

ÁREA CLÍNICA

Estudio del *burnout* en profesionales de drogodependencias

Stuðie of burnout in professionals of drug dependencies

PEDRERO PÉREZ, E.J.*; PUERTA GARCÍA, C.**; LAGARES ROIBAS, A.**;
SÁEZ MALDONADO, A.** y GARCÍA BARQUERO, I.**

*Psicólogo. Máster en drogodependencias. Asociación para la Prevención y la Investigación en Dependencias (APID).

**Médicos. Asociación Médica para las Adicciones y Patologías Asociadas de Madrid (AMAPA). Madrid. España.

RESUMEN: *Objetivo:* El concepto de *burnout* se ha estudiado como una forma peculiar de estrés laboral que afecta a las personas cuyo trabajo se centra, directa y permanentemente, en la provisión de ayuda a otras personas con dificultades. Se ha estudiado especialmente en profesiones sanitarias y docentes. El colectivo de profesionales que atiende a personas con problemas de abuso o dependencia de sustancias no ha sido suficientemente estudiado y es previsible que pueda configurar uno de los grupos más vulnerables, en tanto que atienden a pacientes multiproblemáticos, que a su adicción suman problemas educativos, de salud mental, de marginación social, así como características de personalidad como la agresividad, la baja tolerancia a la frustración y las exigencias de atención inmediatas. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia y características del *burnout* en una muestra de profesionales de diversos centros de atención a drogodependientes, y su relación con la sintomatología psicopatológica declarada.

Material y métodos: Estudio de 150 profesionales de centros ambulatorios, residenciales, hospitalarios y penitenciarios, integrados en equipos multidisciplinarios de atención a drogodependientes.

Instrumentos: MBI (Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson) y SCL-90-R (Symptom Check List 90 Revised, de Derogatis).

Resultados: Se observa una muy elevada prevalencia e intensidad de *burnout*, especialmente en al-

gunas profesiones, como los auxiliares sanitarios. Destaca significativamente la elevación de la escala de despersonalización. No se aprecian diferencias por sexos, ni según la edad o el tiempo que lleven trabajando en este ámbito. Existe una fuerte correlación entre las escalas del MBI y las del SCL-90-R, especial, pero no únicamente, en el cansancio emocional.

Conclusiones: Se hipotetiza que la variable «despersonalización» no sea sólo una consecuencia del agotamiento profesional, sino también una estrategia de autoprotección. Se sugiere la necesidad de contar con los rasgos de personalidad que puedan explicar las diferentes respuestas sintomatológicas. Se sugieren algunas medidas que podrían reducir los elevados niveles de agotamiento observados en este grupo profesional.

PALABRAS CLAVE: *Burnout*. Evaluación. Abuso de drogas. Síntomas. Estrés profesional.

ABSTRACT: *Objective:* The concept of *burnout* has studied as a peculiar form of occupational stress that affects the people whose work is centered direct and permanently in the provision of aid to other people with difficulties. One has studied specially in sanitary and educational professions. The group of professionals who take care of people with problems of abuse or dependency of substances has not been enough studied and it is expectable that they may be one of the most vulnerable groups whereas they take care of multiproblematic patients that associated to their addiction show educative, mental health and social marginalization problems, as well as personality characteristics like aggressiveness, low tolerance to frustration and

Correspondencia:

EDUARDO JOSÉ PEDRERO PÉREZ
C/ Bergantín, 11, 5.º B
28042. Madrid. España
E-mail: ejpedrero@mi.madridel.es

immediate demand of attention. The objective of the study was to study the prevalence and characteristics of *burnout* in a sample of professionals of several centers of attention to drug addicts and their relation with the declared psychopathological symptoms.

***Material and methods:* 150 professionals of outpatients, residential, hospital and prison centers, integrated in multidisciplinary staffs of attention to drug dependents.**

***Instruments:* MBI (Maslach Burnout Inventory, by Maslach and Jackson) and SCL-90-R (Symptom Check 90 List Revised, by Derogatis).**

***Results:* It is observed a very high prevalence and intensity of *burnout*, specially in some jobs like those of the Sanitary Helpers. The elevation of the scale of depersonalization is highly significant. Differences by genre, or according to the age or the experience time of work in this kind of jobs are not appraised. There is a strong correlation between the scales of the MBI and those of the SCL-90-R, special, but not only, in the Emotional Exhaustion.**

***Conclusions:* We hipotetice that the «depersonalization» variable is not only one consequence of the professional exhaustion, but also a self-protection strategy. We suggest the necessity of counting on the personality characteristics that can explain the different symptomatic answers. We suggest possible alternatives that could reduce the high observed levels of exhaustion in this professional group.**

KEY WORDS: *Burnout*. Assessment. Drug abuse. Professional stress. Rehabilitation. Symptoms.

Introducción

El término *burnout* hace referencia a un tipo de estrés que se desarrolla en el ámbito laboral e institucional de las personas cuyo encargo es trabajar de forma directa y constante con otras personas, lo que magnifica su impacto en los casos de profesionales que atienden a sujetos con dolencias físicas y psicológicas (médicos, enfermeros, profesores, psicólogos, etc.) y en instituciones que se dedican a tal labor (hospitales, residencias de ancianos, centros de atención primaria, etc.). El término fue propuesto y desarrollado por Freudenberger¹, aunque fueron los trabajos de Maslach^{2,3}, en un primer momento desde aproximaciones intuitivas y evidencias clínicas, los que dieron consis-

tencia al constructo, hasta culminar con la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI)⁴, instrumento que permitió la investigación y comparación de resultados, así como los factores con los que se asocia.

