



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESINA DE LICENCIATURA

“Burnout y profesionales de la salud en adicciones”

Alumna: Oliva, Ana Laura

Directora: Lic. Del Pópolo, María Laura

Mendoza, Agosto de 2013

Hoja de Evaluación

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado: Lic. María Laura Del Pópolo

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A mis papas por el apoyo y el amor incondicional, por acompañarme en cada paso que doy, por confiar en mí y porque sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A mi hermana, porque es un pilar en mi vida, y porque pase lo que pase siempre hemos estado juntas, compartiendo cada instante de nuestras vidas.

A mis dos ángeles Tata y Tato, porque aunque ya no estén acá los siento muy cerquita, iluminando y protegiendo siempre mi camino. Y por haberme brindado el amor más sincero durante tantos años.

A los soles de mi vida, Milí y Luci, porque son la luz de la familia y por alegrarme cada día con sus picardías y su ternura.

A Marcelo, simplemente porque lo adoro, por tener esa alegría que siempre contagia y porque siempre está presente. Y a Patricia porque supo ganarse un lugar muy importante en la familia.

A Fernando, mi compañero de vida que hace 5 años elegí, y cada día que pasa encuentro un nuevo motivo para seguir haciéndolo. Gracias por regalarme tantos momentos hermosos e inolvidables.

A mis amigos de la Facultad, Martín, Agus, Carla, Rocío, Jime, Anita, por las horas de estudio compartidas, las salidas, y porque gracias a ellos la facultad fue una de las mejores etapas de mi vida.

A BIMAR por la ayuda que me brindaron durante toda esta etapa.

A la Lic. Del Pópolo, por su predisposición y por aceptar desinteresadamente guiarme y acompañarme en este trabajo.

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende realizar un acercamiento a la comprensión del Síndrome de Burnout y a las devastadoras consecuencias que este desencadena tanto para el sujeto que lo padece como para la institución de la cual forma parte. Se decidió estudiar Burnout en los profesionales de la salud que trabajan con la temática de adicciones ya que por las características de la misma podría ser un factor predisponente a que se manifiesten los indicadores del Síndrome de Burnout.

El diseño utilizado es no experimental, transversal, descriptivo. Se trabajó con muestra no probabilística, de carácter intencional. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el MBI (MaslachBurnoutInventory) considerado como una situación estímulo de tensión que puede reactivar la sintomatología del Burnout en los sujetos evaluados; y una entrevista estructurada que se aplicó con el objetivo de obtener información relevante tanto del profesional como de la institución. La muestra se conforma de treinta profesionales que trabajan en los centros preventivos y asistenciales de adicciones de la provincia de Mendoza.

ABSTRACT

In the present work is to make an approach to the understanding of burnout syndrome and this triggers devastating consequences for both the individual who suffers and the institution of which it is part. He decided to study Burnout in health professionals working with the issue of addiction and that the characteristics of it might be a predisposing factor to manifest indicators Burnout Syndrome.

The experimental design used is not transversal, descriptive. We worked with non-probability sample, are intentional. The assessment instruments used were the MBI (Maslach Burnout Inventory) considered a stress stimulus situation that can reactivate the symptoms of burnout in the subjects evaluated, and a structured interview was applied in order to obtain relevant information from both the professional and of the institution. The sample was made up of thirty professionals working in the centers of addiction prevention and care in the province of Mendoza.

INDICE

	Pág.
Título.....	2
Hoja de evaluación	3
Agradecimientos.....	4
Resúmen.....	5
Abstrack.....	6
Índice.....	7
Introducción.....	10
I PARTE: MARCO TEÓRICO	11
Cáp.1: Síndrome deBurnout.....	12
1.1: Introducción al capítulo.....	13
1.2: Concepto de Burnout.....	13
1.3: Diferencia con otrosconceptos.....	15
1.4: Causas del Síndrome.....	17
1.5: Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout.....	19
1.6: Factores Protectores.....	20
1.7: Factores de riesgo.....	20
1.8: Evolución del Síndrome de Burnout.....	21
1.9: Consecuencias del Burnout.....	25
1.10: Modelos secuenciales.....	26
1.10.1: Modelo de Leiter.....	26
1.10.2: Modelo de Golembiewski.....	27
1.11: Modelos explicativos.....	28
1.12: Variables que influyen en el Síndrome de Burnout.....	29
1.13: Calidad de vida laboral:estrategia de intervención.....	33
Cáp. 2: Dispositivos de asistencia en adicciones.....	36
2.1: Introducción al capítulo.....	37
2.2: Concepto de adicción.....	37
2.3: Factores de riesgo y protectores.....	40

2.4: Atención primaria en salud en la problemática de adicciones en Mendoza.....	41
2.4.1: Definiciones.....	42
2.4.2: Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones....	44
2.5: Intervención psicológica en adicciones	49
2.6: Modelos de cambio de la conducta adictiva.....	54
2.6.1: Estadios de cambio.....	55
2.6.2: Procesos de cambio.....	62
2.6.3: Integración de estadios y procesos de cambio.....	64
2.7: Intervención en atención primaria en salud.....	66
2.7.1: Detección precoz y evaluación diagnóstica.....	67
2.7.2: Intervención terapéutica breve y resolutive.....	71
2.7.3: Derivación oportuna.....	75
2.7.4: Seguimiento.....	76
2.8: Competencias de los profesionales.....	76
2.9: Aspectos preventivos en el consumo de drogas.....	78
2.9.1: Orientación de la prevención	78
2.9.2: Factores que intervienen en los programas de prevención.....	79
2.9.3: Tipos de prevención.....	80
2.9.4: Otros conceptos en prevención.....	80
II PARTE: MARCO METODOLÓGICO	82
Cáp. 3: Metodología de la investigación	83
3.1: Introducción al capítulo.....	84
3.2: Objetivos de investigación.....	84
3.3: Preguntas de investigación.....	85
3.4: Supuestos de investigación.....	85
3.5: Diseño de investigación.....	85
3.6: Tipo de estudio.....	86
3.7: Procedimiento.....	87
3.8: Descripción de la muestra.....	87

3.9: Instrumentos.....	88
3.9.1: MalachBurnoutInventory (MBI).....	89
3.9.2: Entrevista estructurada.....	93
Cáp. 4: Presentación y análisis de resultados.....	96
4.1: Introducción al capítulo.....	97
4.2: Resultados del MBI.....	97
4.3: Resultados de la entrevista estructurada.....	100
Cáp. 5: Conclusiones.....	109
5.1: Introducción al capítulo.....	110
5.2: Conclusiones de la investigación.....	110
BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXOS.....	117

Introducción

Es un hecho constatado que el trabajo dentro de la salud, es cada vez más duro y estresante y que constituye una profesión de riesgo para quien la ejerce por sus características implícitas.

De manera especial, los que trabajan en tareas de servicio social y están comprometidos en ayudar a otros como es el caso de: enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc., son personas que tienen la expectativa de influir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes sirven y en muchas ocasiones esas expectativas se constituyen en el origen de sus fracasos como profesionales.

Para abordar este tema es fundamental tener en cuenta que el profesional que atiende a un paciente con una adicción tiene que manejar niveles de frustración de alguna manera más intensa que con otro tipo de pacientes, ya que el porcentaje de recaídas, por la naturaleza misma de la enfermedad, tiende a ser alto y el nivel de dificultad de su tratamiento también es mayor. Por tal motivo es que en el presente trabajo se intenta investigar si existe alguna relación entre el Síndrome de Burnout y el trabajo con la temática de adicciones.

“El síndrome de Burnout (también llamado síndrome de desgaste profesional o incluso síndrome de quemarse por el trabajo como también síndrome de la cabeza quemada) es un padecimiento que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido”Freudenberguer (1974). A partir de esto se tendrá en cuenta las características de la Institución como otro factor influyente en la aparición del Síndrome de Burnout.

I PARTE:

MARCO TEÓRICO

Capítulo I:

Síndrome de Burnout

1.1 Introducción al capítulo de Síndrome de Burnout

En este capítulo se trata de definir qué se entiende por Síndrome de Burnout. Si bien se lo asocia directamente con personas que tienen por objeto de trabajo a otras personas, es decir a labores asistenciales, las investigaciones muestran que la aparición del mismo no es privativo del grupo.

Se desarrollarán las diferentes etapas y evolución del Síndrome de Burnout y, entre otras cosas, se diferenciara de otros conceptos con los cuales suele ser confundido.

A través de los puntos que se abordarán en el presente capítulo se intentará luego comprender si el trabajo con la temática de adicciones es predisponente a la aparición del Síndrome de Burnout.

Dada las características y particularidades del Síndrome de Burnout y el impacto que su aparición desencadena en el psiquismo y en los diferentes ámbitos de la vida del sujeto es que se procede a su desarrollo.

1.2 Concepto de Burnout

Este concepto fue descrito durante la década de los setenta en los trabajos del psiquiatra Herbert Freudenberger, quien observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, al cabo de un año aproximadamente, sufrían de forma progresiva una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con sus pacientes. (Alcantud, 2003.)

Paralelamente la psicóloga Cristina Maslach se interesó por las implicancias de los estresores emocionales en trabajadores de diversos servicios sociales, además de investigar sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y sus consecuencias (Leiter; Maslach&Schaufeli, 2001).

Maslach producto de estas investigaciones, elaboró una conceptualización de Burnout que permitió la aceptación por parte de casi la totalidad de la comunicación científica de la

época, produciéndose una proliferación considerable de las publicaciones en torno a esta temática durante la década de los ochenta (Moriani y Herruzo, 2004).

Esta conceptualización dio origen al acuerdo existente en la actualidad sobre las tres dimensiones que conforman el síndrome, abriendo paso a una teoría multidimensional del desgaste profesional (Maslach, 1982 citado en Leiter; Maslach&Schaufeli, 2001). Estos factores se describen a continuación:

- Agotamiento emocional: Característica central del desgaste profesional y manifestación más evidente de ese síndrome, entendida como la pérdida de atractivo, tedio y disgusto provocado por el trabajo, junto con una disminución del interés y satisfacción laboral.
- Despersonalización: Intento por poner distancia entre el profesional y los usuarios del servicio, donde los primeros ignoran las cualidades personales únicas de cada uno de sus beneficiarios, puesto que sus demandas son más manejables cuando son considerados de manera impersonal.
- Reducción de logro personal o falta de realización: Sentimientos negativos de competencia y éxito en el trabajo, los que se manifiestan en estados de ánimo negativos, insatisfacción laboral, dificultades en las relaciones familiares, laborales y de amistad.

Mena (2010) plantea dichos términos de forma más amplia, señalando que:

Por *cansancio emocional* se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

La *despersonalización* puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas. La *falta de realización personal* en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos, desmotivados en el trabajo e insatisfechos con sus resultados laborales. Así pues, el profesional que continuamente trabaja con personas va

acumulando un estrés laboral crónico que puede cansarle emocionalmente y finalmente, llevarle a una situación de estar agotado o quemado. (p. 11)

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada, sin embargo hay consenso en considerar que el Síndrome de Burnout *presenta en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico, que surge al trabajar bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios (pacientes, clientes, alumnos, presos, etc.) de tales instituciones y que tiene consecuencias muy negativas para la persona y para la organización.*

Para Moreno (2008) el desgaste profesional o burnout: “es un sufrimiento prevalente de estar quemado profesionalmente, de no soportar la tarea que se tiene que realizar”. De aquí se desprende que este proceso es fundamentalmente profesional, laboral y organizacional teniendo, no obstante como componentes moduladores variables personales, dentro de los cuales se encuentran las socio-demográficos. El síndrome se expresa entonces en síntomas tales como agotamiento, pérdida de expectativas y distanciamiento, siendo consistente con los planteamientos de Maslach. (p. 46)

Es así como se pueden observar distintas conceptualizaciones del síndrome de Burnout, donde es posible apreciar que su origen se encuentra en la práctica clínica y posteriormente se expande al área laboral, asociándose fundamentalmente con ocupaciones basadas en relaciones de ayuda entre los profesionales y los usuarios de los servicios (Gil-Monte, 2002).

1.3 Diferencia con otros conceptos

Es necesario establecer claridad en cuanto a la especificidad del síndrome, su diversidad de causas, síntomas, definiciones y consecuencias, ya que existen varios estados de malestar que pueden confundirse con el padecimiento del síndrome de Burnout.

Frente al *estrés general* se considera al burnout como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del *estrés laboral crónico*. Otros autores manifiestan una opinión contraria, y concluyen que estrés y burnout, aunque relacionados, son constructos claramente distintos. Además el estrés general es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome de burnout solo tiene efectos negativos.

Para Schaufeli y Bunk (2001): “la distinción entre *estrés laboral* y el burnout no puede hacerse partiendo de los síntomas, sino teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El burnout puede considerarse el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. El estrés en cambio se refiere a procesos temporales más breves. Adicionalmente se sugiere que el burnout está asociado con actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, mientras que el estrés no”. (p. 397)

Alcantud (2004) establece las diferencias entre Burnout y los siguientes conceptos:

En cuanto a la *fatiga*, una de las principales diferencias con el burnout es que el sujeto se recupera de la fatiga pero no del síndrome de burnout. Aunque los sujetos afectados por el síndrome sienten que se encuentran agotados físicamente, describen esta fatiga de forma diferente a la experiencia de fatiga física. Así, mientras que el esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, el síndrome de burnout conlleva una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso.

Investigaciones empíricas muestran que el cansancio emocional está significativamente asociado a la *depresión*, mientras que no hay relación significativa con las otras dos dimensiones. Por otra parte, el burnout es un constructo referido al trabajo y a situaciones laborales específicas, mientras que la depresión es un fenómeno más amplio y puede surgir en otros contextos de la vida del sujeto (personal, familiar y social).

Tampoco se debe confundir con el síndrome de la *fatiga crónica*, ni con el síndrome de la *adicción al trabajo*, en el que el sujeto vive por y para trabajar, y al menos temporalmente el trabajo es una fuente de satisfacción, de evasión o refugio frente a otros problemas personales y profesionales.

No obstante, para diferenciar el burnout de otros constructos no conviene olvidar la multidimensionalidad del mismo, y que surge como un proceso progresivo y continuo dentro del contexto laboral.

Como proceso, el burnout supone una interacción de variables emocionales (cansancio emocional y despersonalización), cognitivas (falta de realización personal en el trabajo) y sociales (despersonalización). Estas variables se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes y consecuentes, dentro del proceso más amplio del estrés laboral. Esta particularidad hace del síndrome de burnout algo diferente de esas otras respuestas al estrés (fatiga, ansiedad, depresión, etc.) que pueden ser consideradas como estados del individuo. (p. 8)

1.4 Causas del Síndrome.

Se han hipotetizado múltiples causas del desgaste profesional, entre ellas se pueden destacar las mencionadas por Castillo (2001), quien se refiere principalmente a la manifestación de:

1. Aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas.
2. Sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento, bajas expectativas de esfuerzo y altas expectativas de castigo, así como bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional o incluso se ha asumido el paradigma de la indefensión aprendida como explicación del fenómeno de Burnout. La explicación de por qué son las profesiones asistenciales las más afectadas por este tipo de síndrome esta intrínsecamente unida con la etiología del burnout.

Cabe destacar que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa aplicación con personas que a menudo se encuentran en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación, la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de desecación emocional, que deja al profesional vacío y con Burnout. (Maslach y Jackson, 1997).

Quintana (2005) plantea que se pueden analizar las fuentes del desgaste profesional que llevan al Burnout desde distintas perspectivas, todas relacionadas entre sí. Desde una perspectiva institucional, y desde lo suprainstitucional o contextual más amplio (p. 55)

Los factores personales incluyen variables demográficas, el soporte de las características de personalidad y las actitudes relacionadas con el trabajo. Por su parte, el entorno laboral percibido determina si profesionales altamente motivados se desgastarán o sentirán que su trabajo es significativo y con sentido, la existencia de conflicto de roles y expectativas poco realistas sobre el profesional y la sobrecarga de trabajo son factores que inciden. Finalmente, los factores supra-institucionales y contextuales también producen desgaste; el comportamiento de los profesionales de ayuda se contrapone con las

motivaciones de control social y es una fuente de tensión constante entre los operadores más comprometidos con su trabajo (Quintana, 2005).

