesto a frustraciones	Falso
La Interdisciplina suele quedar en la teoría	Falso
Para trabajar interdisciplinariamente basta con un grupo de profesionales heterogéneo	Verdadero
Los profesionales del Programa del Sol trabajan de manera interdisciplinaria	Falso

La Interdisciplina es una manera totalizadora de enfrentar los problemas de la realidad	Verdadero
Falso	La Interdisciplina implica un desplazamiento de la teoría a la práctica.
Falso	El grupo de reflexión disminuiría el agotamiento en quienes trabajan con adicciones.
Verdadero	Los equipos asistenciales dedican poco tiempo a la reflexión.
Falso	El trabajo con adicciones expone a los profesionales ante el Burnout.

La falta de libertad para tomar decisiones en el trabajo puede generar Burnout	Verdadero
La falta de recursos materiales puede constituirse en un desencadenante del Burnout.	La falta de recursos materiales puede constituirse en un desencadenante del Burnout.
Verdadero	La dependencia a sustancias debería abordarse de manera interdisciplinaria.
Falso	Falso
Verdadero	Verdadero

Falso	Falso
Verdadero	Falso
Verdadero	Falso
Verdadero	Verdadero
Falso	Verdadero