El *burnout* sería, en estricto sentido, una forma particular de estrés laboral, caracterizado por componentes cognitivos y emocionales, así como un cambio en determinados comportamientos desarrollados en la interacción con las personas a las que se ha de cuidar. La autora se dedicó, en un principio, a analizar las características del trabajo de los profesionales sanitarios, los problemas que éstos presentaban y el comportamiento que desarrollaban con sus pacientes; a partir de estos estudios formuló las 2 dimensiones iniciales de su modelo: el cansancio emocional y la despersonalización. El primero de ellos, hace referencia a una progresiva pérdida de energía en el desempeño de las funciones, un desgaste prolongado y persistente, fatiga física y psíquica que determinan una pérdida de energía que puede traspasar los límites del desempeño profesional; este cansancio emocional (CE) sería considerado el eje central del síndrome y podría ser conceptualizado como la pérdida continuada del capital emocional que el profesional invierte en su trabajo.

La despersonalización o deshumanización (DP), hace referencia a la aparición de ciertas actitudes y sentimientos de carácter negativo hacia los pacientes con los que se trabaja, de modo que el profesional tendería a endurecerse llegando a fomentar pensamientos tales como «los pacientes tienen lo que se merecen», lo que se traduce en comportamientos despectivos, un lenguaje deshumanizado y una respuesta insensible hacia ellos.

Con posterioridad, Maslach incluyó una tercera dimensión en su constructo, que definió como *reducción de la autorrealización*, o reducción de sensación de logro personal, que se traduce en una tendencia a autoevaluarse negativamente, desarrollar sentimientos de inutilidad e incompetencia y descontento general consigo mismo y con la labor realizada. En el cuestionario se formula como realización profesional (RP), con signo opuesto al de las anteriores.

Se ha intentado dar cabida al constructo de *burnout* dentro de marcos teóricos más amplios que pudieran dar cuenta de su etiología. Gil-Monte y Peiró⁵ identifican 4 modelos: la teoría sociocognitiva del yo, las teorías del intercambio social, la teoría organizacional y los modelos transaccionales del estrés. La primera, basada en las propuestas de Bandura, hace referencia a la influencia recíproca entre las cogniciones de los sujetos y sus acciones, así como en lo observado en los demás, y las consecuencias afectivas que las capacidades

autopercebidas mostrarán en el desempeño real de la tarea laboral. Las teorías del intercambio social de Hobfoll y Freedy⁶ sitúan la etiología del *burnout* en las percepciones de mínimas ganancias resultantes de grandes inversiones en sus relaciones de ayuda: cuando de manera continuada los profesionales valoran que reciben menos de lo que aportan mediante su esfuerzo, empezarán a desarrollar sentimientos de estrés. La teoría organizacional otorga la mayor importancia a los elementos de la organización, el ambiente de trabajo y las inadecuadas estrategias de afrontamiento desarrolladas por los sujetos, y la consecuente vivencia de estrés; según unos u otros modelos se prima la importancia de las disfunciones de los procesos de rol, la salud organizacional, la estructura, el clima y la cultura de la empresa. Finalmente, los propios autores ya mencionados⁵ entienden el *burnout* como una respuesta de estrés, explicable desde la teoría transaccional-cognitiva de Lazarus y Folkman, tras una reevaluación cognitiva y la percepción de fracaso del afrontamiento realizado. Una revisión detallada de todos los modelos citados aparece recogida en Gil-Monte y Peiró, 1997⁷.

No hay acuerdo entre los investigadores en el orden de aparición de cada una de las dimensiones, aportando cada autor una explicación acorde con el modelo teórico adoptado. Para Maslach⁸ y Leiter⁹ lo primero que aparece es el CE, surgiendo posteriormente, como estrategia de autoprotección, la DP, para finalmente decrecer la RP cuando el profesional se hace consciente de la discrepancia entre sus expectativas iniciales de servicio a los demás y sus percepciones actuales de ineficacia. Para otros, como Gil-Monte et al¹⁰, lo primero en aparecer sería la baja RP, como evaluación cognitiva y, ante el fracaso de las estrategias de afrontamiento disponibles, aparecería el CE y se desarrollaría la DP como estrategia de afrontamiento alternativa. Otros autores, sin embargo, observan distintos cursos de aparición de cada componente en función de los diferentes roles profesionales, expectativas individuales y contextos laborales¹¹.

En lo que sí parece existir acuerdo es en la combinación de componentes cognitivos y afectivos en el proceso de «quemarse»: los primeros, relacionados con las expectativas de autoeficacia y la autoconfianza; los segundos, relacionados con el cansancio emocional. Estas reacciones, como parte de un proceso singular, se diferenciarían, según algunos autores, de otras respuestas como la ansiedad, la depresión o la hostilidad, que consideran más propiamente como estados del individuo¹¹⁻¹².

Se han estudiado las relaciones entre algunas variables que pudieran dar cuenta de la génesis o el mante-

nimiento del síndrome, y se ha encontrado que la competencia profesional percibida se asocia con la RP, pero no con los otros componentes; que el apoyo social de los compañeros actúa como elemento modulador de las dimensiones CE y DP; que la ambigüedad de rol se relaciona con la RP mientras el conflicto de rol lo hace con el CE; que la despersonalización es más frecuente entre los varones; que existe una relación lineal entre edad y CE; que la tendencia al absentismo laboral es una consecuencia directa del síndrome (para una revisión completa de estas relaciones encontradas, consultar Gil Monte y Peiró, 1999⁵); que el trabajo en ambientes estructurados, en los que la toma de decisiones cuenta con medios que permiten reducir la incertidumbre, aminora la magnitud del síndrome; que la seguridad en el empleo es una variable protectora, aunque también lo es la novedad en la labor desempeñada (que se acompaña de ilusión por aprender, menor responsabilidad); que la experiencia laboral disminuye el CE; que es más probable que la DP se desarrolle en varones solteros y divorciados con un bajo nivel de estudios; que es el CE la dimensión que mantiene más relaciones con problemas psicopatológicos, aunque también se encuentra una relación consistente entre DP y síntomas como la hostilidad, la ideación paranoide y el psicoticismo (que podrían ser considerados como correlatos psicológicos de una conducta fría y deshumanizada), mientras el factor de RP no mantiene ninguna relación con trastornos mentales (consultar Olmedo et al, 2001¹³).