Otra de las teorías que se ofrece para esclarecer las causas del Burnout, es la propuesta de Hallsten (1983, citado en Huertas, 2005, 133), en la que menciona tres factores claves que contribuyen al desarrollo del Burnout:

Vulnerabilidad, orientación a metas y un ambiente amenazante e incoherente. La vulnerabilidad se define como la tendencia de la persona a percibir pocas opciones para crear un sentido positivo de vida, por lo cual la persona es altamente dependiente de la disponibilidad de un rol autodefinicional y de su desempeño. La vulnerabilidad modera las interpretaciones y las reacciones hacia situaciones problemáticas. La orientación hacia metas a largo plazo se enlaza con la confianza en las propias acciones y responsabilidad. La persona toma la iniciativa e intenta resolver problemas; este compromiso encubre varios objetivos defensivos que pueden llevar a que las acciones sean mal dirigidas y estrechas. La percepción de incongruencia en el ambiente se refiere a la falta de factores organizacionales como el apoyo en términos de valores y metas compartidas y la disponibilidad de competencias personales y recursos para alcanzar objetivos.

Mena (2006) agrupa a las múltiples causas propuestas en tres principales perspectivas para hipotética su origen, las cuales son: acercamiento intrapsíquico o aspectos de personalidad de los profesionales, la perspectiva existencial que se basa en los postulados de la teoría humanista y finalmente la tercera corriente es la psicosocial que se centra en una postura multidimensional:

Dentro de la perspectiva intrapsíquica, su principal exponente es Freudenberg (1974), quien señaló que el Burnout se relaciona con una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Por su parte la perspectiva existencial de Pines (1980) señala que el fenómeno del Burnout se produciría por la necesidad de creer que las acciones que se realizan son significativas y de este modo encontrar el significado de la propia vida.

Finalmente en la perspectiva psicosocial, Maslach (1981) propone que el síndrome se encuentra asociado a tres dimensiones, las cuales son: un sentimiento de agotamiento ante las exigencias de la tarea, por la que no se siente atractivo ninguno; despersonalización, que supone una conducta de rechazo hacia quienes son parte de la relación de ayuda; y baja realización personal, consistente en una actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima. (p83)

1.5 Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout

A continuación se desarrollarán los factores que pueden desencadenar Burnout, para posteriormente analizar si alguno o muchos de ellos se encuentran presentes en los sujetos y las instituciones que fueron seleccionadas para dicho trabajo.

Horacio Cairo plantea la existencia de 10 factores desencadenantes del síndrome, los cuales son (Cairo, 2005 en Thomae, Ayala, Sphan y Stortti, 2006):

1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.).
5. La falta de equidad o justicia organizacional.
6. Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar/ascender en el trabajo.
10. Las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.

Cabe mencionar que mediante una clasificación entre las diez variables mencionadas, se pueden conformar tres ámbitos fundamentales de actuación:

- A) La propia tarea referida a aspectos técnicos del rol profesional; contenidos en los ítems 1, 2, 3,4 anteriores.
- B) Las relaciones interpersonales, reflejando la habilidad para trabajar con otros; contenidos en los ítems 6,7, 10 anteriores.
- C) La organización referida a grado de influencia social y política; contenidos en los ítems 5, 8,9 ya mencionados anteriormente. (Cairo, 2005)

1.6 Factores protectores.

En relación a los factores protectores del presente síndrome, Aguilar (1996, citado en Quintana, 2005) propone “una formación y preparación adecuada para abordar el tema específico. Un trabajo con estas características debiera ser realizado y vivido tanto desde la persona que recibe el servicio de ayuda como desde los profesionales. Además es importante que el profesional pueda mirarse a sí mismo frente al impacto que recibe, y pueda trabajar sus propias ansiedades, temores, impotencias y confusiones”.

Maslach (2001) afirma respecto al Burnout, que “la investigación ha encontrado que los factores circunstanciales y de la organización desempeñan un papel más importante en el Burnout que los del individuo. En cuanto a las estrategias individuales éstas son relativamente ineficaces en el lugar de trabajo, donde una persona tiene mucho menos control sobre los estresores que en otros aspectos de su vida” (p. 422).

Por otro lado, Arón (2001, citado en Huertas, 2005, 134) plantea varias conductas de autocuidado que han demostrado ser importantes a nivel individual. Se plantea la necesidad de tener espacios de oxigenación en los que la persona pueda airearse, nutrirse en actividades alejadas de las temáticas del trabajo. Otras acciones importantes para el autocuidado tienen que ver con evitar auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros, e intentar recibir formación en aquellas perspectivas teóricas y modelos que entreguen destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de consultantes.

1.7 Factores de riesgo.

Buzzetti (2005) propone clasificar a los factores de riesgo del síndrome en tres grupos:

1. Factores de riesgo relacionados con las características del cargo y rol a desempeñar:

Las características del cargo y el rol que cumple el cliente en la interacción, junto con las expectativas que tiene el mismo proveedor de la relación que se establece cuando se presta un servicio, inciden en el nivel del burnout que podría presentar el trabajador. Estos factores son considerados dentro de los más relevantes, dado que se refieren a las características propias de la relación entre el trabajador y el cliente y aquellas relacionadas con el rol que se espera que cumpla.

2. *Factores de riesgo relacionados con las características de la organización:*

Cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio para las personas que la integran y la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas.

3. *Factores de riesgo relacionados a aspectos personales del trabajador:*

Este es uno de los factores que ha tenido mayor polémica dentro de los investigadores y personas dedicadas a la psicología organizacional, por las implicancias que tiene en la organización el atribuir el Burnout a aspectos personales del trabajador. Por ejemplo, si se le atribuye excesiva importancia a esta variable, las acciones de prevención, estarían orientadas a la rehabilitación del individuo, en vez de hacer cambios en la organización.

En la primera estrategia de prevención habría menos costos, pero las consecuencias tenderían a postergar cambios importantes que inciden en la salud de todos sus miembros. La segunda estrategia puede ser más costosa, pero derivará en beneficios a largo plazo para toda la organización.

Maslach y Leiter (2001) sugieren que a pesar del gran peso de los estresores de la organización, la gente reacciona diferente en cuanto al Burnout, debido a sus cualidades personales, tales como estilo de personalidad y de la atribución, y que determinan que tanto se les facilita su ajuste con el ambiente. (p. 397)

1.8 Evolución del Síndrome de Burnout

Es importante conocer las etapas de la evolución del Síndrome de Burnout, ya que de esta manera podemos comprender como el trabajo con la temática de adicciones puede predisponer a los trabajadores a padecerlo. Como ya hemos mencionado los profesionales al comenzar un trabajo ponen muchas expectativas en el mismo. El tratamiento de las adicciones, al tener un alto porcentaje de recaídas, puede acelerar el proceso y el paso por las distintas etapas.

Según Maslach (2001) sería un proceso continuo, que va surgiendo de manera paulatina y en el que existen una serie de síntomas asociados.

a) *Síntomas Físicos:* fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.

b) *Síntomas Conductuales*: absentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, comportamientos de alto riesgo.

c) *Síntomas Cognitivos Afectivos*: distanciamiento afectivo, irritabilidad, recelos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención.

En el ambiente laboral los signos de aparición de desgaste profesional son:

- a) Falta de energía y entusiasmo;
- b) Descenso del interés por los usuarios,
- c) Percepción de éstos como frustrantes, crónicos y desmotivados;
- d) Alto absentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación.

Moreno (2008) define el burnout como “un proceso transaccional de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante (es decir “*un trabajador muy estresado que continua realizando un trabajo muy estresante*””. (p. 20)

En el proceso de desarrollo del síndrome pueden distinguirse varias fases o etapas:

Primera fase: comprende el desajuste (desequilibrio) entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador para hacer frente a esas demandas (*fase de estrés*).

Segunda fase: es la respuesta emocional inmediata del trabajador a este desajuste. Se caracteriza por preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento (*fase de agotamiento*).

Tercera fase: se caracteriza por cambios de actitudes y en la conducta. Incluye: trato frío e impersonal (robotización), con gran dosis de cinismo y atendiendo solamente a la satisfacción de las propias necesidades (*fase de afrontamiento defensivo*).

Bronsborg y Vestlund (1997) realizan una descripción detallada de las fases de desarrollo del síndrome de burnout:

A. Fase inicial o de entusiasmo:

En general todo profesional experimenta entusiasmo en la etapa inicial de acceso a un nuevo puesto en la que la actividad laboral y las expectativas positivas derivadas de la misma cobran gran importancia. Al principio el trabajo se siente como algo estimulante, resulta atractivo aunque sea exigente. No preocupan demasiado los contratiempos, poniéndose a trabajar con energías renovadas.

Hay una intensa identificación con las personas con las que se trabaja, con el equipo, con la organización. No importa prolongar la jornada laboral, así como también existe la tendencia a poner objetivos más altos que los esperados por los jefes.

Una persona que esta fase se comporta de esta manera puede ser considerada una amenaza por los compañeros de trabajo, que llevan mucho tiempo en la empresa u organización y están acomodados.

B. Fase de estancamiento:

Tras comprobar el incumplimiento de sus expectativas profesionales el trabajador se estanca. Aunque el trabajo todavía representa una posible fuente de realización personal comienza a replantearse la relación entre esfuerzo personal y beneficios.

Empieza a dudar y a sentir una sensación de derrota sin saber cuál es el motivo. No ven los resultados esperados. Hay sentimientos de incapacidad. El entusiasmo oscila, actuando a veces de forma poco eficaz por la invasión de las dudas. De a poco comienza a contagiarse del negativismo de los compañeros de trabajo, aunque intenta controlarlo. Se aísla para protegerse de los desengaños y del negativismo. La salud empieza a fallar.

C. Fase de frustración:

El trabajador empieza a cuestionar el esfuerzo personal frente a los obstáculos derivados del desempeño de su trabajo. Aunque existe la posibilidad de afrontar la situación y encauzar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo, la falta de recursos personales y organizacionales pueden condicionar el tránsito hacia una fase de apatía. El trabajador se

siente como algo carente de sentido, se pregunta de forma continua qué sentido tiene su trabajo, si se habrá equivocado de profesión, si la formación recibida es inadecuada. Siente temor por seguir siendo igual hasta el momento de la jubilación. Se vuelve negativo.

Con el paso del tiempo crece la impotencia y la ignorancia, todo lo hecho parece no servir para nada. Cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el equipo de trabajo.

Los síntomas psicósomáticos se han vuelto crónicos. El saldo de la realidad no coincide con lo imaginado: resultados rápidos y positivos y halagos por doquier.

D. Fase de la hiperactividad y de la apatía:

1.8.4.1. Reacción de hiperactividad:

El trabajador se olvida de sí mismo, dice “sí” a demasiadas cosas. Siempre está trabajando, no escucha, está acelerado. Quiere hacer tantas cosas que no hace nada. Después se produce el colapso.

1.8.4.2 Reacción de apatía:

La apatía surge a partir de un sentimiento creciente de distanciamiento de lo laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. La esperanza lo abandona. Se siente resignado tanto por lo que se refiere al trabajo como por las posibilidades de poder cambiar algo.

Aumenta la distancia entre el trabajador y las personas que reciben su servicio, actúa como si fuera un robot, lo mismo ocurre con los compañeros de trabajo y con la familia.

E. Fase del Quemado

Colapso físico, emocional y cognitivo que obliga a dejar el trabajo, ser trasladados, cambiar de trabajo o arrastrar una vida profesional presidida por la frustración y la insatisfacción. Puede considerarse el burnout como un proceso en que el trabajador se desentiende de su trabajo como respuesta al estrés y agotamiento que experimenta en él. El proceso empieza cuando el trabajador no logra aliviar su situación con las técnicas de solución de problemas adecuadas. Los cambios en las actitudes y conductas son una

desafortunada e ineficaz válvula de escape ante una situación que probablemente a largo plazo resultará insostenible.

1.9 Consecuencias del Burnout

Luque Ramos; Gómez Delgado y Cruces Montes (2000) plantean que el Síndrome de Burnout tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para la organización:

“Con respecto al *individuo*, tiene consecuencias negativas sobre su salud, provocando enfermedades y psicopatología. Las principales consecuencias sobre la salud son los trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos, presentando disfunciones en el sistema gastrointestinal, sistema respiratorio, sistema músculo-esquelético, piel, sistema inmune, sistema cardiovascular y sistema urogenital. Igualmente, se incluyen trastornos psicopatológicos como lo son los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad, etc.

Las consecuencias del Burnout se pueden expresar en varios grupos:

- *Físicos y emocionales*:cefaleas, taquicardias y palpitaciones, dolor precordial, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, crisis asmáticas, alergias, fatiga, dolores musculares. A nivel psíquico; ansiedad, depresión, insomnio, etc. y emocionales referidos a sentimientos de inadecuación, limitación e infelicidad.
- *Interpersonales*:deterioro de la vida familiar y social, dificultades en las relaciones interpersonales.
- *Actitudinales*:expresión y manifestación de actitudes negativas hacia los demás, hacia la organización y hacia sí mismo. Con sensaciones de insatisfacción laboral y reducidos niveles de compromiso e implicación.
- *Conductuales*:con comportamientos inadecuados relacionados con el trabajo y con la organización, con manifestaciones como agresividad, inhibición, cambios del estado de humor, etc. Así como conductas negativas con la organización, como absentismo, lentitud en el desempeño, disminución de la calidad y cantidad en el rendimiento laboral”. (p. 147)

En el *ámbito organizacional*, el estrés laboral también tiene consecuencias muy negativas, como la insatisfacción laboral y dificultad para establecer sistemas de

motivación en el trabajo, alto nivel de ausentismo, tendencia abandonar el puesto de trabajo como abandonar la organización, deterioro en la calidad del desempeño laboral, incremento de conflictos laborales, dificultades entre los compañeros de trabajo y con los supervisores, aumento cada vez mayor de accidentes laborales. (p. 148)

1.10 Modelos secuenciales

Si se tiene en cuenta la estructura tridimensional del síndrome de burnout propuesta por Maslach y Jackson, establecer la secuencialidad de los tres componentes *cansancio emocional* → *despersonalización* → *falta de realización personal* tiene especial relevancia en la planificación de medidas de intervención y prevención. Por su importancia pueden citarse dos modelos secuenciales:

1.10.1. Modelo de Leiter:

Garces (2003) plantea que el síndrome de burnout se desarrolla en cuatro fases. La secuencia se inicia con el *cansancio emocional*, fruto de un supuesto desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales. Continúa con la *despersonalización*, que se ofrece como única salida a la situación creada. Poco después concluye en la *falta de realización personal*, resultado del choque frontal entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en la profesión asistencial. (párr. 2)

CUADRO 1: Desarrollo del síndrome de burnout, según Leiter

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización personal	Baja	Baja	Baja	Alta

1.10.2. Modelo de Golembiewski:

Para el autor el burnout es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. El síndrome de Burnout no es exclusivo de los profesionales de trabajo en los servicios humanos, sino que puede darse en vendedores, directivos y otros profesionales.

Los trabajos de Golembiewski apoyan la secuencia *despersonalización* → *baja realización personal* → *cansancio emocional*. Las expectativas de los sujetos entran en conflicto con las experiencias y condiciones laborales existentes, lo que dificulta de sobremanera el desarrollo personal derivando hacia el cansancio emocional.

El autor describe 8 fases que permiten clasificar a los sujetos y a los grupos de individuos en función de la virulencia del síndrome de burnout en cada caso particular. Cada fase se define en función de la combinación de las tres dimensiones del síndrome, que se dicotomizan según las categorías bajo-alto. En la primera fase la combinación de las tres dimensiones es: *despersonalización baja- realización personal baja- cansancio emocional bajo* en cambio en la octava fase es: *despersonalización alta- realización personal alta- cansancio emocional alto*. La sexta fase es la que coincide con el burnout *despersonalización alta- realización personal baja- cansancio emocional alto*. No obstante, se advierte que no todos los sujetos tienen que pasar necesariamente por las ocho fases.