Se ha estudiado el síndrome de *burnout* en personal sanitario¹³⁻¹⁵, en servicios sociales¹⁶ y en personal docente¹⁷. También en situaciones especiales como la atención geriátrica¹⁸ y las unidades de urgencia¹⁹. Otros estudios, han relacionado el síndrome con características de personalidad²⁰. Sobre el trabajo con drogodependientes sólo hemos encontrado un estudio en nuestro país²¹.

Se han identificado consecuencias para la salud de la experiencia de *burnout* a tres ámbitos²²:

— Síntomas físicos: suelen ser los primeros en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (como la hipertensión o la enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales (como la úlcera duodenal o el colon irritable), mialgias, asma, insomnio, disfunciones sexuales, dismenorrea, etc.

— Alteraciones conductuales: alimentarias, abuso de drogas, fármacos y alcohol, absentismo laboral, conducción temeraria, ludopatía, tabaquismo, etc.

— Alteraciones emocionales: ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, desmotivación, dificult-

tades de concentración, distanciamiento emocional, frustración, etc.

Material y método

Objetivo

Estudiar el nivel de *burnout* en una muestra de profesionales que trabajan en drogodependencias y explorar las relaciones que se establecen entre esta variable y la sintomatología psíquica.

Participantes

La muestra está compuesta por 150 profesionales que trabajan con drogodependientes en la Comunidad de Madrid, en diversos dispositivos: centros de atención a drogodependientes (CAD), municipales (n = 50) o autonómicos (n = 54), comunidades terapéuticas profesionales (n = 17), unidades hospitalarias de desintoxicación (n = 6), centros penitenciarios (n = 4), unidades móviles (n = 5) y centros específicos de dispensación de metadona (n = 12), además de 2 personas que no hacen constar su centro de trabajo.

Instrumentos

Los participantes cumplimentaron 2 cuestionarios:

a) El inventario de *burnout* de Maslach (MBI; Maslach y Jackson⁴, versión española de Seisdedos²³; consta de 22 ítems, distribuidos en 3 escalas: cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización profesional (8 ítems); que se contestan en una escala de Likert de 7 opciones, en relación a la frecuencia con la que se experimenta la situación planteada.

b) SCL-90 (Symptom Check List-90) de Derogatis, cuya primera versión fue desarrollada por este autor y sus colaboradores en 1973²⁴ a partir del Hopkins Symptom Check List (HSCL)²⁵. Con posterioridad, se presentó el SCL-90-R²⁶, versión revisada de aquél, que fue adaptada al castellano por González de Rivera et al²⁷. Se trata de un cuestionario de autoinforme compuesto de 90 ítems, valorados cada uno en una escala de Likert de 0 (nada) a 4 (mucho), en relación a la magnitud en que la persona se ha sentido molesto por cada uno de los síntomas durante la última semana. Los 90 ítems proporcionan información en relación a 9 dimensiones sintomáticas (somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo), así como a 3 escalas generales: índice general sintomático (o de gravedad), total de síntomas positivos e índice de malestar.

Además se solicitó información sobre edad, sexo, tiempo de trabajo en drogodependencias y centro de trabajo.

Procedimiento

Los autores, profesionales en activo del tratamiento de drogodependientes, facilitaron los cuestionarios a compañeros del propio y otros dispositivos que, a su vez, lo difundieron en sus centros, y se recogieron los que fueron cumplimentados voluntariamente.

Resultados

En la tabla 1 se presentan los descriptivos de la muestra de profesionales que participaron en el estudio. No se hace constar, ni se tendrá en cuenta en ade-

Tabla 1. Descriptivos de la muestra

	Sexo		Edad		Tiempo de trabajo en drogodependencias		
	N	Varones	Mujeres	Media	DT	Media	DT
Auxiliar sanitario	4	1	3	35,25	6,13	5,25	3,77
Administrativo	6	2	4	32,50	9,01	3,83	5,08
Enfermero/a	16	9	7	36,88	8,52	7,31	4,99
Sociólogo/a	2	1	1	27,00	1,41	4,00	2,83
Psicólogo/a	45	13	32	35,96	7,55	7,78	5,45
Médico/a	35	16	19	39,91	5,40	5,86	4,73
Terapeuta ocupacional	4	0	4	37,25	6,18	11,75	3,40
Trabajador/a social	19	4	15	34,95	7,38	7,05	3,78
Educador/a social	15	8	7	31,07	4,68	6,40	4,78
NC	4						
Total	150	54	92	36,12	7,28	6,86	4,91

lante, el centro en el cual se desarrolla su trabajo, por cuanto no nos informa ni de su situación contractual (en un solo centro conviven hasta 6 formas de contrato laboral), ni —en el caso de la mayor parte que trabaja en centros ambulatorios— el tipo de población sobre la que trabajan ni el régimen en que este trabajo se desarrolla (p. ej., existen profesionales que atienden en exclusiva a pacientes en mantenimiento con metadona, otros únicamente trabajan en programas libres de drogas, otros con ambos, otros únicamente a menores, etc.), por lo que la capacidad informativa de esta variable es nula.

En la tabla 2 se muestran las medias y desviaciones típicas obtenidas para cada una de las subescalas del MBI. Destaca la alta puntuación media observada en la escala de despersonalización, considerablemente superior a la del resto de estudios citados, a la vez que puede apreciarse una puntuación muy baja en la escala de realización profesional. La consistencia interna de la escala de despersonalización se sitúa a medio camino de la observada por la autora del cuestionario y la que puede estimarse en otros trabajos. Destaca también, la elevada correlación entre escalas obtenida en este estudio, en especial la que mantienen las escalas

de despersonalización y realización profesional. El resto de datos no son discrepantes con los de los demás estudios.

En la tabla 3 se indican las puntuaciones medias y las desviaciones estándar obtenidas en cada escala del cuestionario, según la profesión declarada. Los valores tienden a ser homogéneos salvo la baja puntuación obtenida por los sociólogos y la muy elevada que se observa en los auxiliares sanitarios (auxiliares de clínica y técnicos de laboratorio), como puede observarse más claramente en la columna de la derecha en la que se ha restado la puntuación de la escala de realización profesional, como aspecto positivo de signo contrario a la de las otras 2.

La tabla 4 representa las diferencias por sexos en las dimensiones del MBI, que no son significativas en ninguno de los casos (ANOVA, significación CE: 0,98; DP: 0,16; RP: 0,81).

En la tabla 5 se observan las correlaciones, y su nivel de significación, entre el tiempo que los profesionales llevan desempeñando sus funciones en el tratamiento de drogodependientes, su edad en el momento de cumplimentar el cuestionario y las escalas del MBI. En ningún caso se observa significación.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos, valores de fiabilidad a de Cronbach y valores de correlación para las escalas del MBI

M				DT				a				CE			DP					
(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)									
CE	22,3	22,45	20,34	20,99	10,5	11,9	11,0	10,7	0,87	0,86	0,87	0,9								
DP	10,29	7,97	6,04	8,73	4,9	5,2	5,2	5,9	0,67	0,43	0,57	0,79	0,56**	0,48	0,44	0,52				
RP	27,96	35,77	36,39	34,58	7,5	8,6	6,9	7,1	0,69	0,79	0,72	0,71	-0,45**	-0,85	-0,29	-0,22	-0,46**	-0,23	-0,28	-0,26

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización profesional.

(1) Resultados del presente estudio; (2) resultados de Olmedo et al, 2001¹³ sobre profesionales de un hospital; (3) resultados de Gil-Monte y Peiró, 1999²⁷ sobre una muestra multiprofesional; (4) resultados consignados en el manual de Maslach, 1986⁴.

Tabla 3. Valores medios y desviaciones típicas en cada escala del MBI por profesiones

	N	CE		DP		RP		CE + DP - RP
		Media	DT	Media	DT	Media	DT	
NC	3	19,67	13,2	9,33	4,1	25,00	10,2	4,00
Auxiliar Sanitario	4	27,50	6,4	12,25	4,3	23,50	9,4	16,25
Administrativo	6	21,50	11,3	9,75	3,5	26,50	10,3	4,75
Enfermero/a	16	19,50	9,6	9,50	5,8	28,94	5,5	0,06
Sociólogo/a	2	16,00	8,0	8,50	5,6	32,50	1,7	-8,00
Psicólogo/a	46	22,43	13,3	10,22	5,4	27,61	7,8	5,04
Médico/a	35	23,06	11,4	10,91	4,7	27,20	8,2	6,77
Terapeuta ocupacional	4	22,00	7,4	10,00	5,0	28,88	7,0	3,12
Trabajador/a social	19	21,42	13,4	10,16	6,4	29,00	8,1	2,58
Educador/a social	15	24,60	9,0	10,27	5,0	29,93	6,3	4,94
Total	150	22,30	10,4	10,29	4,9	27,96	7,5	4,63

Tabla 4. Diferencias por sexos en las escalas del MBI

	CE		DP		RP		
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
NC	3						
Varones	54	22,4	10,9	10,8	5,1	27,9	7,4
Mujeres	93	22,3	10,1	10,1	4,8	28,1	7,5
Total	147	22,4	10,5	10,3	4,9	28,0	7,5

Tabla 5. Correlación entre el tiempo de trabajo con drogodependientes (T°) y la edad, con las escalas del MBI (n = 147)

		T°	Edad
CE	Correlación de Pearson	-0,07	-0,04
	Sig. (bilateral)	0,43	0,64
DP	Correlación de Pearson	-0,01	-0,12
	Sig. (bilateral)	0,87	0,14
RP	Correlación de Pearson	0,09	-0,08
	Sig. (bilateral)	0,29	0,36

Tabla 6. Correlaciones entre las escalas del MBI y las escalas e índices generales del SCL-90-R

	CE	DP	RP
Somatización	0,229**	-0,005	-0,103
Obsesión compulsión	0,408**	0,311**	-0,285**
Sensibilidad interpersonal	0,338**	0,307**	-0,248**
Depresión	0,393**	0,238**	-0,225**
Ansiedad	0,391**	0,157	-0,198*
Hostilidad	0,277**	0,208*	-0,162*
Ansiedad fóbica	0,210*	0,130	-0,194*
Ideación paranoide	0,227**	0,162*	-0,122
Psicoticismo	0,250**	0,193*	-0,222**
Índice general sintomático	0,417**	0,252**	-0,244**
Índice de malestar	0,316**	0,233**	-0,197*

*Correlación significativa para $p < 0,05$; **correlación significativa para $p < 0,01$.

A continuación se estudian las correlaciones entre los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional, y la sintomatología de malestar declarada en el SCL-90-R. En la tabla 6 puede advertirse que el cansancio emocional correlaciona fuertemente con todas y cada una de las escalas sintomatológicas, así como con los índices generales. En los casos de las otras 2 escalas las correlaciones son también amplias, aunque ni tan fuertes ni tan generalizadas y, en el caso de la realización profesional, con signo negativo, como era de esperar.

A diferencia de lo ocurrido con el MBI, en el SCL-90-R sí se observan diferencias entre varones y muje-

res, puntuando ellas más alto en la mayor parte de las escalas, aunque sólo aparece significación para los síntomas de depresión y ansiedad (tabla 7).