Para Golembiewski el burnout está generado por una *sobrecarga laboral* (cuando existe demasiada estimulación y grandes retos profesionales en el puesto) y por *pobreza de rol* (posiciones en las que existe muy poca estimulación y escasos retos profesionales). En ambos casos los sujetos sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso, el sujeto utiliza diversas estrategias de afrontamiento. Estas estrategias favorecen un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Pero este distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía), o por el contrario un carácter antiproductivo (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional,

cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de síndrome de burnout, pues el distanciamiento antiproductivo se corresponde con el constructo de la Despersonalización. Posteriormente el sujeto desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y a corto plazo cansancio emocional. Cuando el sujeto se encuentra en fases avanzadas del síndrome su satisfacción profesional es nula, su implicación en el trabajo está bajo mínimos, lo mismo que su realización personal. El sujeto experimenta más tensión psicológica y tiene problemas psicosomáticos. El rendimiento se deficiente y no es raro que el sujeto falte al trabajo a menudo, o por enfermedad u otras causas. (Garcés, 2003)

1.11 Modelos explicativos

En los últimos años se han propuesto un gran número de modelos para describir el síndrome; entre los de mayor relevancia se describen los siguientes:

A. Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo: “son modelos desarrollados en el marco de la teoría de Bandura, donde se estudian los mecanismos psicológicos que intervienen en la conducta y se establece la importancia de las cogniciones”. (Luque; Gómez y Cruces, citado en Guillen Gestoso, 2000, 147)

B. Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social: “se basan en los principios teóricos de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos. Proponen que su etiología está centrada en las percepciones de falta de equidad o ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen las relaciones interpersonales”. (Luque; Gómez y Cruces, citado en Guillen Gestoso, 2000, 147)

C. Modelos elaborados desde la teoría organizacional: “el énfasis se centra en la relevancia de los estresores del contexto de la organización y de los recursos para hacer frente a las vivencias y experiencias de desgaste o quemazón. Establecen el burnout como una respuesta específica al estrés laboral”. (Luque; Gómez y Cruces, citado en Guillen Gestoso, 2000, 148)

D.*Un modelo estructural e integrador sobre el Burnout:* "se piensa que una sola perspectiva no puede ofrecer una explicación completa sobre la etiología del síndrome, por tanto, es necesario integrar las diversas variables que se reflejan en las tres perspectivas expuestas. Una explicación satisfactoria sobre la etiología pasa por considerar la importancia de las variables cognitivas del yo, relacionadas directamente con el desarrollo laboral, el rol de las variables del entorno organizacional, y con las disfunciones del rol, el papel de los estresores derivados de las relaciones interpersonales y el valor de las técnicas de afrontamiento". (Luque; Gómez y Cruces, citado en Guillen Gestoso, 2000, 149)

Guillen Gestoso (2000) plantea que:

El Burnout puede conceptualizarse como una reacción al estrés laboral que se observa tras una reevaluación de tipo cognitiva, cuando los recursos de afrontamiento resultan ser inoperantes e ineficaces para controlar y eliminar el estrés detectado, con lo que, en definitiva, esta respuesta se convierte en una variable moduladora entre el estrés percibido y las consecuencias que depara.

Uno de los factores determinantes del estrés estriba en la discrepancia que se produce entre los estresores presentes en el contexto organizacional y del sujeto y la necesidad de reducir y eliminar esta discrepancia. Teniendo como base la reducción de esta diferencia detectada por el individuo y la valoración determinada por el mismo, se puede explicar todo el proceso desde su inicio hasta sus resultados finales negativos tanto para la organización como para la persona. A partir de un modelo integrador, se garantiza un análisis adecuado como un marco conceptual para poder estructurar un proceso de intervención e intentar reducir el estrés laboral. (p. 150)

1.12 Variables que influyen en el Síndrome de Burnout

El burnout puede ser tanto el producto de las relaciones interpersonales entre el profesional que presta el servicio y el que lo recibe, como el resultado de la interacción entre el sujeto y su ambiente profesional.

Nallim (2009) describe las siguientes variables:

1.12.1. Variables individuales

1.10.1.1. Variables demográficas:

a) Sexo: en comparación con los varones, las mujeres puntúan significativamente de forma elevadas en cansancio emocional y baja realización personal. Los varones, en cambio, lo hacen en despersonalización y muestran actitudes más negativas hacia los clientes que las mujeres. Esto puede deberse a que el hombre y la mujer presentan diferencias biológicas y psicológicas notables. En términos generales la mujer es más emotiva y menos pragmática que el varón; en cambio éste opta por actitudes más resolutivas. El varón soluciona momentáneamente, a corto plazo, esta sensación de estar quemado por medio de la despersonalización como estrategia de afrontamiento, que con el paso del tiempo dicha estrategia se vuelve nociva.

b) Edad y otras variables: Existe una relación negativa entre edad y desgaste profesional. Parece que a más años ejerciendo la profesión es menos probable la experiencia de burnout. Por eso los más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional que los trabajadores veteranos. Éstos, en general, suelen mostrar bajos niveles de burnout.

Otras variables, como el estado civil, nivel de educación, años de experiencia profesional no parecen influir en el burnout. Algunos estudios muestran que los casados experimentan menos burnout que los solteros, viudos y divorciados.

El nivel educacional alto se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional, y los años de ejercicio profesional con cansancio emocional y despersonalización.

El tiempo diario dedicado al ocio se observa como factor de predicción del síndrome de burnout, de manera que aquellos que tienen entre dos y cuatro horas de ocio al día presentan menor grado de burnout que aquellos que descansan menos de dos horas. Parece que un número moderado de horas de descanso se asocia con menor desgaste profesional.

El consumo elevado de tabaco se relaciona con el burnout.

1.12.1.2. Características de personalidad:

Diversos estudios muestran que aquellos sujetos que exhiben un patrón de conducta tipo A, alto neuroticismo y locus de control externo son más vulnerables a sufrir el

síndrome de burnout, mientras que los sujetos con “Personalidad resistente al estrés”, y que habitualmente emplean estrategias de afrontamiento de carácter activo lo experimentan con menos frecuencia.

1.12.1.3. Orientación profesional:

La orientación profesional se refiere a la valoración que el trabajo tiene para el individuo. Incluye metas, valores, deseos y aspiraciones profesionales. Se puede decir que para cada tipo de orientación hay un puesto de trabajo adecuado.

El grado de estrés, la fatiga y el burnout estarían influidos por la relación entre la orientación profesional y el tipo de puestos.

Cherniss ha descrito cuatro tipos de orientaciones profesionales:

- *Activistas sociales*: son personas idealistas, dinámicas y socialmente comprometidas, por ello “quieren cambiar el mundo mientras trabajan”.

- *Escaladores* (“buscan hacer carrera”): persiguen el éxito, buscan prestigio, responsabilidad y seguridad económica en el trabajo; son muy competitivos y por encima de todo quieren hacer carrera.

- *Artesanos*: les interesa el trabajo propiamente dicho, buscan desarrollar sus habilidades y autorrealizarse personal y profesionalmente, suelen disfrutar mientras trabajan.

- *Auto-orientados*: el trabajo les interesa muy poco, sólo lo indispensable, están más interesados en su vida personal y familiar. No quieren cambiar el mundo ni desean el éxito, la fama o escalar puestos; sus objetivos de rendimiento no son elevados, están poco comprometidos con el trabajo y buscan actividades fuera de él para satisfacer sus necesidades personales y familiares, buscan la autoeficiencia y la autonomía, consideran que todo lo que inviertan en sí mismos es lo único que vale la pena.

También cabe destacar que en el mercado laboral posmoderno se presentan varios factores que favorecen el aumento de la vulnerabilidad, por ejemplo, el multiempleo, salarios que a veces no compensan el esfuerzo, contratos a término, competencia despiadada, y también exposición a situaciones de abuso o de violencia.

1.12.2. Variables sociales:

El apoyo social puede definirse como la ayuda real o percibida que el individuo obtiene de las relaciones interpersonales, tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica. El apoyo social generalmente envuelve a un grupo de la familia o amigos que proveen al sujeto de una autoestima profesional de la que en muchas ocasiones carece en el trabajo.

El apoyo social le permite al individuo sentirse querido y cuidado, estimado y valorado y que participe en una red de comunicación y de mutuas obligaciones. Se distinguen sistemas de apoyo formal y sistemas de apoyo informal que abarcan diversas redes sociales que emergen de forma natural, como las familiares, religiosas, de ocio y laborales.

El apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psicológicos. No obstante, el impacto del apoyo social sobre los síntomas psíquicos puede ser diferente del impacto en los síntomas físicos. Se barajan dos teorías explicativas para la relación positiva entre apoyo social y salud:

1. El apoyo social fomenta la salud independientemente del nivel de estrés (hipótesis del efecto directo o principal).
2. Protege a las personas de los efectos perjudiciales de los eventos vitales estresantes (hipótesis del efecto protector o “buffer”).

Las investigaciones sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social.

También existen indicios en torno a que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcione recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre.

Las investigaciones sugieren que el apoyo social podría actuar como una variable moderadora de los efectos negativos del estrés, el estrés laboral y el burnout.

1.12.3. Variables organizacionales:

Las profesiones de servicio son profesiones en las que inciden especialmente los estresores laborales, estos estresores están vinculados a qué hace el sujeto (tipo de puesto de trabajo, categoría, tareas y funciones de puesto, responsabilidades), a cómo, cuándo, dónde y para quién lo hace. Entre los estresores se destaca la sobrecarga laboral, que en ocasiones proviene de la escasez de personal; el trabajo en turnos; el trato con pacientes difíciles o problemáticos; estar diariamente en contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte; la falta de definición de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol; la falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones; los rápidos cambios tecnológicos a los que hay que adaptarse, etc.

En los últimos años han aumentado las demandas de los profesionales de la salud, educación, servicios sociales, y demás, como producto que el ciudadano se encuentra más capacitado para exigir servicios con mayor calidad, lo que a su vez, trae como consecuencia que los trabajadores no se encuentren en las condiciones laborales idóneas para trabajar con calidad.

Se destaca dentro de este grupo de variables la ambigüedad y el conflicto de rol, las relaciones interpersonales negativas con los compañeros, supervisores, subordinados y clientes, la inseguridad en el puesto de trabajo (contratos temporales) o la pérdida del puesto de trabajo (jubilaciones anticipadas). También se destaca la estructura, el clima y la cultura organizacional, como factores que pueden influir negativamente en los procesos de cambio y dificultan la adaptación del sujeto.

1.13 Calidad de vida laboral: una estrategia de intervención

Según Rodríguez Fernández (2001) la calidad de vida laboral hace referencia a un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo, mediante la mejora de las habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad y autonomía a los niveles inferiores. (p. 269)

Desde hace algunas décadas se está observando que las organizaciones muestran un interés creciente por un conjunto de estrategias destinadas a la reforma del lugar de trabajo con el fin de mejorar las actitudes, la motivación y las percepciones de sus empleados.

La *Calidad de Vida Laboral* ha sido propuesta como una estrategia que puede dar respuesta a este conjunto de transformaciones mediante la creación de empresas más democráticas, con puestos de trabajo más complejos y enriquecedores y con una nueva aproximación a las relaciones industriales, en que el elemento central sea la confianza en el factor humano.

Estos programas son positivos tanto para el capital como para la mano de obra, en otras palabras, con la calidad de vida laboral, no hay ganadores ni perdedores, por el contrario todos obtienen beneficios. (RodríguezFernández, 2001)

Davis y Newstrom (1999) plantean que:

Los programas de calidad de vida laboral son un medio por el cual las organizaciones reconocen su responsabilidad de desarrollar labores y condiciones de trabajo de excelencia tanto para los individuos como para la solidez económica de la organización.

La simple observación de cualquier organización nos sugiere la idea de que son muchos los aspectos del ambiente de trabajo que pueden mejorarse con vistas a incrementar la calidad de vida laboral.

Se pretende una humanización del trabajo, que el lugar de trabajo, en particular, y la organización, en general, faciliten y satisfagan las necesidades de los individuos, a través del diseño de los puestos de trabajo, una mejor distribución del poder y de la influencia en las organizaciones o desarrollando las habilidades y aptitudes de sus miembros, que posibilite reducir la tensión ocupacional y favoreciendo al desarrollo de relaciones laborales más cooperativas. (párr. 5)

Según Davis y Newstrom (1999) la Consejería es un buen método para mejorar la salud mental de las personas. Al respecto refieren que la consejería es conversar con un empleado sobre un problema de contenido generalmente emocional para ayudarlo a resolverlo mejor. Ésta persigue el mejoramiento de la salud mental, ya que se considera que las personas que cuentan con ella se sienten satisfechas consigo mismas y con los demás y capaces de cumplir las demandas que la vida les impone.

La consejería implica un intercambio de ideas y sentimientos entre dos personas, de manera que constituye un acto de comunicación. Puesto que ayuda a los empleados a resolver sus problemas, debe elevar el desempeño organizacional, el empleado se vuelve más cooperativo y la organización se vuelve más humana.

La necesidad de consejería procede de la amplia variedad de problemas que existe en los empleados, como el estrés, y el Burnout. Cuando estos problemas se suscitan, los empleados se benefician de la comprensión y orientación que la consejería puede proporcionarles. Estos programas son ampliamente aplicados en los Estados Unidos, y si bien han proporcionado variados beneficios, presentan limitaciones e implicancias éticas.

Capítulo II:

Dispositivos de asistencia en adicciones

2.1 Introducción al capítulo

En este capítulo se intentará comprender la adicción no desde el punto de vista de quien la posee, sino desde los dispositivos con los que cuentan los profesionales de la salud que trabajan con dicha temática.

Se hará una descripción de los métodos mas utilizados por los profesionales para trabajar con adicciones, así como también se analizarán factores protectores y factores de riesgo.

Además se explicará cómo funciona la atención primaria en salud, y las características principales de los Centros preventivos y Asistenciales de Adicciones así como también las funciones que cada profesional cumple en estas instituciones, donde se verá la importancia del trabajo interdisciplinario. Los CPAA fueron seleccionados ya que son referentes de la provincia en el tratamiento de adicciones, y al ser públicos se trabaja con una población más heterogénea.

Por otro lado se verá el ciclo de las adicciones y las diferentes etapas por las que puede pasar una persona en el proceso de recuperación, incluyendo la recaída como una etapa más de dicho proceso.

2.2 Concepto de adicción

La OMS definió una droga como toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones de las funciones psíquicas básicas y del comportamiento (OMS, citado en Vallejo Ruiloba, 2005).

Son muchas las teorías que intentan responder por qué se consumen drogas, aunque no hay una respuesta acabada sobre el tema. Existen muchas definiciones pero tomaremos una que, por su amplitud, nos permitirá pensar el fenómeno en su complejidad. Definiremos entonces una adicción como:

Una relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto familiar y cultural y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad. (Cuadernillo del Centro de Capacitación Permanente, Plan Provincial de Adicciones, Mendoza, 2009)

El DSM IV incluye en uno de sus apartados los “**Trastornos relacionados con sustancias**”. Estos trastornos se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducido por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

Si bien no es objetivo del presente trabajo profundizar en los trastornos conceptualizados por el DSM IV, sí nos interesa marcar la diferencia existente entre los conceptos de *Dependencia* y *Abuso*, así como introducir el concepto de *Uso*. Insistimos en lo fundamental de hacer estas diferenciaciones justamente para romper con la idea instalada en amplios sectores de que cualquier sujeto que haya estado en contacto con alguna sustancia tóxica es un adicto, o un “futuro adicto”. Muchas veces se utilizan las categorías de “drogadicto” y “tóxico dependiente” como categorías únicas que borran las diferencias entre los distintos tipos de consumo. “(...) borrar las diferencias y hacer de cualquier consumo, un consumo patológico. No estamos diciendo que no existan consumos patológicos, sino que no todos los consumos pueden ser vistos y/o nombrados como tales” (Menéndez, citado en García, año del manuscrito no publicado, p. 8).

Insistimos en que la presencia de una sustancia tóxica, sea una droga legal o ilegal, no implica necesariamente adicción. Esto nos introduce en el concepto de *Uso*, definido como el consumo esporádico y circunstancial de una droga.

Puentes (2004) señala al respecto: “Desde el punto de vista clínico-psicológico definimos que un sujeto hace uso de drogas cuando, ante la inesperada ausencia de la sustancia, no se angustia” (p. 41). Entonces, “(...) el uso está definido como la relación que establece un sujeto con una sustancia psicoactiva pero sin generar un vínculo de necesidad” (Puentes, 2004, p. 41.). Es importante señalar que si bien muchas veces se hace referencia al denominado “continuum del consumo” (que intenta explicar como un sujeto comienza haciendo uso de una sustancia y termina en la adicción), el mismo no es una norma; es

decir, puede darse o no. Existe el uso de drogas sin conducir al abuso o a la dependencia. “Así como hay personas que les gusta ir al casino y no son jugadores compulsivos (...), miles de personas hacen uso de drogas ilegales y nunca caerán en abuso o dependencia” (Puentes, 2004, p. 40).