Discusión

En primer lugar, hay que hacer constar las limitaciones del trabajo, especialmente en la obtención de la muestra. Al apelar a la voluntariedad, las conclusiones que puedan obtenerse del procesamiento de los datos quedan en gran medida limitadas; los cuestionarios pueden haber sido cumplimentados por aquellos sujetos más proclives a manifestar su malestar, o bien todo lo contrario; no reflejan necesariamente la situación global de la población objeto de estudio. Y, sin embargo, todos los estudios realizados sobre este constructo comparten la misma limitación, hacen que cualquier sesgo sea común y permiten la comparabilidad de los datos.

Una segunda limitación es la debilidad del instrumento utilizado. El MBI ha mostrado en diversos estudios una pobre consistencia interna, especialmente a costa de la dimensión de despersonalización, con valores α de Cronbach ente 0,34 y 0,63, y también debilidades factoriales, con agrupaciones que no responden a la formulación teórica^{5,28,29}. En nuestro estudio, la consistencia interna de la escala de despersonalización aparece elevada en comparación con estudios similares, sin llegar a la propuesta en el propio manual del instrumento.

Lo que aparece como primera observación, a la vista de los datos, es la elevada puntuación obtenida por nuestra muestra en las dimensiones que sugieren presencia del síndrome, y que son significativamente superiores a las observadas en otras muestras de profesionales sanitarios que intervienen en otros ámbitos asistenciales. Y tal superioridad se establece fundamentalmente a partir de una elevada despersonalización y una extremadamente baja realización profesional, mientras el cansancio emocional se sitúa en niveles similares a las de otros estudios.

Si comparamos estos datos con los que presenta el otro estudio sobre intervinientes en drogodependencias disponible en nuestro país²¹, advertimos enormes diferencias. En aquel trabajo, realizado sobre trabajadores de la Asociación Proyecto Hombre, las cifras aparecen excepcionalmente bajas, no sólo comparadas con nuestro estudio, sino con cualquier otro. Las razones probablemente habrá que encontrarlas en factores institucionales: los trabajadores de esta asociación, especialmente en el momento en que se realizó el traba-

Tabla 7. Medias y desviaciones de las puntuaciones obtenidas por varones y mujeres en las escalas e índices del SCL-90-R, y significación de las diferencias estimada mediante ANOVA

	Varones		Mujeres		ANOVA
	Media	DT	Media	DT	
Somatización	0,45	0,55	0,64	0,63	0,08
Obsesión compulsión	0,55	0,46	0,69	0,59	0,15
Sensibilidad interpersonal	0,54	0,42	0,53	0,52	0,95
Depresión	0,50	0,42	0,71	0,64	0,03*
Ansiedad	0,34	0,34	0,49	0,50	0,05*
Hostilidad	0,46	0,45	0,54	0,64	0,43
Ansiedad fóbica	0,11	0,19	0,18	0,37	0,20
Ideación paranoide	0,53	0,49	0,52	0,62	0,89
Psicoticismo	0,17	0,23	0,15	0,23	0,55
Índice general sintomático	0,40	0,30	0,51	0,43	0,11
Índice de malestar	1,38	0,30	1,48	0,46	0,17

*Correlación significativa para $p < 0,05$.

jo, desarrollaban su labor, en muchos casos, a partir de un sentimiento de solidaridad que constituye la base del ideario de esta asociación, lo cual establece, de partida, una relación diferente con el drogodependiente a la que propicia lo estrictamente profesional. Y ello explicaría, por una parte, las puntuaciones en despersonalización que, sobre la base de la solidaridad, han de ser necesariamente más bajas que cuando se establecen a partir de una relación contractual, no siempre elegida por el profesional. Y, en consecuencia, la dimensión de realización será mayor en congruencia con unas expectativas de ayuda que con una práctica profesional en la que, en muchos casos, las expectativas previas no se corresponden con la realidad asistencial.

También hay que tener en cuenta otros factores relacionados con el clima organizacional: mientras la citada asociación cuenta con un prestigio social incuestionable, incrementado notablemente por apoyos mediáticos y figuras de gran relieve social, el trabajo en dispositivos públicos, en el mismo ámbito, apenas cuenta con un reconocimiento social, o éste es negativo: a menudo se considera este campo de trabajo como un espacio marginal, fuera de la red asistencial general e incluso de las redes de salud mental. Muchos profesionales manifiestan su malestar al advertir tan baja consideración y, sólo en los últimos años, este colectivo ha reaccionado reclamando un reconocimiento académico, profesional y social de los que carece, para un ámbito de trabajo que cuenta con muchos elementos de especificidad.

Esta situación de marginalidad se pone de manifiesto cuando comparamos nuestros resultados con otros, como los de Olmedo et al¹³, que estudian la presencia

de *burnout* en diferentes estamentos de la atención sanitaria: mientras los niveles más bajos corresponden a los profesionales especializados, los más altos se observan en quienes trabajan en atención primaria y salud mental. Los autores proponen que estos últimos tienen que enfrentarse al paciente como individuo en su totalidad, circunstancia que aumenta la probabilidad de una mayor demanda en la relación, así como la intensidad y la duración de la misma, mientras los especialistas centrarían su atención en una parte del organismo, así disminuye la posibilidad de crear un vínculo con la persona tratada. Nuestros datos parecen ir en la línea que sugiere esta hipótesis, puesto que el concepto de «individuo en su totalidad» crece hasta absorber aspectos familiares, sociales, laborales, legales, psiquiátricos, etc., cuando consideramos el tratamiento de drogodependientes y los factores que intervienen en el mantenimiento de la conducta adictiva, su posible abandono, la estabilización de los logros y la amenaza permanente de las recaídas. Esto, al menos, cuando se aborda la intervención desde un régimen ambulatorio, como es el caso de la mayor parte de la muestra de nuestro estudio. Es previsible que si fuera posible comparar las puntuaciones de los profesionales de dispositivos ambulatorios con los de quienes trabajan, por ejemplo, en unidades hospitalarias de desintoxicación, estos últimos no presentarían signos de desgaste tan elevados, puesto que su intervención está limitada temporalmente y los objetivos, así como las intervenciones encaminadas a conseguirlos, son más concretos y protocolizados.

En este contexto toma sentido la elevada puntuación observada en la dimensión de despersonalización. Es difícil determinar el verdadero significado de

esta dimensión en la población que nos ocupa. Su elevada correlación con el cansancio emocional parece indicar que es una consecuencia de éste. Sin embargo, en nuestro estudio el CE no es más elevado que en otras muestras, por lo que hipotetizamos que la despersonalización puede operar a la vez como consecuencia del cansancio emocional y como estrategia para minimizarlo: si en la primera fase la DP sería una reacción de rechazo frente al asedio de unos pacientes invasivos y multiproblemáticos, la segunda fase aludiría a un posicionamiento consciente frente a él, en el que la DP sería mejor interpretada como un establecimiento de límites entre el propio mundo afectivo y el de los pacientes a tratar. Sin embargo, nuestro estudio no permite validar esta hipótesis, basada más en el propio conocimiento de la dinámica asistencial que en unos datos que, como es habitual, sólo se extraen tras un corte transversal, y sólo nos informan de un estado actual y no de cómo cada sujeto ha llegado a ese estado, proceso que, como proponen algunos autores¹¹, es muy diferente en cada individuo en función de una gran cantidad de variables: personalidad, atribuciones y expectativas, actitudes, contextos institucionales, roles profesionales asignados, etc. El trabajo con drogodependientes presenta unas características muy peculiares que fuerzan permanentemente a la búsqueda de posicionamientos no siempre congruentes con los propios valores personales y profesionales. Trujols et al³⁰, estudiaron estas dificultades en relación al fenómeno diferencial de las recaídas, y estimaron como manifestaciones del *burnout* varias cuestiones, como las expectativas críticas, negativas o fatalistas respecto a los resultados terapéuticos, el ritualismo asistencial, el activismo humanitarista irracional o la dinámica burocrática. El profesional, ante las dificultades experimentadas, cambia frecuentemente de modelo explicativo (incluso con el mismo paciente en una misma sesión) en un intento de dar cuenta de su acción y de la responsabilidad percibida, pero también como estrategia autoprotectora ante los reiterados fracasos observados. Estos autores proponen 5 supuestos que podrían dar cuenta de la baja percepción de realización profesional advertida en nuestro estudio: *a)* la incongruencia entre el modelo asistencial y los esquemas globales del profesional; *b)* la inexistencia de contrastación empírica de los supuestos del modelo asistencial en la práctica cotidiana del profesional; *c)* la inexistencia de un mínimo nivel «vocacional» en la dedicación profesional al ámbito de las conductas adictivas; *d)* la incapacidad del profesional para establecer una distancia emocional adecuada con el adicto y sus familiares en el transcurso de la actividad asis-

tencial, y *e)* la escasa formación de los profesionales en relación a los desórdenes de personalidad que acompañan a las conductas adictivas, y que suponen una enorme dificultad en el manejo clínico de estos pacientes, como se ha puesto de manifiesto en otros estudios³¹.

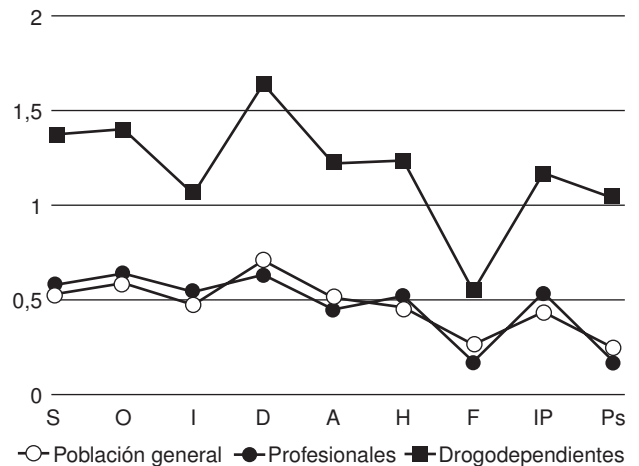
Volviendo a los datos de nuestro estudio, si atendemos a los diferentes profesionales, y salvando las bajas cifras aportadas por los sociólogos, cuya vinculación con el tratamiento de los drogodependientes es cuestionable, todos presentan niveles similares en las 3 dimensiones, salvo 2 excepciones sugerentes. El caso más llamativo es el de los auxiliares sanitarios, que muestran cifras extremadamente elevadas en las 3 dimensiones. Si atendemos a las funciones que suelen asignárseles, posiblemente sea fácil comprenderlo: la recogida de orinas para análisis toxicológico y la dispensación de metadona. El contacto con los drogodependientes es mínimo e impersonal, y las exigencias máximas. En muchos casos, gran cantidad de conflictos se dan en el mismo momento de la dispensación del sustitutivo sin que al auxiliar se le dote de más instrumentos que la propia normativa que ha de hacer cumplir. Sin embargo, esto no concuerda con la mencionada hipótesis de Olmedo et al, puesto que no se trata en este colectivo de una atención integral a los pacientes lo que justificaría niveles tan elevados de malestar, sino precisamente lo contrario, lo impersonal e instrumental de su función y, en paralelo, una exigencia institucional de funcionar en el núcleo del conflicto. Aunque la muestra es muy pequeña los datos sugieren que debería prestarse más atención a este colectivo, revisando su papel en los equipos de tratamiento.