Como ya mencionamos, otro concepto fundamental es el de *Abuso*. El DSM IV (1995) explica: “La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionada con el consumo repetido de sustancias” (p. 225). El abuso implica un daño, o una amenaza de daño a la salud física, psicológica o social del sujeto involucrado. Otro elemento para definir el Abuso es, según Puentes (2004), que la abstinencia de la sustancia produce inevitablemente angustia.

Por último, llegamos al concepto de *Dependencia*. El DSM IV (1995) señala: “La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”. (p. 218)

Por su parte Puentes (2004) explica que el sujeto drogodependiente tiene una compulsión a consumir, ya que la abstinencia de dicha sustancia le genera un monto intolerable de angustia, que sólo se alivia con una nueva ingesta.

Cuando hablamos de dependencia, es importante recordar que puede existir una dependencia fisiológica o no. El DSM IV aclara que la dependencia fisiológica refiere a la existencia de signos de Tolerancia o Abstinencia. Cuando no hay signos de tolerancia o abstinencia decimos que no hay dependencia fisiológica, aunque sí puede haber una dependencia psicológica. Sobre esta última Kaplan & Sadock (2001) expresan: “La dependencia psicológica, también conocida como habituación, se caracteriza por un anhelo continuo o intermitente por la sustancia, para evitar los estados disfóricos” (p. 429).

Referíamos que para diagnosticar una dependencia fisiológica deben aparecer signos de neuroadaptación, como tolerancia y abstinencia. La Tolerancia se define como el acostumbramiento del organismo a una cierta toxicidad, es decir, “ (...) es un fenómeno de adaptación del organismo a la droga, de manera que éste ya no responde a la cantidad

recibida y exige volúmenes cada vez mayores para obtener el efecto deseado” (Puentes, 2004, p. 107). Por otra parte, la Abstinencia puede definirse como “el conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que pueden aparecer como consecuencia de la supresión del consumo de una droga que produzca dependencia” (OMS, citado en Puentes, 2004, p. 108). Es decir, que el corte abrupto del consumo de determinada sustancia genera una descompensación de base orgánica, ya que el cuerpo se ha acostumbrado a la presencia de esa sustancia.

Algunos autores, como Vallejo (2005), proponen también hablar de “dependencia social”, consistente en la necesidad de consumir tóxicos como signo de pertenencia a un determinado grupo social que proporciona claros signos de identidad.

2.3

factores protectores

Factores de riesgo y

La evaluación verdadera de ambos permite conocer la situación real en donde habrá que desarrollar el trabajo preventivo, ya que los factores riesgos nos muestran el camino conveniente a seguir, y los factores de protección nos dan la pauta acerca del cómo y con que lo haremos.

A. *Factores de riesgo:* son elementos que presentan una alta probabilidad de desencadenar un suceso indeseable (Becoña Iglesias, 2002)

B. *Factores protectores:* definen el terreno de los recursos con que se contará a la hora de llevar a cabo las acciones de prevención. (Becoña Iglesias, 2002).

Es importante tener en cuenta ambos factores tanto a nivel individual, como a nivel familiar e interpersonal. Becoña Iglesias (2002) los agrupa de la siguiente manera:

	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
FACTORES INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Tener sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia) • Tener buena capacidad para comunicarse. • Tener proyectos personales y sociales. • Poseer una escala de valores (políticos, religiosos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida. • Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones. • Dar un lugar al placer en la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera. • Dificultades de comunicación. • Falta de proyectos de vida. • Sensación de vacío e intrascendencia. • Bajo rendimiento escolar. • Uso precoz de sustancias adictivas. • Personalidad dependiente. • Rebeldía. Dificultad para aceptar la autoridad. • Actitud permisiva hacia el consumo.
FACTORES FAMILIARES E INTERPERSONALES.	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo familiar estable, contenedor, que tiene capacidad para resolver los conflictos que se presentan. • Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia. • La disciplina familiar es consistente, flexible y con permanencia en el tiempo. • Constituye un núcleo donde se expresan los afectos y permite el intercambio afectivo. • Protagonismo y compromiso social. • Existencia de una red social de apoyo. • Buena utilización del tiempo libre (deportes, actividades artísticas, etc.) • Grupo de pares que favorezca actitudes de solidaridad y ayuda mutua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad. Desintegración familiar. • Maltrato físico y/o sexual. • Violencia en el grupo familiar. • Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos. • Disciplina laxa o muy autoritaria, inconsistente. • Actitud de sobreprotección o de abandono. • Presencia de conductas de abuso o adicción de sustancias en algún integrante de la familia. • Falta de normas y límites. • Dificultades de integración al grupo de pares. • Grupo de amigos consumidores. • Capacidad recreativa generada a partir del consumo.

Es importante señalar que en la atención de las adicciones es tantomás eficaz cuanto antes se detecta la situación de consumo de drogas, y por lo tanto, el primer profesional de la salud que puede entrar en contacto con la persona afectada es el profesional de atención primaria. Por ello es fundamental que los profesionales tomen conciencia del relevante papel que pueden desempeñar al detectar precozmente un consumo riesgoso, problemático o dependiente de sustancias psicoactivas, para evaluar los problemas médicos y/o en salud mental en general, llevar a cabo las intervenciones pertinentes o realizar las derivaciones oportunas a su red de referencia de acuerdo al nivel de especialidad que requiera.

2.4.1

Definiciones.

- *Uso o consumo sin riesgo:*
es la utilización ocasional y esporádica de una sustancia, generalmente en encuentros sociales. No implica problema alguno, sin embargo puede estar asociado a dos aspectos preocupantes: a) el no poder prever la forma en que el sujeto reaccione ante la droga utilizada. b) si la persona hace un uso indebido de la sustancia pudiendo sobrevenir la intoxicación aunque la haya utilizado de forma ocasional.
- *Consumo en riesgo o riesgoso:* se trata de un patrón de consumo de sustancias, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de derivar en un consumo problema, sea por la aparición de daños en la salud o de otro tipo de consecuencias negativas. Es una condición previa al consumo problema. Intervenir en esta etapa de forma efectiva se logrará una meta importante en el sistema de salud y es evitar que una persona sana llegue a contraer un daño evitable.
- *Consumo problemático:* es aquél tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, familiar, laboral, escolar, seguridad personal y funcionamiento social. Se trata de un concepto abarcativo socio-sanitario que incluye tanto a las personas en quienes se diagnostica

una enfermedad física, un trastorno mental o conductual, asociados al consumo, como aquellas que, sin tener una condición mórbida, si presentan problemas tales como menor rendimiento y cumplimiento escolar, académico o laboral, según sea el caso, problemas policiales o judiciales, alteraciones en la armonía familiar, violencia y otras circunstancias similares. (Cymerman, 2001)

El consumo de drogas se detecta a partir de una consulta espontanea de una persona afectada o de la entrevista con familiares, amigos o mediante la derivación de un tercero (médico, profesor, juez, etc.)

El criterio operacional para plantear la hipótesis de un probable consumo problema de drogas se basa en la detección de uno o varios de los siguientes indicadores:

- Cambio en la trayectoria del rendimiento habitual (escolar, laboral)
- Cambios en el comportamiento habitual (nuevos grupos e amistades o por el contrario, tendencia al aislamiento social o solo de los familiares, descuido en la higiene personal)
- Cambio o alteración de los patrones de sueño y alimentación.
- Repetida presencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Presencia de variaciones bruscas del ánimo.

El que la persona reconozca abiertamente el consumo de drogas será un signo confirmatorio, pero hay otros indicadores indirectos que obligan a una búsqueda de atención: estados depresivos, ideación suicida, estados confusionales breves o de contenidos paranoides o alucinatorios, etc.

- *Dependencia:* lo determinante para el diagnóstico es el cambio fisiológico:

- Aumento de la tolerancia: necesidad de consumir cantidades crecientes de la sustancia para lograr los efectos deseados.
- Aparición de síntomas físicos cuando se suspende el consumo (síndrome de abstinencia) y la necesidad de consumir la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- Consumo compulsivo (craving): deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Todas las consecuencias que se aprecian en el consumo problema se encuentran también presentes en la dependencia. Si hay dependencia, la dedicación de tiempo al consumo (buscar y obtener la sustancia, periodos de consumo y recuperación de los efectos) será mayor, también los efectos sobre el individuo (descuido o abandono de responsabilidades propias, disminución de peso, pérdida de amistades y de credibilidad), enfermedades somáticas y/o síntomas o trastornos mentales más frecuentemente transitorios. (Cymerman, 2001)

2.4.2 Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones (CPAA)

El Centro Preventivo Asistencia de Adicciones es un dispositivo de asistencia a las personas que presentan abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en régimen ambulatorio y/o centro de día, intercalado en un programa de tratamiento integral, y preventivo, enfocado desde lo específico e inespecífico, con abordaje comunitario e intersectorial. Es un recurso con un objetivo estrictamente preventivo y terapéutico, donde se aborda un problema socio-sanitario, la adicción, debiendo estar dirigida por profesionales de la salud y diversos actores de la comunidad. (Monteiro, 2008).

Se concibe al hombre como un ser bio-psico-social-espiritual y se entiende que la problemática de adicciones es multicausal. En este sentido, se plantean como objetivos fundamentales: garantizar la atención integral y accesibilidad de toda persona que presente conducta adictiva dentro del territorio provincial; promover el abordaje terapéutico de forma interdisciplinaria y propiciar la participación intersectorial en la problemática, mediante la articulación con diferentes efectores asistenciales de la esfera privada y/o estatal. (Vezonni, et al. 2010)

Vezonni, et al. (2010) plantean que:

El Plan Provincial de adicciones, perteneciente a la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud, cuenta actualmente con centros propios distribuidos en el territorio provincial: 9 CPAA; 8 con modalidad ambulatoria y 1 cuenta, además con centro de día. Se busca optimizar los recursos provinciales referidos a la problemática de adicciones mediante la distribución de los mismos en el territorio de la provincia y, además, se articula con instituciones dedicadas a la rehabilitación

de las adicciones en la esfera privada: OSC, obras sociales, prepagas. También se han establecido convenios de gestión asociada en la esfera provincial y nacional, implementándose un sistema de beca para aquellos sin cobertura social que requieren tratamientos en comunidades terapéuticas (internación). (p. 42).

Crterios de admisión a los CPAA:

- Personas de ambos sexos desde 14 años en adelante.
- Con abuso (consumo problema) o dependencia (leve o moderada) de sustancias psicoactivas.
- Con posibilidad de establecer demanda de tratamiento y que en lo posible cuenten con red social de contención y apoyo.
- Que cumplimenten consentimiento por escrito, para la implementación de las medidas terapéuticas que correspondan en cada situación particular.

No serán admitidos personas que presenten abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, con las siguientes especificaciones:

- Pacientes psicóticos productivos.
- Pacientes que presenten intoxicación aguda al momento de la evaluación.
- Pacientes privados de libertad (deberán ser atendidos en los lugares de encierro correspondientes).

Etapas del proceso terapéutico en un CPAA:

El CPAA tiene su tratamiento dividido en tres etapas, a través de las cuales las personas con conducta adictiva deben transitar. Estas fases llevan diferentes denominaciones pero en todos los casos encontramos una etapa inicial (admisión), una intermedia (tratamiento propiamente dicho) y la inclusión social

1- Admisión:

Es el momento de los primeros contactos con la institución. La persona puede llegar por voluntad propia o presionado por factores externos (instituciones, familia, etc.). También, este es el momento del primer encuentro del CPAA con la familia.

Se realiza el diagnóstico interdisciplinario (psicológico, psiquiátrico y social) para determinar si reúne el perfil requerido según los criterios de selección establecidos por el CPAA. Luego que la persona es admitida se trabaja la motivación al cambio. Así, ella será quien deba manifestar su decisión y compromiso de darle continuidad al tratamiento. La duración de las admisiones es muy variable y depende de los factores personales, familiares y contextuales, pero puede ser desde unas semanas hasta varios meses, dependiendo de cada caso particular.

Posteriormente, se le presentan a la persona consumidora de sustancias psicoactivas y a su familia las pautas básicas que se respetan dentro del tratamiento, y se firma un contrato en donde el futuro paciente, un representante de la institución y otro de la familia, se comprometen a desempeñar de la mejor manera posible su tarea.

Una vez que la persona ha dado muestras de estar consustanciado con la modalidad de la institución presentada y dispuesto a ingresar, se lo incluye en el tratamiento propiamente dicho.

Objetivos:

- Diagnóstico interdisciplinario individual, familiar y social.
- Generar motivación al cambio, conciencia de enfermedad, reducción de consumo y/o daño y/o posibilidades de abstinencia.

2- Tratamiento propiamente dicho:

El paciente inicia la etapa de cambio. Toda la estructura terapéutica está dispuesta a su servicio, por lo tanto será su decisión continuar y profundizar o abandonar.

Objetivos:

- Apuntar hacia el cambio de la conducta adictiva (reducción de daño, reducción del consumo y/o abstinencia)

- Favorecer un modo de vivir independiente del consumo de drogas, o de cualquier otra conducta autodestructiva. Provocar un cambio y mantenimiento del mismo a nivel cognitivo, afectivo, conductual y social.
- Posibilitar un cambio en el estilo de vida que enseñe a la persona a enfrentarse a: sí mismo, al crecimiento, al estrés de modo positivo y al dolor que implica el cambio. Además que transforme su autoconcepto y establezca relaciones sociales sanas, profundas y duraderas.

Tipos de tratamientos con los que cuenta el CPAA:

- a- **AMBULATORIO:** en esta modalidad se asiste al CPAA para recibir terapia individual, grupal, familiar, talleres para padres, etc. Para que la persona sea admitida en esta modalidad de intervención tiene que tener condiciones tales como:
 - Capacidad para desarrollar conciencia de enfermedad y demanda de tratamiento.
 - Un contexto social y familiar medianamente contenedor, y/o actividades llevadas con cierta regularidad que no sean favorables suspender como trabajo y/o estudio.
 - Recursos personales suficientes como para recibir este tipo de ayuda y residir en algún lugar que no le dificulte el acceso a la institución.
- b- **CENTRO DE DIA:** se asiste de lunes a viernes, con horarios más flexibles, en casos excepcionales. En general, concurren desde las 8.30 hs a 17.30 hs. y se comparten diversas actividades deportivas, recreativas, culturales, grupales, cine-debate, labor terapia, entre otras. El centro de día es para casos en donde hay una mayor severidad y/o complejidad del caso y requieren de un formato de tratamiento de mayor intensidad.

3-Inclusión social:

Se debe entender como “un proceso desde el inicio del tratamiento a partir de una construcción conjunta con el sujeto que durante el periodo de tiempo ha visto vulnerado determinados derechos que han limitado sus oportunidades en la dinámica social tendiente a la reconstrucción de espacios sociales” (Plan Provincial de Adicciones, 2008).

El objetivo de la inclusión social es que las personas en tratamiento y los de su entorno puedan llevar una vida saludable y socialmente adaptada, y además participen activamente en la comunidad en la que viven. Todo esto exige el desarrollo de estrategias educativas, sanitarias y sociales dirigidas hacia los consumidores, su familia y comunidad.

Se busca que, con los distintos agentes, recursos y servicios comunitarios se articule una red de participación en la que colaboren los diversos colectivos sociales.

Esta etapa es un proceso que aparece configurado por las siguientes características:

- Es central, por lo tanto recorre toda la intervención.
- Se resuelve en un marco ecológico y comunitario concreto.
- Es plural, por lo que se puede resolver de diferentes formas.
- Es incierta debido a las vivencias personales, los contactos socio-culturales y las oportunidades sociales. (Plan Provincial de Adicciones, 2008)

Esta adaptación implica ajustar las expectativas a las dificultades y posibilidades reales del entorno y tener en cuenta las características y recursos que este ofrece.

Esta etapa tiene que encarar temas prácticos cotidianos como la familia, el trabajo, la vivienda, los estudios, la capacitación y el manejo del dinero.