Otro caso especial es el del colectivo de educadores sociales: aunque muestran un notable cansancio emocional presentan, por el contrario, los niveles más elevados de realización profesional de toda la muestra. Las propias características del trabajo educativo (se realice en medio abierto o en comunidad terapéutica) determinan un contacto más estrecho con los sujetos de la educación: su ámbito de trabajo se define en «lo cotidiano», acompaña en el desarrollo de las actividades normales, y aprovecha su desempeño para favorecer la transmisión de mensajes educativos en una relación horizontal pero asimétrica^{32,33}. La proximidad afectiva es mayor que en cualquier otra figura profesional, pero, en tanto que condición necesaria predefinida en su desempeño, tal intensidad afectiva no contraviene las expectativas preestablecidas y, en consecuencia, favorece un sentimiento de estar actuando correctamente. En definitiva, es lo que se desprende

de algunos estudios³⁴ en los cuales se pone de manifiesto que cuanto mayor sea la autonomía en el desempeño profesional y la percepción de control sobre la labor realizada, menor será la ambigüedad percibida y, en consecuencia, menores o más tolerables (incluso predecibles y asumibles) los niveles de *burnout*.

Finalmente, abordamos las relaciones entre las dimensiones del *burnout* y la expresión de síntomas de malestar psicológico, recogidos mediante el SCL-90-R. Como suele ser habitual, es el cansancio emocional el que mantiene más estrechas relaciones con la sintomatología, pero, a diferencia de estudios similares como el de Olmedo et al¹³, en el nuestro correlaciona fuertemente con todas las dimensiones e índices del SCL-90-R y no sólo con alguna de ellas. Los autores citados concluyen que el cansancio emocional está vinculado a un amplio espectro de problemas psicopatológicos. Sin embargo, nuestros datos apuntan a que la sintomatología manifestada por los participantes en el estudio no se diferencia significativamente de la que se ha obtenido cuando se han estudiado muestras de población general, como la obtenida por González de Rivera et al³⁵, y se encuentra muy alejada de la que manifiestan poblaciones clínicas como la de los propios toxicómanos tratados³⁶, como puede verse en la figura 1. Algunos estudios cuestionan la capacidad de instrumentos como el SCL-90-R para discriminar entre sintomatología psicopatológica, y sugieren que, tras la factorialización, lo que emerge es una única dimensión de malestar general o inespecífico³⁷. El cansancio emocional correlacionaría con ese malestar general que, además, si las estrategias autoprotectoras tienen efectividad, podría restringirse al ámbito laboral y no a otras esferas cotidianas.

También hay diferencias entre nuestro estudio y el de Olmedo et al, en lo que se refiere a las otras 2 dimensiones del MBI: tanto la despersonalización como la realización profesional correlacionan con la práctica totalidad de las escalas e índices del SCL-90-R. Las correlaciones más fuertes de la despersonalización se producen con la obsesión/compulsión, la sensibilidad interpersonal y la depresión, y no, como en el estudio citado, con la ideación paranoide, la hostilidad y el psicoticismo. Por ello, no es trasladable a nuestra muestra la conclusión propuesta por estos autores en cuanto a que la sintomatología que acompaña a la despersonalización puede considerarse como correlatos de una conducta fría y deshumanizada. Más bien, en nuestra muestra, la despersonalización podría ser entendida, a partir de sus síntomas, como un intento de regular la invasividad de los drogodependientes en sus relaciones con el profesional y la indefensión



S = somatización; O= obsesión/compulsión; I = sensibilidad interpersonal; D = depresión; A = ansiedad; H = hostilidad; F = ansiedad fóbica; IP = ideación paranoide; Ps = psicoticismo. Datos de población general tomados de González de Rivera et al, 1990²⁹; datos de población drogodependiente tomados de Martínez Higuera, 1993³⁰.

Figura 1. Comparativa de malestar en las escalas del SCL-90-R entre población general, drogodependientes y profesionales participantes en el presente estudio.

percibida frente a las demandas a las que no está capacitado para dar respuestas.

Finalmente, en el estudio de Olmedo et al la realización profesional no muestra correlaciones con ninguna dimensión sintomatológica, mientras en la nuestra lo hace con todas, salvo la ideación paranoide, y especialmente con las mismas que lo hacía la despersonalización, aunque en sentido inverso. La vinculación observada en nuestro estudio entre ambas subdimensiones del *burnout*, tanto en la correlación mutua —duplicando la hallada en el resto de estudios (tabla 2)— como en la sintomatología compartida, es sugerente. Ambas parecen tener más peso que el cansancio emocional a diferencia de lo observado en otros estudios, y sugerirían que es la baja percepción de realización profesional la que genera estrategias, como la despersonalización, para prevenir o reducir el cansancio emocional, lo que estaría más en la línea de las propuestas teóricas de Gil-Monte et al¹⁰ y también, y no en contra, sino complementariamente, con las de Hobfoll y Freedy⁶, en el sentido de que el profesional consideraría que su inversión de recursos (en formación previa y continuada, en la práctica clínica cotidiana) no se corresponde con un nivel similar de ganancias (ni en éxitos en la práctica cotidiana ni en prestigio social), lo que generaría un sentimiento de malestar autolimitado al ámbito de trabajo. El menor o

mayor nivel de cansancio emocional tras las estrategias de autoprotección tendrían que ver con el éxito o fracaso de éstas, en función de rasgos de personalidad individuales, por lo que sería de interés conocer las relaciones mutuas entre dimensiones del MBI y rasgos de personalidad, tal como han abordado algunos estudios²⁰. Hasta que no se tengan más datos en este sentido no es posible afirmar que el *burnout* sea fuente de problemas psicopatológicos, como afirman algunos autores^{13,38}, y no un producto de determinados rasgos de personalidad. O más probablemente, que determinadas características de personalidad y niveles elevados de estrés laboral interaccionen para favorecer la aparición de problemas psicopatológicos.

Conclusiones

Los datos apuntan en la dirección de un intenso malestar profesional en el colectivo que atiende a personas con problemas de abuso o dependencia de sustancias, superior incluso al que han determinado otros estudios sobre equipos de atención sanitaria en otros niveles de salud. Destaca la gran despersonalización observada, que, al no corresponderse con un nivel similar de cansancio emocional puede entenderse no sólo como una consecuencia de éste sino posiblemente como una estrategia de autoprotección y, en tal medida, de afrontamiento de las circunstancias estresan-

tes habituales en el trabajo con estos pacientes, pero también frente a las demandas institucionales. También es notoria la baja sensación de realización profesional observada, lo que puede justificar la intensa rotación de profesionales que se observa en muchos dispositivos y su reposición por nuevos profesionales que aún no han adquirido la suficiente capacitación y conocimiento necesarias para desenvolverse en un campo tan complejo. La baja consideración social de estos centros, de la población que atienden y de los profesionales que la desarrollan puede estar en la base de esa frustración, y en los casos en que el reconocimiento social existe se observa que los niveles de frustración profesional son sensiblemente menores. Sería deseable que los responsables de estos programas diseñaran actividades encaminadas a dar a conocer las características de un desempeño profesional tan complejo que dotaran de algún prestigio a quienes la desarrollan, lo que incidiría, por una parte, en la disminución del malestar experimentado por estos profesionales y, por otra, a una más adecuada provisión de ayuda a los clientes de estos dispositivos. Tales actividades no deberían limitarse únicamente a actividades de formación, por otra parte necesarias y convenientes, sino también a actividades dirigidas a la proyección social y a la búsqueda de un prestigio no adquirido en la medida en que son más obvios los frecuentes fracasos que los no menos frecuentes éxitos parciales o totales de la acción profesional.

Bibliografía

1. Freudenberger HJ. Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 1974;30:159-65.
2. Maslach C. Burned out. *Human Behavior* 1976;59:16-22.
3. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis. En: Jones JW, editor. *The Burnout Syndrome*. California, Berkeley: University of California, 1981.
4. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.
5. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999;15:261-8.
6. Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis, 1993.
7. Gil-Monte PR, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis, 1997.
8. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall, 1982.
9. Leiter MP. Conceptual implications of two models of Burnout: a response to Golembiewski. *Group & Organization Studies* 1989;14:15-22.
10. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. El síndrome de burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En: González L, de la Torre A, de Elena J, coordinadores. *Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías*. Salamanca: Eudema, 1995.
11. Manzano G. *Estrés en personal de enfermería*. Tesis doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto, 1998.
12. Valero I. *Comportamientos bajo presión: el burnout de los educadores*. En: Hombrados MT, editor. *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro, 1997.
13. Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gómez MD. El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis* 2001;22:117-29.
14. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:293-303.
15. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:53-9.

16. Tabor M. Job burnout rates higher for social services professions. *Occup Health Saf* 1984;53:51-2.
17. Gabilondo E, Guisasaola A. Estudio de prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de docentes de Álava. *Medicina del Trabajo* 1996;8:18-24.
18. Bujalance J, Villanueva F, Guerrero S, Conejo J, González A, Sepúlveda A, et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2001;36:32-40.
19. Matrai L. Estrés y «burnout», aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. *Archivos de Pediatría Uruguaya* 2001;72(Supl):s14-9.
20. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68.
21. Peña Delgado JI. Burnout en drogodependencias: estudio en los profesionales de Proyecto Hombre. *Revista Proyecto* 1998;27:8-12.
22. Ramos F, de Castro R, Galindo A, Fernández MJ. Síndrome de desgaste profesional (*burnout*). *Mapfre Medicina* 1998;9:189-96.
23. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario «Burnout» de Maslach (Manual), Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA, 1997.
24. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - Preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13-28.
25. Parloff, MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *Am J Psychiat* 1954;3:343-51.
26. Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, 1977.
27. González de Rivera JL, Derogatis LR, de las Cuevas C, Gracia Marco R, Rodríguez Pulido F, Henry Benítez M, et al. The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Towson. Clin Psychomet Res* 1989.
28. Gil-Monte P, Peiró JM. Validez factorial del «Maslach Burnout Inventory» en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999;11:679-89.
29. Tevni Grajales G. Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Española en una población de profesionales mexicanos [en línea]. [consultado 17/01/2003]. Disponible en: <http://www.tgrajales.net/mbivalidez.pdf>
30. Trujols J, Tejero A, Casas M. El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas. *Adicciones* 1996;8:349-67.
31. Pedrero Pérez EJ, Segura López I. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 2003;5(3):229-40.
32. Aguilar I, del Río L, Pedrero EJ. *El Educador Social y las drogodependencias*. Madrid: GID, 1995.
33. Olivar Arroyo A. La evaluación del trabajo socioeducativo en Comunidad Terapéutica Profesional: fundamentación pedagógica del Cuestionario de Cambio Educativo (CCE) [en prensa]. *Adicciones*.
34. Meyerson DE. Interpretation of stress in institutions: the cultural production of ambiguity and Burnout. *Admin Sci Quat* 1994;34:628-54.
35. González de Rivera JL, de las Cuevas C, Gracia Marco R, Monterrey AL, Rodríguez Pulido F, Henry Benítez M. Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. *Psiquis* 1990;11:11-22.
36. Martínez Higuera IM. Estudio sintomático de drogodependientes en tratamiento con el SCL-90. *Psiquis* 1993;14:152-61.
37. Gottlib IH, Cane DB. Self-report assessment of depression and anxiety. En: Kendall PC, Watson D, editors. *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press, 1989.
38. Buendía J. *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.