El Plan Provincial de Adicciones (2010) plantea que en la Inclusión suelen definirse 5 áreas y objetivos:

- a- Relacional: el establecimiento de relaciones con la familia, amigos y las personas que no tienen ni han tenido contactos con las drogas. Poder iniciar, mantener y profundizar relaciones estables.
- b- Laboral: capacitación para la obtención y el mantenimiento de un empleo remunerado y formal, entrenamiento en habilidades sociales que faciliten entrevistas laborales. Por ejemplo: adquisición de conocimientos y habilidades en algún oficio específico.
- c- Educativa: inserción en el nivel educativo formal y enriquecimiento de su bagaje cultural. Por ejemplo: inicio o reanudación de los estudios o fomento de interés para determinadas expresiones culturales.

- d- Salud: desarrollo de una forma de vida saludable. Por ejemplo: prácticas deportivas, adquisición de hábitos higiénicos y alimenticios.
- e- Lúdico-recreativo: desarrollo de actividades y capacidades de juego que permitan una ocupación saludable del tiempo libre.

2.5 Intervención Psicológica en Adicciones

Podemos pensar en distintos tipos de intervenciones de acuerdo a la situación del paciente que nos llega.

El NIDA (National Institute on drug abuse) (2004) estableció un catálogo que recoge los principios para el tratamiento de las adicciones basados en las investigaciones más relevantes que rigen en la actualidad. Son los siguientes:

- 1- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- 2- El tratamiento debe ser accesible en todo momento.
- 3- El tratamiento debe abarcar las múltiples necesidades de las personas, no solamente el uso de drogas (multicausalidad).
- 4- El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
- 5- Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.
- 6- La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapia de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo de la adicción.
- 7- Para muchos pacientes los medicamentos forman un elemento importante para el tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapias.
- 8- En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.
- 9- La desintoxicación médica solo es la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
- 10- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
- 11- Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/sida, hepatitis B y C, otras enfermedades médicas asociadas al consumo.
- 12- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples momentos de tratamiento.
- 13- La adicción es una enfermedad compleja que se puede tratar y que afecta al funcionamiento del cerebro y al comportamiento. (p. 163)

Existen diferentes tipos de tratamientos que se describen a continuación:

A- La entrevista y terapia motivacional:

Se centra en evitar la confrontación con el paciente, especialmente en aquellos casos en los que existe ambivalencia a la hora de plantearse el cambio de conducta (que se deje el consumo de drogas) y en facilitar que ponga de manifiesto los motivos de preocupación de su conducta.

Fue diseñada por Miller y Rollnick (1991) para personas con problemas con el consumo de alcohol y posteriormente su uso se ha extendido a otros ámbitos dentro del tratamiento psicológico (Rollnick, Miller y Butler, 2006). Esta terapia parte de aspectos básicos de la “terapia centrada en el cliente” aplicados a los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983), de tal forma que el terapeuta sepa seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas en función del estadio de cambio en que se encuentra el paciente.

Frente a intervenciones más directivas, desde la terapia motivacional se trabaja junto con el paciente en la identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se acepta que exista ambivalencia y que el paciente tenga puntos de vista diferentes. El objetivo es que el paciente avance a través de los distintos estadios de cambio acompañado por el terapeuta (Becoña Iglesias; Cortes Tomás, 2010).

Becoña Iglesias (2010) plantea que:

Los estudios indican que las intervenciones motivacionales son útiles para incrementar la motivación dirigida a producir cambios, pero esta motivación disminuye con el paso del tiempo. Dentro del tratamiento de las adicciones este tipo de intervenciones no son suficientes por sí mismas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por lo tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados y son los pacientes con menores niveles de motivación los que resultan más beneficiados del uso de este tipo de técnicas. (p. 156).

B- Terapias conductuales y Cognitivo-conductuales:

Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales han sido las más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos. También las que más apoyo empírico han recibido.

B.1- Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento: el objetivo es que el sujeto adquiera o refuerce las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales. Se basa en que la persona no tiene habilidades adecuadas para afrontar situaciones sociales o interpersonales, lo que puede llevar a una situación de estrés que puede dificultar su afrontamiento ante situaciones de alto riesgo de consumo. Algunos de los componentes del tratamiento que se concluyen dentro del entrenamiento en habilidades sociales son: el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas o aprender a reforzar la conducta de los demás (Becoña Iglesias, et al, 2010).

B.2- Terapia de exposición a señales: parte de los principios del condicionamiento clásico que señala que estímulos neutrales que preceden a la conducta de consumo de sustancias pueden, después de asociarse repetidamente con la conducta de consumo, llegar a provocar respuestas condicionadas de consumo. Es decir, los estímulos asociados pueden provocar respuestas de craving (deseo de consumo) y, como consecuencia, la persona puede acabar consumiendo. Esta terapia se orienta a reducir la reactividad a las señales (estímulos asociados al consumo) mediante procedimientos de exposición y control de los estímulos. Así el paciente debe exponerse a estímulos asociados a la conducta de consumo pero sin llegar al consumo. De la misma forma que señales neutras se convirtieron en condicionadas al consumo, ahora se trata de hacer el proceso al contrario (Becoña Iglesias, et al, 2010).

B.3- La prevención de recaídas: parte de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control

y autoeficacia percibida se incrementarán y con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá. La intervención se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, aprender a identificar las señales que anuncian una posible recaída y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después que se produzca el consumo. (Marlat y Donovan, 2005).

B.4- Programas de reforzamiento comunitario: se basan en proporcionar al sujeto contacto con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de que se mantenga abstinente. Son tratamientos conductuales multicomponentes que tienen unos elementos claves:

1- Abordajes de aspectos que pueden limitar la adherencia al tratamiento como las causas pendientes con la justicia o no tener un lugar donde dormir.

2- Los que no tienen trabajo o aquellas personas en las que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional.

3- Identifican antecedentes y consecuentes del consumo y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentran en el mismo.

4- Se ofrece terapia de pareja.

5- Se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumentan la probabilidad de que sufra una recaída.

1- Se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias. (Higgins, Heil y Plebani, 2004).

B.5- El manejo de contingencias: se basa en que el consumo de drogas es una conducta operante que es mantenida por sus consecuencias y por lo tanto puede ser modificada. Consiste en aplicar reforzadores o castigos de forma contingente a la presencia o ausencia de la conducta objetivo. La intervención realizada con más frecuencia en el tratamiento de las conductas adictivas es en la que los sujetos reciben

vales (Boucher) canjeables por bienes o por servicios de forma contingente a la ausencia de consumo de drogas (terapia de incentivo). También se han utilizado como conductas objetivo la retención en el tratamiento o la asistencia a las sesiones (Becoña Iglesias, et al, 2010).

B.6- Terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento basada en la prevención de la recaída: tiene como objetivo que las personas aprendan conductas alternativas a las relacionadas con el consumo de cocaína y estrategias de autocontrol. Sus dos componentes principales son el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades.

El tratamiento más destacado en esta línea es el de Carroll (1998) que consta de: análisis funcional del consumo, entrenamiento en solución de problemas, detección y afrontamiento del craving, habilidades de afrontamiento, detección de cogniciones relacionadas con el consumo, identificación de las situaciones de riesgo y su afrontamiento.

B.7- La terapia cognitiva: aplicada al campo de las drogodependencias, se basa en que los estímulos que llevan al consumo no son externos al sujeto (ambientales), sino que se encuentran en su sistema de creencias. Las cogniciones de dicho sistema de creencias se pueden detectar y modificar. Es una de las terapias más conocidas y ampliamente utilizada, aunque en ocasiones se utiliza parte de los componentes de la misma, (por ejemplo, para el manejo del craving) más que toda en su conjunto.

B.8- Terapia conductual familiar y de pareja: se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en incrementar el refuerzo positivo dentro de las relaciones familiares (Winters, Fals Stewart, O'Farrell, Birchler y Kelley, 2002). Por lo tanto, se trata de programas multicomponentes, siendo los componentes más destacados: el contrato conductual, el control estimular, la identificación de aquellas relaciones familiares conflictivas que provocan el deseo de consumo, la asignación de tareas, el entrenamiento en solución de problemas y en habilidades de comunicación.

C- Terapias centradas en la familia:

Becoña Iglesias (2010) plantea que:

El análisis de la eficacia de las terapias centradas en la familia presenta dificultades por los problemas metodológicos que tienen los estudios controlados realizados. Es en la intervención en adolescentes con problemas con el consumo de drogas donde este tipo de terapias han mostrado mejores resultados. Las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar breve estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica. En ellas se da un peso importante o central a la familia como parte de la solución del problema del consumo por la interrelación que existe entre sus miembros, por ser a veces el consumo una señal del malestar del funcionamiento familiar, por vivir muchos adictos en el seno de una familia, etc. es especialmente útil en adolescentes o en adultos que viven con sus padres. (p. 162).

D-Terapias analíticas y psicodinámicas:

En la actualidad no hay suficientes estudios controlados y aleatorizados para poder concluir que este tipo de tratamientos son eficaces en el abordaje de las conductas adictivas. Las dos terapias que han sido más estudiadas dentro de este grupo son la terapia de soporte expresivo y la terapia interpersonal, pero aplicada a otros trastornos, por ejemplo la terapia interpersonal en la depresión.

2.6 Modelo de cambio de la conducta adictiva.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional. Prochaska y DiClemente han desarrollado el Modelo Transteórico a partir de un análisis sistemático de las teorías y de las investigaciones en psicoterapia, y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas, básicamente en fumadores. (Touze, 2010).

Este modelo en su versión más reciente, es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que los autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.

Estos investigadores han intentado comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. Han descrito una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema. Parece que estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio ayudado por un terapeuta. Esto sugiere un tema importante y sorprendente: muchas personas que cambian sus conductas adictivas, tales como el fumar o el beber, o el uso ilícito de drogas, lo hacen por sí mismas sin ningún tratamiento formal. (Plan Provincial de adicciones, 2010).

2.6.1 Estadios de cambio

Los siguientes estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

El cambio no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio. Desde el momento que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que esta ya no existe. Así el abandono de una conducta problema engloba una progresión desde el estadio de pre-contemplación hasta el de mantenimiento, pasando por los de contemplación, preparación y acción.

No obstante y dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio es el de las elevadas tasas de recaídas, el modelo transteórico resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresa linealmente a través de los estadios de cambio. Por ejemplo: la mayoría de los fumadores siguen un patrón cíclico y reciclan entre tres y cuatro veces a través de los diferentes estadios hasta consolidarse en el de mantenimiento. (Touze, 2010)

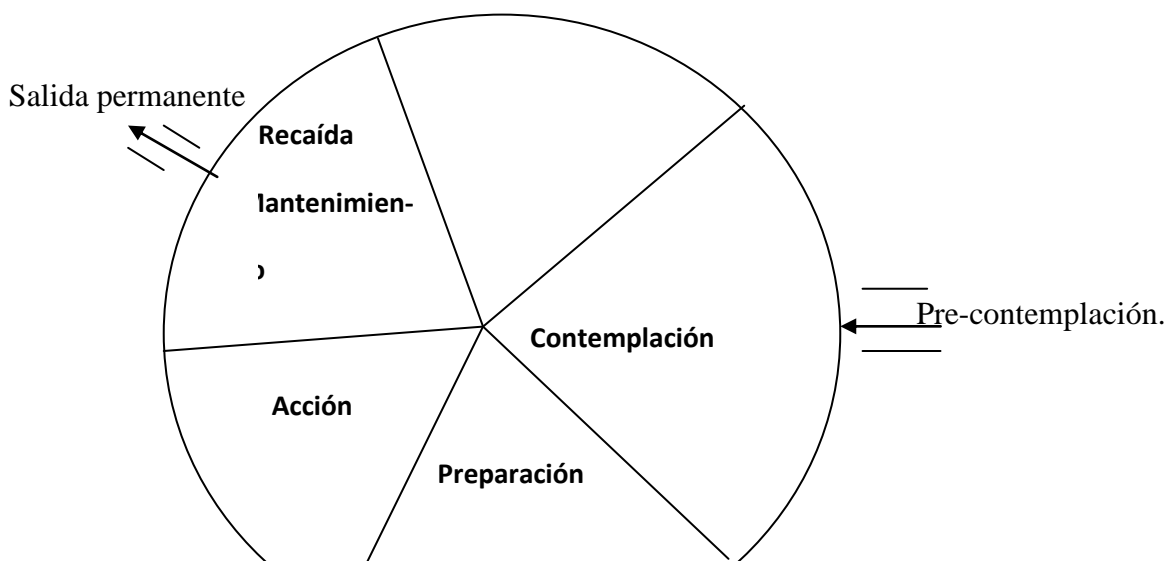
La siguiente figura presenta un modelo en espiral que refleja, con mayor fidelidad que un modelo lineal, el proceso de cambio:

FIGURA 1: *Modelo de cambio en espiral (Prochaska y Diclemente)*



Miller y Rollnick (1999) plantean los estadios del cambio a la manera de una “Rueda de cambio”. Esta Rueda del cambio que surge del modelo de Prochaska – Diclemente admite el dibujo de 5 etapas, con una sexta etapa (precontemplación) que se sitúa fuera de la rueda.

FIGURA 2: *Rueda de cambio Miller y Rollnick (1999)*



En primer lugar, el hecho de que la rueda sea un círculo refleja la realidad de que en cualquier proceso de cambio la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable.

Según Miller y Rollnick (1999) este modelo también considera que:

Un terapeuta debe utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que este se encuentre. Se cree que los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentran “no motivados” o se resistan surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicho paciente. (p. 105)

Las fases o estadios que distinguen son los siguientes:

1. Precontemplación:

Se sitúan en este estadio aquellas personas que no manifiestan deseo de cambiar de conducta a corto plazo, en los seis meses siguientes. Además, no creen tener un problema de adicción igual al de otros adictos. Es común en este estadio que las personas que rodean al adicto observen con más claridad el comportamiento adictivo que los propios interesados, lo que les lleva muchas veces a tratar de convencerles para que abandonen su conducta adictiva. Portanto, las tareas psicológicas fundamentales que corresponden a esta fase son: “propiciar la duda e incrementar la percepción que tiene el sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual”.

Pese a no tener conciencia del problema, algunos de ellos acuden a tratamiento por presiones familiares, sociales, judiciales, laborales, etc. Este hecho es una oportunidad que el terapeuta no debe dejar pasar, ya que puede suponer que algunos de los individuos que

están en esta fase se planteen otros objetivos y puedan, a largo plazo, modificar su conducta. Por este motivo, el terapeuta ha de acudir a la entrevista sin ningún juicio preconcebido, dispuesto a escuchar con empatía a la persona, para poder detectar aspectos personales que puedan servir de punto de encuentro o de vinculación a la terapia. Ha de estar también atento a las demandas del sujeto y no pedirle compromisos que no pueda cumplir. Muchas veces el hecho de que acuda semanalmente a las sesiones, aunque sea a regañadientes, es un paso tan importante como que deje de consumir determinada sustancia o de frecuentar determinados lugares asociados a su adicción.

El terapeuta ha de ser paciente y comprensivo con los sujetos que se encuentran en esta fase, sin tratar de forzar los cambios y considerándolos en todo momento personas con características propias que hay que explorar y conocer. Se persigue, en cualquier caso, que se hagan conscientes de su adicción y de esta forma pueda plantearse el cambio. (Mayor Martínez, 1998).

2- Contemplación:

Una vez que aparece la toma de conciencia del problema, la persona entra en un periodo caracterizado por la ambivalencia. “La persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez, discurre entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse” (Prochaska y Diclemente, 1984). Esta es una etapa del cambio normal y característica, aunque en ocasiones sus manifestaciones quizá se atribuyan erróneamente a rasgos patológicos de personalidad o a ciertos mecanismos de defensa (Mayor Martínez, 1998).

Es la etapa en que la gente está consciente de que el problema existe y está pensando seriamente en superarlo pero todavía no han hecho un compromiso para tomar la acción. La contemplación se trata de saber a dónde se quiere ir pero no está listo para ir allí. Para moverse en el ciclo de cambio deben evitar la trampa de pensamientos constantes y dubitativos por años o la “contemplación crónica” y tomar una firme decisión de ingresar a la etapa de acción. (Plan Provincial de adicciones, 2011).

Así, durante un estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza

a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van progresivamente aumentando. Los contempladores se esfuerzan por comprender su consumo problemático o adictivo, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

3- Preparación:

Se considera a la etapa de preparación como una ventana para una oportunidad, que abre la entrada a un nuevo periodo de tiempo. Si durante este tiempo la persona entra en la etapa de acción, el proceso de cambio continúa. Si no, la persona retrocede a la etapa de contemplación.

“Esta etapa es el estado que combina intención con criterio conductual. Los sujetos en la etapa de preparación están intentando tomar acción inmediatamente y reportan algunos pequeños cambios de conducta” (Prochaska y Diclemente, 1984). Aunque han hecho pequeños cambios (disminuir la dosis de droga), no han alcanzado un criterio de cambio efectivo (abstinencia total de la misma); están intentando, sin embargo, tomar acción en un futuro cercano. Necesitan ponerse metas y prioridades, necesitan dedicarse ellos mismos al plan específico de acción que eligen. Muy a menudo ya están comprometidos con el proceso de cambio que aumentaría su autorregulación e iniciaría cambios de conducta.

La relevancia de los criterios tanto intencionales como conductuales en la definición del estadio de preparación queda suficientemente reflejada en los dos hechos siguientes:

Vezonni, et al. (2010) plantean que:

Es importante que los pacientes actúen desde un sentido de liberación personal para prepararse para la etapa de acción. Debe creer que tienen la autonomía para cambiar sus vidas de manera clave. La autoliberación en parte está basada en el sentido de autoeficacia, la creencia de que los propios esfuerzos juegan un rol crítico en salir exitoso en situaciones difíciles. (p. 69).

4- Acción:

En este estadio la persona se implica en acciones que la llevarán a un cambio. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver. Es decir, es el estado en que los individuos modifican su conducta, experiencia y/o

ambiente para resolver sus problemas, involucra los cambios de conducta más manifiestos y requiere considerable compromiso y energía. Los individuos son clasificados como un estado de acción cuando exitosamente están alertados del problema de conducta por un periodo desde un día hasta seis meses, y alertados exitosamente significa que han alcanzado criterios específicos como la abstinencia. (Prochaska y Diclemente, 1984).

La gente en este estado requiere la habilidad de usar la acción orientada del proceso de cambio, tales como contra-condicionamiento, control de estímulos y manejo de contingencias, para interrumpir patrones habituales de conducta y adoptar patrones más productivos. Ellos se resuelven consciente de las trampas que pueden socavar la acción continua, ya sean cognitivas (expectativas de violación de abstinencia), emocionales (exacerbación de estrés o depresión) o ambientales (falta de refuerzo o soporte afectivo). De esta manera adoptarían estrategias efectivas para prevenir una completa recaída.

Estos cambios del estadio de acción (abstinencia), al ser más visibles para las personas cercanas al consumidor de sustancias psicoactivas, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

5- Mantenimiento

La intención de cambiar, no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo. Obviamente, la experiencia humana está llena de buenas intenciones y de intentos de cambiar, seguida de pequeños (tropezones) o de grandes (recaídas) pasos hacia atrás.

La etapa de mantenimiento es el estado final en donde el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y el de prevenir la recaída. Es decir la estabilización del cambio y la evitación de recaídas son el sello del mantenimiento. Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.

Este estadio no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. (Mayor Martinez, 1998).

6- Recaída.

Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado mediano y planificado de una decisión conscientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado. (Tejero, Trujols y Casas, 1993).

Como en problemas como las conductas adictivas, la recaída es la regla más que la excepción resulta necesario un cambio en la conceptualización de una progresión lineal a través de etapas. En vez de ello, se puede ilustrar en la forma de un espiral como los sujetos se mueven a través del cambio, donde puede haber recaídas durante las cuales regresan a los estadios anteriores. Las investigaciones demuestran cada vez que los que han recaído reinician el ciclo de cambio, potencialmente aprenden de sus errores y pueden tratar algo diferente la próxima vez. (Plan provincial de Adicciones, 2010).

Desde este modelo la finalización del problema ocurre cuando la persona no experimenta más la tentación de volver a la conducta problema y no debe hacer más esfuerzos por evitar la recaída. Es decir, que implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo “extra” de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio de la persona ex – consumidora de sustancias psico-activas.

Prochaska y Diclemente (1991) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los siguientes criterios:

- a- “El deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo”.
- b- “La confianza y seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100%.” (p. 71)

2.6.2 Procesos de cambio

Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales y conductuales, los procesos de cambio posibilitan comprender como suceden dichos cambios. Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.

Prochaska y Diclemente plantearon diez procesos básicos de cambio. A continuación se detallan dichos procesos adaptados a la conducta adictiva:

- 1- **Aumento de conciencia:** consiste en una intensificación, por parte de la persona con conducta adictiva, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata pues, de un proceso esencialmente cognitivo.
- 2- **Catarsis/alivio dramático:** consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencia respecto a los aspectos negativos (esencialmente las consecuencias sobre la salud) asociados a la conducta adictiva.
- 3- **Auto reevaluación:** consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte de la persona con conducta adictiva, del impacto de la misma sobre sus valores y su manera de ser, como es un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar dicha conducta.
- 4- **Reevaluación ambiental:** consiste tanto en una valoración por parte de la persona con conducta adictiva del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto que la misma tiene sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio consumidor, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.
- 5- **Autoliberación:** representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad de la persona con conducta adictiva para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de

conducta de consumo problemática o dependiente, ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

- 6- **Liberación social:** representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad de la persona con conducta adictiva para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la adicción o del consumo problemático, como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas.. consiste en creer que tienen la autonomía para cambiar sus vidas de manera clave.
- 7- **Neutralización de condicionamiento o contra-condicionamiento:** consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente, es esencialmente conductual.
- 8- **Control de estímulos:** consiste en manejar la presencia o ausencia de situaciones o señales que pueden provocar problemas. Reside básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la modificación del ambiente para disminuir los estímulos que puedan favorecer la aparición de la conducta adictiva.
- 9- **Manejo de contingencias:** es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad que ocurra una determinada conducta (no consumir cocaína por ejemplo) vinculada al cambio conductual deseado. Consiste en el auto y/o heterorefuerto de dicha conducta (premiar las acciones que tienden a mantenerse abstinentes).
- 10- **Relaciones de ayuda:** representan la existencia de apoyo social (familiares, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva. Por ejemplo: abrirse y confiar en una persona allegada. (Plan Provincial de Adicciones, 2010).

Prochaska y Diclemente (1988) señalan que estos diez procesos de cambio, en tanto que factores latentes o variables de primer orden se organizan según un modelo jerárquico en relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la conciencia, autoreevaluación, reevaluación

ambiental, relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relación de ayuda, control de estímulos y contracondicionamiento).

2.6.3 Integración de estadios y procesos de cambio.

Uno de los resultados más importantes que se desprenden de los trabajos de Prochaska y Diclemente es que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio.

Durante el estadio de pre-contemplación, las personas con consumo problemático o dependiente usan significativamente menos procesos de cambio que en cualquier otra etapa. Se encontró que procesan menos información acerca de sus problemas, gastan menos tiempo y energía reevaluándose ellos mismos, experimentan menos reacciones emocionales hacia los aspectos negativos de sus problemas, son menos abiertos con las personas significativas acerca de sus problemas y hacen poco para cambiar su atención o ambiente en la dirección necesaria para resolver sus problemas. En tratamiento estos pacientes son etiquetados como resistentes o defensivos.

Los pacientes en la etapa contemplativa son más abiertos para elevar la conciencia y son más libres para reevaluarse ellos mismos afectiva y cognitivamente. Mientras más cercanos sean sus problemas de conducta a sus valores centrales, mas la reevaluación envolverá cambios en su sentido de sí mismo. El movimiento a través de la etapa contemplativa implica un uso creciente de procesos de cambio cognitivos, afectivos y evaluativos. Es decir, en este estadio hay un aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental.

Al ser un proceso de cambio también enfatizado en el estadio de preparación, la autoreevaluación se muestra como el puente entre la contemplación y la preparación. En este último estadio, y como enlace con el de acción, es donde se utiliza más el proceso de autoliberación.

Los procesos relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento forman el vínculo entre los estadios de acción y mantenimiento al ser enfatizados en ambos, lo cual es consistente con la concepción de que el estadio de mantenimiento es un estadio de cambio activo más que de ausencia de cambio. (Mayor Martinez, 1998).

Tabla 2:integración de los estadios y procesos de cambio (Prochaska y Diclemente, 1992)

ETAPAS D E CAMBIO				
Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Elevación de conciencia				
Alivio dramático				
Reevaluación ambiental				
Autoreevaluación				
Autoliberación				
Manejo de contingencias				
Contracondicionamiento				
Control de estímulos				
Relaciones de ayuda				

2.7

Intervención en atención primaria en salud

Serán todos aquellos consultantes en atención primaria que:

- a. Se encuentren en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, o problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- b. Solicitan espontáneamente atención por problemas con el consumo de drogas.

- c. Son familiares alarmados por uno de sus miembros que consume sustancias psicoactivas, pero quien no está dispuesto a consultar directamente.
- d. Son derivados por otros profesionales del centro de salud, Centro integrador Comunitario, u otra institución de la zona (escuela, municipio, organización de la sociedad civil, etc.)

Para el Plan Provincial de Adicciones (2010) los roles determinantes en Atención Primaria en Salud son:

- a- Promocionar hábitos de vida saludables, evitar el inicio o retardar la edad de comienzo en el consumo de sustancias psicoactivas.
- b- Intervenir de manera eficaz para que la persona con consumo riesgoso disminuya el consumo o riesgos y/o daños asociados al mismo, o suspenda el mismo evitando una escalada hacia un consumo problemático o dependiente.
- c- Intervenir en aquellas personas con consumo problema o dependiente logrando motivar al proceso de cambio de la conducta adictiva, derivando oportunamente y evitando complicaciones mayores en problemas de salud asociados al mismo.

Etapas e intervenciones de APS

2.7.1 Detección precoz y evaluación diagnóstica: historia clínica en el consumo de drogas.

La detección inicial se realiza mediante distintos procedimientos:

- Entrevista con el paciente identificado.
- Entrevista con familiares o personas cercanas motivadas a lograr un cambio en el consumidor de sustancias psicoactivas.
- Cuestionarios, escalas.
- Examen clínico y pruebas complementarias

Cabe destacar que esta detección inicial se puede complementar con una evaluación diagnóstica, consistente en una o más consultas en salud mental. Todos estos procedimientos e instrumentos nos van a permitir tener una historia clínica abarcativa de la situación de la persona con consumo riesgoso, problemático o dependiente. (Monteiro, 2008).

Según Monteiro (2008) los objetivos de la detección inicial y evaluación diagnóstica son:

- Conformar una historia y un diagnóstico clínico básico suficiente: patrón de consumo de sustancias, salud física, salud mental, etc.
- Evaluar el grado de compromiso biopsicosocial, incluyendo factores protectores y de riesgos o daños presentes a nivel familiar y social, y la apreciación sobre el grado de apoyo que provee al paciente.
- Evaluar e intervenir en el nivel de motivación personal, estadios y procesos de cambio.
- Brindar información objetiva sobre diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir por la persona consumidora de sustancias psicoactivas.
- Explicar al paciente el plan de intervenciones desde la Atención Primaria en Salud y sobre la derivación al nivel de especialidad que requiere.
- Concluir en una referencia, sea a una de las intervenciones resolutivas disponibles en el establecimiento de atención primaria o al nivel de especialidad. (p. 83)

En esta etapa es importante realizar una historia clínica ya que es el instrumento más importante para abordar y valorar el consumo de drogas de un paciente. Antes de preguntar es importante plantearse los objetivos de la intervención: que vamos a explorar, como y sobre todo para que.

Según Monteiro (2008) es importante investigar:

- Si la persona consume, ha consumido o incluso si se plantea un futuro consumos de drogas.
- Antecedentes personales de consumos anteriores.
- Antecedentes familiares de problemas relacionados con el consumo de drogas.

- Existencia de factores de riesgo para posibles consumos problemáticos.
- Que conocimientos tiene sobre las diferentes drogas y el policonsumo.
- Explorar las situaciones de consumo y contextos: consumo en compañía, consumo solitario, ante eventos positivos (fiestas, salidas, antes o después de una relación sexual, etc.), para evitar momentos displacenteros.
- Estadio de cambio en el que se encuentra respecto a un consumo determinado. Estado motivacional y procesos de cambio que está poniendo en juego o deberá activar.
- Intentos previos de abandono o disminución del consumo, analizando las diferentes situaciones.
- En caso de no consumo se dará una información general y un refuerzo en la abstinencia o hacia un uso de la sustancia.

Un punto fundamental a tener en cuenta en la entrevista es abordar el tema del consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral. Es muy importante evitar los juicios de valor y huir de los estereotipos (“todos los consumidores de drogas son unos adictos”, “las personas que usan drogas tienen un problema de valores”, “todos los consumidores de drogas son delincuentes”, etc.). Además debemos cuidar y reforzar aspectos éticos fundamentales, como la confidencialidad, el secreto profesional y la autonomía del paciente a la hora de tomar sus propias decisiones sobre su salud aun cuando puedan ser contrarias a nuestros objetivos sanitarios. Y esto debe ser así independientemente del sexo, la raza, la clase social e incluso la edad del paciente (adolescente). (Monteiro, 2008).

Respecto a los tipos de consumo un primer factor que se debe considerar siempre es la frecuencia del consumo, distinguiéndose entre consumos episódicos y consumos sistemáticos. Es importante distinguir entre los consumos recreativos (asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) y los instrumentales (en los que se persigue un fin

determinado: rendir más en el trabajo, evitar el síndrome de abstinencia, etc.). También es importante tener en cuenta la elevada frecuencia con la que se presenta el policonsumo de distintas sustancias, que suele aumentar considerablemente las consecuencias negativas.

Según Becoña Iglesias (2002) existen características inherentes a cada una de las distintas drogas que condicionan los efectos y los riesgos:

- Tipo de sustancia:
una clasificación sencilla de las drogas distingue entre drogas estimulantes del sistema nervioso central (cafeína, cocaína, etc.) y distorsionantes o alucinógenos (LSD, marihuana, etc.)
- Dosis: la dosis mínima eficaz es aquella a partir de la cual se manifiestan los efectos buscados al consumir la droga. La dosis mínima tóxica es aquella a partir de la cual se inician los efectos tóxicos.
- Vía de administración: las drogas pueden alcanzar el sistema nervioso central tras haber sido administradas por vía oral, inyectada, intranasal, pulmonar o transmucosa, si bien no todas las sustancias admiten cualquier vía. La vía de administración afectará a la intensidad y rapidez de los efectos, así como a alguna de las posibles complicaciones: la práctica de compartir jeringas se asocia con la transmisión del VIH.
- Asociación a otras sustancias: el consumo de más de una droga incrementa los riesgos. Si los efectos de estas son similares los efectos tóxicos pueden potenciarse, de forma que la suma de dosis relativamente seguras de las dos sustancias puede dar lugar a una sobredosis. Si, por el contrario, los efectos son antagonísticos, pueden disminuir los efectos buscados, aunque en algún caso los usuarios lo utilizan para conseguir este antagonismo, como el consumo de algún depresor para compensar el consumo de un estimulante y viceversa.

- Valoración social:
las drogas legales o institucionalizadas tienen un reconocimiento legal y un uso normativo. Su accesibilidad y disponibilidad es mayor que la de las drogas ilegales, cuya venta está sancionada por la ley. La falta de controles sanitarios sobre la producción de drogas ilegales hace que la adulteración sea un riesgo que debe tener en cuenta.
- Potencial de abuso y dependencia: las características farmacodinámicas de determinadas drogas hacen posible la aparición de dependencia física ante consumos continuados durante largo tiempo. Los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas (alcohol, benzodiazepians, etc.) dan lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia al suspender su administración.

Con respecto a lo que es necesario valorar en cuanto a la persona Vezonni, et al. (2010) plantea:

- Sexo: existen diferencias biológicas que pueden dar lugar a efectos distintos de las sustancias en hombres y mujeres. Estas tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de drogas como el alcohol o el éxtasis, necesitando menores cantidades para alcanzar los mismos efectos. El embarazo y la lactancia son dos circunstancias en la vida de la mujer en las que el consumo de cualquier droga está absolutamente contraindicado.
- Edad: según las investigaciones en Mendoza “registro continuo de pacientes en centros de tratamientos” los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suele producirse entre los 15 y 16 años de edad. El riesgo de desarrollar un consumo riesgoso, problemático o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella. Un objetivo preventivo de primera magnitud será retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Pauta de consumo: según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa, el desarrollo de tolerancia farmacológica (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los

mismos efectos) se hace más probable, lo que aumenta también los efectos secundarios y tóxicos.

- Concurrencia de patología: es importante considerar los efectos tóxicos selectivos de ciertas drogas sobre determinados órganos y sistemas. En personas con patología preexistente, los riesgos se incrementan. Se denomina patología dual a la concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas. Algunas drogas parecen facilitar el desarrollo de un trastorno mental en personas predispuestas (por ejemplo: cannabis y esquizofrenia). El diagnóstico de trastorno dual dificulta el manejo del paciente y oscurece el pronóstico.

2.7.2 Intervención terapéutica breve y resolutive

Podemos pensar en distintos tipos de intervenciones de acuerdo a la situación del paciente que nos llega.

- a. Intervención terapéutica breve y conserjería.
- b. Desintoxicación de forma ambulatoria.

Intervención terapéutica breve y conserjería

Casado y Arauso (2004) plantean que la intervención terapéutica breve y conserjería consiste en un conjunto ordenado de actividades educativas y terapéuticas orientadas a:

- a- Disminuir los riesgos o daños asociados al consumo.
- b- Disminuir la cantidad y frecuencia del consumo de la sustancia psicoactiva.

- c- Lograr la supresión o abstinencia de la droga.
- d- Mejorar las condiciones generales de salud física o mental.
- e- Lograr un mayor grado de ajuste psicosocial.
- f- Lograr un mayor nivel de motivación al cambio de la conducta adictiva y promover una toma de decisión de las estrategias terapéuticas a continuar en los próximos meses en el centro de la salud o centro especializado.
- g- Derivar oportunamente al paciente al nivel de atención en salud que se adecue a sus necesidades (de acuerdo a la complejidad y/o severidad del caso). (p. 227-228)

Según Casado y Arauso (2004) los componentes de una intervención terapéutica breve y conserjería son:

- 1- Proveer de un espacio adecuado en donde el paciente pueda encontrar:
 - a- Información objetiva sobre los pro y contra de su conducta adictiva (los efectos que provoca el consumo de sustancias sobre su proyecto de vida, sus relaciones interpersonales, manera de ser, valores, etc.) sin una connotación moralista.
 - b- Apoyo emocional para los esfuerzos en el camino de cambio de su adicción.
 - c- Aceptación y tolerancia ante las recaídas durante el proceso terapéutico.
- 2- Informar, orientar, acompañar y motivar al paciente y/o familia en su proceso de cambio para que puedan emprender su recuperación protagónicamente, y para que evalúen objetivamente los logros y dificultades.
- 3- Disponer de un procedimiento de seguimiento activo y de recaptación de aquellos tendientes al abandono.
- 4- Proveer a los familiares acogida a sus preocupaciones respecto del paciente. Entregar información y favorecer habilidades para que concurren sinérgicamente al proceso terapéutico.
- 5- Vincular al paciente y a la familia desde una etapa temprana de la intervención a grupos de autoayuda y/o instituciones especializadas, de acuerdo a sus necesidades y evaluación diagnóstica.

Casado y Arauso (2004) plantean que el tiempo que demandaría una intervención breve y conserjería es variable en función del diagnóstico inicial de la situación del paciente en cuanto a:

- a- Ajuste psicosocial. Factores protectores y de riesgo individual, familiar y socio-contextual.
- b- Patrón de consumo: tipo de droga, frecuencia, vía de administración, etc.
- c- Tipo de consumo: uso, en riesgo, problemático o dependiente.
- d- Motivación en el cambio de la conducta adictiva: precontemplador, contemplador, preparación, acción, mantenimiento.
- e- Compromiso físico y mental: comorbilidad psiquiátrica y problemas de salud asociados. (p. 230)

Desintoxicación de forma ambulatoria

Cada una de las posibles intoxicaciones representa un cuadro específico que debe abordarse con las condiciones de atención urgente. En la mayoría de los casos el tratamiento suele ser sintomático y de soporte. (Plan Provincial de Adicciones, 2008)

La tarea fundamental es aliviar los síntomas de privación que presionan hacia el consumo y que aparecen minutos después de dejar de consumir (cocaína y pasta base), horas (alcohol, benzodiazepinas, anfetaminas) u horas a días (marihuana).

La mayoría de las veces los consumidores de alcohol y/o sustancias lícitas superan los síntomas de privación por si solos y suprimen el consumo sin ayuda sanitaria alguna. (Plan provincial de adicciones, 2008).

Monteiro (2008) plantea que muchas personas llegan a la primera consulta:

- a- Habiendo cesado el consumo, y ello puede indicar una mayor motivación al cambio y una mayor autoeficacia por la confianza en la propia capacidad para lograr metas personales.
- b- Con un consumo activo e intoxicadas. En tal situación es importante trabajar con mensajes claros y breves, de contención y precauciones para reducir riesgos o daños asociados. Se debe trabajar con familiares o allegados y evaluar indicación de medicación.
- c- En estado de extrema gravedad por sobredosis o por otros motivos médicos. Es importante acudir a un servicio de internación en un hospital general o monovalente.
- d- No aceptando suspender el consumo: esto no es infrecuente por lo que se puede elaborar una estrategia de disminución de riesgo o daño, o de disminución gradual

del consumo. Para ello es importante trabajar a nivel de conserjería, asegurando el apoyo familiar, grupos de autoayuda, y eventualmente indicando medicamentos con controles periódicos (en general ansiolíticos). (p. 94)

“La abstinencia es un estado transitorio y auto limitado que, aunque no supone riesgo vital para el paciente (excepto en el caso del alcohol), presenta un cuadro de gravedad variable y ciertamente grave para él. Aparte de los síntomas y signos específicos de la abstinencia de cada sustancia, que se corresponden, aproximadamente, con los opuestos a la intoxicación existe un cuadro común compuesto por síntomas y signos relacionados con un cuadro de ansiedad habitual en clínica, con intensos componentes de expectativa negativa en los pacientes que ya han vivenciado un cuadro de abstinencia. En los meses posteriores (de dos a seis) al inicio de la abstinencia podemos esperar un cuadro de ansiedad generalizada más o menos intenso, con alteraciones del sueño y elementos de anhedonia y astenia compatibles con un cuadro depresivo. El tratamiento es el habitual, con ansiolíticos, hipnóticos si se precisan y valorando el uso de antidepresivos”. Pemjean(2009).

Puentes (2004) plantea que los objetivos de una desintoxicación son:

- a- Liberar el organismo de la dependencia fisiológica asociada al consumo de la sustancia.
- b- Disminuir o eliminar el dolor o malestar.
- c- Proporcionar un tratamiento seguro y humanizado para superar el obstáculo inicial para conseguir la abstinencia y/o derivación oportuna a un tratamiento especializado.
- d- Proporcionar una situación que conduzca a un compromiso más amplio de tratamiento y hacer las derivaciones adecuadas.
- e- Tratar los problemas médicos que puedan detectarse.
- f- Empezar el proceso de educación del paciente en las cuestiones de salud, prevención de recaídas y explorar las cuestiones familiares, laborales y legales.
- g- Una desintoxicación correcta aumenta la confianza en intervenciones posteriores y mejora la relación paciente-terapeuta. (p. 95).

Con respecto al lugar donde se deben realizar las desintoxicaciones el primer criterio a tener en cuenta es donde sea más eficaz y menos agresivo para la vida diaria del paciente, apuntando y favoreciendo la inclusión social. Tanto él como su familia son importantes a la hora de decidir la forma en la que se realizará la desintoxicación.

Solo el consumo del alcohol, cocaína y heroína con una intoxicación aguda pueden precisar ingreso en hospitales.

Existen varias posibilidades dependiendo de la sustancia y de la dosis de consumo, de la comorbilidad orgánica o mental y de la situación social-contextual. La desintoxicación se puede realizar:

- a- De forma ambulatoria (intoxicaciones leves y no agudas): centro de salud, Centros Integradores Comunitarios, servicios de salud mental de hospitales, Centros Preventivos Asistenciales de Adicciones (CPPA).
- b- Unidades de desintoxicación hospitalaria (intoxicaciones agudas y de gravedad): en régimen hospitalario (hospitales generales y monovalentes, Pereyra y Sauce) y Unidad de Intervención en Crisis (UIC). (Plan Provincial de Adicciones, 2011).

Luego de realizar la desintoxicación y estabilización clínica en caso de consumo dependiente, el paciente inicia el proceso terapéutico para lograr un cambio en su conducta adictiva en un centro de referencia especializado (CPAA). “Es importante mantener un contacto fluido con los profesionales del segundo nivel de atención para un adecuado seguimiento del paciente” (Plan Provincial de Adicciones, 2008).

2.7.3

Derivación

oportuna

Una derivación adecuada asegura que la atención en el próximo nivel sea lograda y que las personas consumidoras de sustancias con consumo problemático o dependiente lleguen al centro especializado y no se pierdan en el camino. Para ello, es importante que el centro de salud o el centro integrador comunitario organice un procedimiento de contacto con aquellos centros de tratamiento que serán los receptores más probables de las derivaciones.

El equipo encargado de la derivación brindará información objetiva, clara y precisa al paciente y/o familia de los motivos por los cuales se le indica la derivación y, si

corresponde, las características del plan de tratamiento al que se le envía para continuar el proceso de cambio de la conducta adictiva.

Es importante que toda derivación sea previamente acompañada de una intervención breve o conserjería, con el objetivo de motivar el proceso de cambio de su conducta adictiva y generar adherencia al tratamiento. Para ello debemos utilizar los datos clínicos y estudios complementarios médicos, y los datos obtenidos en la entrevista diagnóstica inicial para evaluar con el paciente y/o familia los pro y contras de su consumo problemático o dependiente. (Plan Provincial de Adicciones, 2010).

La derivación se puede realizar a diferentes lugares dependiendo el caso:

- Cuando se presenta un consumo problemático o dependiente leve y moderado:
 - Centro Preventivo Asistencial de Adicciones: desde 14 años en adelante. Estos equipos evaluarán la derivación al próximo nivel de atención (comunidades terapéuticas y hospitales monovalentes).
 - Servicios de Salud Mental Infanto Juvenil: hasta 14 años.
- Servicios de urgencia: cuando hay riesgo vital o necesidad de internación de urgencia no voluntaria:
 - Hospitales generales con o sin servicio de salud mental.
 - Servicios de emergencia coordinados.
- Unidades de corta estadía. Si hay comorbilidad psiquiátrica severa o necesidad de desintoxicación ante síndrome de abstinencia severo de difícil manejo para Atención Primaria en Salud:
 - Unidades de intervención en crisis: para niños/as y adolescentes hasta 17 años y 11 meses.
 - Hospitales monovalentes: Hospital Carlos Pereyra y Hospital El Sauce (en la Provincia de Mendoza).

2.7.4 Seguimiento.

El seguimiento incluye:

- Seguimiento y re-captación de pacientes: se pone en ejecución cuando se ha acordado con un paciente dos o más actividades acordadas o indicadas o cuando se trata de una situación de riesgo mayor (violencia intrafamiliar, autoagresión, recaídas luego de haber logrado la abstinencia, etc.).
- Seguimiento post alta: el alta constituye el paso final de una intervención terapéutica breve o conserjería. Se acuerda con el paciente que pueda volver a consultar de nuevo si así lo requiere. Se informa y acuerda seguimiento telefónico o directo luego de 3 meses aproximadamente. Esta intervención es importante para prevenir recaídas o agravamiento hacia un consumo problemático o dependiente.

2.8

los profesionales.

Competencias de

Cada uno de los profesionales tiene diferentes competencias de acuerdo a las intervenciones que realice.

CUADRO 3:*Competencias de los profesionales*

Actividad	Profesionales	Resultados esperados
-----------	---------------	----------------------

Consulta médica	-Médico de familia -Pediatras -Médico comunitario	Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente. Evaluación del estado general de salud y tratamiento si corresponde. Información objetiva, educativa y orientadora. Motivación al cambio y adherencia al tratamiento. Solicitud de interconsulta y/o derivación a especialidad o centros específicos si corresponde. Acompañamiento en intoxicaciones leves o moderadas de manera ambulatoria.
Consulta de salud mental	-Médico psiquiatra. -Psicólogo. -Trabajador Social -Lic. En Minoridad y familia.	Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente. Evaluación del nivel de compromiso bio-psico-social (salud mental, ajuste psicosocial e inclusión, factores protectores y de riesgo). Información objetiva, educativa y orientadora. Intervención terapéutica breve y refuerzo de vínculos familiares. Motivación al cambio y adherencia al tratamiento. Abordaje de intoxicaciones leves y moderadas de manera ambulatoria. Solicitud de interconsulta y/o derivación a especialidad o centros específicos, si corresponde.
Intervención Comunitaria y conserjería	-Enfermeros. -Agentes sanitarios	Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente Información objetiva, educativa y orientadora al individuo, familia y/o comunidad. Motivación al cambio y adherencia al tratamiento. Solicitud de interconsulta con médicos, servicio de salud mental y/o derivación a centros específicos si corresponde.
Seguimiento, visita domiciliaria y red comunitaria	-Trabajador social -Lic. En minoridad y familia -Agentes sanitarios -Enfermeros	Evaluación del estado de soporte familiar. Información a la familia sobre el tratamiento, sus etapas y plazos, y sobre los riesgos y recaídas. Re-captación de pacientes que abandonaron el tratamiento. Facilitación de la inclusión social y la red de apoyo comunitaria. Seguimiento.

2.9 Aspectos preventivos en el consumo de drogas.

Vezzoni et al. (2010) plantean que:

El modelo preventivo es útil siempre y cuando se lo entienda como proceso. Se debe disponer de fases diagnósticas, de evaluación de proceso y resultados. Las intervenciones más indicadas en diferentes materiales bibliográficos especializados son las estrategias en prevención primaria y secundaria.

Así mismo las intervenciones pueden focalizarse en la prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

Una buena intervención preventiva debe ser diseñada con el propósito de ser monitoreada, es decir, las intervenciones deben ser “evaluables”. A partir de este diseño, se podrá determinar el impacto de las mismas en la comunidad. En otros términos, si la intervención es útil y en qué medida lo es. (p. 105)

2.9.1 Orientación de la prevención.

La prevención debe focalizarse fundamentalmente en la reducción de la demanda, es decir en generar recursos en la comunidad para que la necesidad de consumo o el interés de consumo se pueda ir reduciendo gradualmente. Esta política está instalada en países como Alemania, Canadá, Estados Unidos, entre otros.

Las estrategias básicas para implementar proyectos preventivos en reducción de demanda se basan en “generar espacios para el fortalecimiento de factores protectores que reduzcan los comportamientos riesgosos en la problemática de adicciones”. Navarro(2011).

El hecho de operar con los factores protectores y no tanto en los de riesgo no implica que no deban ser estudiados y medidos. Conocerlos indica información diagnóstica esencial para implementar las estrategias adecuadas.

2.9.2 Factores que intervienen en los programas de prevención.

Touze (2010) plantea 8 factores que inciden de forma clara en la selección y aplicación de los programas de prevención en la población infantil y adolescente:

- 1- Incorporar intervenciones que consigan modificar el comportamiento: centrarse en modelar las actitudes y en facilitar las habilidades de comportamiento saludable. La información es un recurso muy necesario en prevención.
- 2- Atender siempre a la etapa del desarrollo: los programas deben adaptarse a la edad y el periodo de desarrollo de la población, seleccionando actividades de aprendizaje que resulten atractivas para cada grupo.
- 3- Incorporar intervenciones dirigidas a los padres: las conductas de riesgo de los adolescentes están en permanente interrelación con la influencia que los padres tienen sobre sus hijos.
- 4- Analizar las influencias sociales: los comportamientos de los adolescentes están mediados por factores como la presión de grupo y los contextos socio-culturales en los que se desenvuelven de manera cotidiana.
- 5- Considerar la presión de los medios de comunicación: la televisión, internet y los medios audiovisuales influyen sobre las conductas de los jóvenes. Por ello se han considerado un elemento esencial para incluir en los programas de prevención del consumo de drogas.
- 6- El ámbito educativo: la escuela es el agente primario de socialización y se ha considerado el medio idóneo para la implementación de programas de prevención de drogas. Los mediadores fundamentales son los profesores. Sin embargo cada vez parece más relevante la participación de los profesionales sanitarios, en colaboración con los docentes, como agentes de apoyo y refuerzos de los mensajes en salud.
- 7- El mantenimiento de los efectos de los programas: la prevención ha de considerarse como una actividad mantenida en el tiempo, a largo plazo y que debe ser evaluada con cierta periodicidad para identificar si se alcanzan los objetivos. La intensidad en la aplicación de los programas puede disminuir con el paso del tiempo, manteniendo sesiones de recuerdo.
- 8- La perspectiva de la actuación: los programas pueden ser actuaciones limitadas que van enriqueciéndose con el tiempo. El papel potencial de atención primaria es

muy atractivos al poder trabajar en dos escenarios complementarios: por un lado, en la consulta y el centro de salud; y por otro de manera complementaria con intervenciones comunitarias, dirigiéndose a medios de comunicación, colegios, etc.

2.9.3 Tipos de prevención

En el campo de la prevención de adicciones la clasificación de mayor relevancia es la realizada por Caplan (1980):

- **Primaria:** es la prevención de una enfermedad antes de que ocurra, como de la reducción de su incidencia. Interviene para evitar el consumo de drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección.
- **Secundaria:** compromete intervenciones que detectan enfermedades en etapas tempranas antes de que se manifiesten síntomas o signos clínicos, con el objetivo de revertir o reducir la severidad de la enfermedad o proveer una cura. El pronóstico es obtener un diagnóstico inicial y un tratamiento para las personas, comenzando de forma temprana eficaz y eficientemente con la prevención de la salud y los programas de control. Tiene como objetivo identificar con la mayor celeridad los consumos iniciales e intervenir para evitar sus consecuencias, disminuir los daños y riesgos asociados y evitar una escala hacia un consumo dependiente.
- **Terciaria:** se centra en el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia de drogas. Su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.

2.9.4 Otros conceptos en prevención.

- **Intervención temprana:** es una estrategia terapéutica que combina la detección temprana del uso peligroso o dañino de drogas y el tratamiento de aquellos involucrados. El tratamiento es ofrecido antes de que los pacientes presenten la volición de querer hacerlo o de que tomen conciencia de que el consumo de la droga

les causa un problema. Esta dirigido particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física.

- Promoción de la salud y educación: la promoción de la salud es la provisión de información y educación a individuos, familias, comunidades para proveer la unidad familiar, el compromiso comunitario y espiritualidad tradicional. Incluye la provisión de información disponible de estilos de vida saludables y como hacer el mejor uso de los servicios de salud con la intención de permitir a la gente realizar opciones de salud racionales.
- Reducción de riesgos y/o daños: permite hacer el tránsito de la sustancia (droga) a la conducta del sujeto que la consume y posibilita la consideración de diferentes objetivos para el usuario de drogas en un continuum que va desde el consumo de menor riesgo o daño hasta la abstinencia. Este concepto comenzó a utilizarse a fines de los años 80´en respuesta a dos factores principales:

- 1- El problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables.

- 2- La sospecha creciente de que las estrategias adoptadas hasta el momento no habían mejorado la situación y en algunos casos habían tenido el efecto no deseado de aumentar los daños asociados al uso de drogas.

La reducción de daños se orienta a disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles, favorecer la accesibilidad a los servicios asistenciales y mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. Los programas no pretenden la abstinencia en el consumo de drogas, sino que tratan de reducir las consecuencias que este provoca, admitiendo la dificultad que muchas personas presentan para suspender el consumo. No procuran reemplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable.

II PARTE:

MARCO METODOLÓGICO

Capítulo III:

Metodología de la investigación.

3.1 Introducción al capítulo

En esta segunda parte del presente trabajo, se describe el tipo de metodología utilizada para responder a los objetivos generales y específicos, como así también a las hipótesis de investigación.

Los instrumentos de evaluación requeridos en esta investigación fueron: el MBI (MaslachBurnoutInventory) y una entrevista estructurada. Dichos instrumentos fueron aplicados a 30 sujetos que trabajan en centros Preventivos y Asistenciales de la Provincia de Mendoza.

Los resultados arrojados del análisis e interpretación del presente estudio serán, entonces, aplicables solamente al grupo de sujetos en encuestados. Las generalizaciones aquí obtenidas serán propias del grupo en cuestión ya que la muestra es intencional y sesgada.

3.2 Objetivos de la investigación:

Los objetivos propuestos para la siguiente investigación se dividen en:

Objetivo general:

- Describir cuales son las características de los profesionales de la salud que trabajan con adicciones que predisponen a padecer Burnout

Objetivos específicos:

- Describir el Síndrome de Burnout y su relación con el trabajo en la temática de adicciones.
- Analizar las características de la institución de asistencia en adicciones y establecer si las mismas influyen en la aparición del Burnout..
- Describir variables socio-demográficas (como edad, género, etc.) de los profesionales y determinar si predisponen a padecer Burnout.

3.3 Preguntas de investigación

Esta investigación pretende responder las siguientes preguntas:

- ¿Los profesionales que trabajan en los centros preventivos y asistenciales de adicciones tienen predisposición a adquirir Síndrome de Burnout?

- ¿Cuáles son las variables institucionales que influyen en la aparición del Síndrome de Burnout de los profesionales que trabajan en adicciones?

3.4 Supuestos de investigación

Los formulados son los siguientes:

1. Al tratarse de una temática compleja y con un alto nivel de recaídas se espera que los profesionales de la salud presenten alguna de los tres factores del Síndrome de Burnout.
2. Debido a que en las Instituciones seleccionadas solo se trabaja con la temática de adicciones, es posible que sus características y su modo de trabajo influyan en la aparición del Síndrome de Burnout.
3. Por expectativa de género se espera que las mujeres se involucren mas con el tratamiento de sus pacientes y esto genere en ellas mayor tendencia a padecer Síndrome de Burnout que los varones.
4. Los profesionales que tienen mas años de antigüedad trabajando en la institución tienen mayor tendencia a presentar Burnout.
5. Los profesionales que realizan actividades físicas y de ocio tienen menos tendencia a presentar Burnout.

3.5 Diseño de investigación

Se trata de una investigación *no experimental*, dada la imposibilidad de asignar aleatoriamente a los sujetos a condiciones específicas y de manipular las variables independientes. Es decir, consiste en la observación de ciertos fenómenos tal y como se dan

en su contexto natural, no provocados intencionalmente por el investigador, para analizarlos posteriormente (HernandezSampieri, R., 1998: 184).

Es una investigación dónde no se hace variar intencionalmente las variables independientes. El investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Otra característica de este tipo de investigaciones es que no hay una asignación al azar de los sujetos, sino que, al momento de la recolección de datos, éstos ya pertenecen a un grupo o nivel determinado de la variable a considerar. Lo que se hace es analizar y sacar conclusiones de la información que se recolecta de características preexistentes.

Además es un diseño de investigación *transversal*, dado que hemos medido el nivel de ciertas variables en un momento determinado, sin involucrar el seguimiento de éstas en el tiempo (Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista P., 1998).

El objetivo de la misma es describir una población determinada en un momento dado, y establecer diferencias y relaciones entre los distintos grupos que componen la población.

3.6 Tipo de estudio

La investigación realizada es de *carácter descriptivo* (Hernández Sampieri, R. et al. 1998).

Tiene como propósito indagar sobre la incidencia y valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir, en un grupo de personas u objetos, una/s variable/s y proporcionar su descripción. Permiten tener un panorama de las mismas en un determinado momento.

Por lo tanto, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas de forma independiente, con el objetivo de describir lo que se está investigando. Para ello, el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo lograr precisión en esa medición.

3.7 Procedimiento:

Dentro de este apartado se contemplarán los procesos por medio de los cuales se seleccionaron la organización y el grupo de sujetos que participaron en la investigación, sus características y el modo en que se procedió para la recolección de los datos.

La selección de quienes participaron en el estudio fue intencional, es decir, que los sujetos fueron elegidos de acuerdo a las necesidades de la investigación; careciendo de representatividad y de posibilidades de generalizar los resultados a otras organizaciones o empresas.

El contacto con los sujetos participantes fue posibilitado luego de haber obtenido el consentimiento de cada coordinador de los Centros Preventivo y Asistencial de Adicciones para realizar la investigación. Previo a la aplicación del instrumento de evaluación se aclaró que la participación era voluntaria y luego se procedió a dar una breve explicación del objetivo de mi investigación para aplacar las ansiedades existentes en los individuos.

La administración del instrumento fue individual, ya que los horarios de los encuestados no coincidían para realizarla de manera colectiva. La técnica ha sido auto-administrada. Es decir, se les proporciona directamente a los respondientes, quienes las contestan luego de una breve explicación. No hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos mismos. Para concluir, se agradeció a cada sujeto su colaboración en la investigación.

3.8 Descripción de la muestra:

“La muestra utilizada es no probabilística de carácter intencional, es decir, que los participantes fueron seleccionados por poseer características de interés para la investigación. La elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador”(Hernández Sampieri, et al. 1998).

Entonces, las conclusiones a las que se llegan son válidas sólo para los sujetos que han sido investigados, no pueden generalizarse al resto de la población.

Los sujetos que participaron de la investigación son profesionales de distintas disciplinas como Psicólogos, Asistente Social, Lic. En minoridad y Familia, Operadores

terapéuticos, Psiquiatras que trabajan en los CPAA de la Provincia de Mendoza. La aplicación de la técnica se llevó a cabo en el contexto de trabajo de los entrevistados.

La muestra objeto del estudio quedó compuesta por un total de 30 profesionales, 11 de sexo masculino y 19 de sexo femenino, que se encuentran entre los 25 y los 61 años de edad.

3.9 Instrumentos:

Se considera que un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en su mente (Hernández Sampieri, R., et al., 1998).

El instrumento que se utilizará en este trabajo está definido como cuestionario e inventario estandarizado.

Respecto al alcance de la información, una vez analizado e interpretado los datos, es posible hablar de relaciones, diferencias y similitudes, aunque no de causación ni influencias. Estos están compuestos por preguntas cerradas a las que el sujeto sólo puede contestar eligiendo una de las opciones que se le presentan. Contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas. Es decir, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuesta y ellos deben circunscribirse a ellas. (León y Montero, 1993)

Las preguntas cerradas son fáciles de codificar y preparar para su análisis. Asimismo, estas preguntas requieren de un menor esfuerzo para responderlas por parte de los sujetos a los que se les administra porque no tienen que escribir o verbalizar pensamientos, sino simplemente marcar la alternativa que describa mejor su respuesta. Responderlo toma menos tiempo que contestar uno con preguntas de tipo abiertas.

Se considera importante la utilización de esta técnica como una forma de operacionalizar un determinado problema, a través de la formulación de una serie de afirmaciones que, respondidas por los sujetos seleccionados, permite investigar el problema y verificar las hipótesis.

Una ventaja del uso del cuestionario, señalada por Sierra Bravo, es la de brindar una mayor libertad en las respuestas, ya que posibilita mantener el anonimato del sujeto entrevistado, permitiendo además un mayor tiempo de reflexión antes de responder. (p. 101)

Además, este tipo de técnicas permiten reducir el riesgo de distorsiones que se producen muchas veces como consecuencia de las influencias provenientes del entrevistador (aspecto personal, juicios, etc.).

Para cumplir con los objetivos propuestos, se empleó como instrumento de medición:

- MBI - Inventario Burnout de Maslach
- Entrevista cerrada.

3.9.1 El Maslach Burnout Inventory (MBI):

3.9.1.1. Características

Es un Inventario auto-administrado, constituido por 22 ítems, valorados con una escala de tipo Likert, que expresan afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los que reciben su servicio. Dicho inventario fue desarrollado por Maslach y Jackson (1981), y su versión en castellano ha sido empleada por diversos profesionales de la salud mental. Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

Originalmente, los elementos del MBI se diseñaron para medir hipotéticos aspectos del Síndrome del Estrés Laboral Asistencial. La entrevista y los datos de cuestionarios fueron la base en los primeros estudios exploratorios de las actitudes y los sentimientos que caracterizan a los trabajadores “quemados”.

Los elementos del MBI están redactados en una forma directa para expresar sentimientos o actitudes personales, y su versión definitiva pasó por unas fases experimentales que duraron ocho años.

La estructura tridimensional se ha replicado en numerosas ocasiones y a partir de ella, se han definido las escalas o variables del “sujeto quemado”. Son las siguientes:

- *Cansancio Emocional (CE)*: Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo: el elemento con

mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento: “*Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo*”.

- *Despersonalización (DP)*: Los elementos de esta escala describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional.

Tanto en ésta como en la escala anterior, los profesionales con puntuaciones altas representan grados elevados de vivencia del Síndrome del Estrés Laboral Asistencial. Se observan pequeñas correlaciones entre ambas dimensiones, es decir, aunque son medidas separadas, están relacionadas y se presentan como aspectos del síndrome.

- *Realización Personal (RP)*: Esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome; pero es independiente de ellas y sus elementos no tienen pesos negativos en ellas. La variable puede ser considerada como lo opuesto al Cansancio Emocional y a la Despersonalización. Sin embargo, se observan correlaciones bajas con las otras dos escalas.

3.9.1.2. Normas generales

Es un instrumento que puede ser administrado de forma individual o colectiva, ya que es autoaplicable. El instrumento no tiene tiempo limitado, pero la mayoría de los sujetos demora entre 10 y 15 minutos en completarlo.

Los esfuerzos del examinador deberían dirigirse a minimizar los sesgos de respuesta con la ayuda de:

- *Carácter privado*: El encuestado debe sentirse completamente libre, no fiscalizado por otros, al momento de responder. No es aconsejable entregar los ejemplares para ser cumplimentados en otros momentos o en el hogar.
- *Confidencialidad*: Si fuera posible, se debería contestar de modo anónimo. De no ser posible se recomienda utilizar algún sistema de códigos.

- *Sensibilidad previa:* Se debería evitar que las creencias personales sobre el síndrome de estrés laboral asistencial afecten las respuestas. Por ello es que no se han empleado estos términos en el ejemplar, y en su lugar se refieren a las actitudes de las personas y profesionales ante su trabajo.

Es importante que el examinador enfatice la importancia de la sinceridad a la hora de responder y que se cumplimenten todos los elementos.

3.9.1.3. Obtención de puntuaciones

La puntuación en las escalas del MBI corresponde al resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia (0 - 6) anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas.

Los elementos 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 conforman la escala de *Cansancio Emocional (CE)*.

Los elementos 5, 10, 11, 15 y 22 conforman la escala de *Despersonalización (DP)*.

Los elementos 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 conforman la escala de *Realización Personal (RP)*.

CUADRO 4: Composición de las escalas del MBI

ESCALAS	ELEMENTOS	PUNTUACIÓN MÁXIMA
Cansancio Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	30
Realización Personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

3.9.1.4. Validez

La definición básica de un índice de validez es el grado en que el instrumento mide lo que dice medir. En el caso de un test de conocimientos o un test aptitudinal, esa apreciación es fácil y se puede hacer directamente definiendo con claridad un criterio objetivo. Pero no ocurre así cuando se trata de la medida de una característica de personalidad.

Es importante tener presente que el Cansancio Emocional como la Despersonalización apuntan a un mayor estrés ocupacional, mientras que la escala de Realización Personal tiene una incidencia inversa en el síndrome. *El perfil del síndrome debería tener unos apuntamientos de “+ + -”; es decir, puntuación alta en CE y DP, y baja en RP.*

Debido a que las puntuaciones directas obtenidas en la fase de corrección y puntuación no son interpretables por sí mismas, es decir que no tienen significación por su valor absoluto, es imprescindible transformarlas en valores o escalas de significación universal que sitúan las puntuaciones del sujeto en relación con las obtenidas por ese grupo normativo.

Es factible la utilización de las tablas de Baremos, las cuales han sido construidas sobre una muestra normativa, permitiendo la conversión de las puntuaciones directas en dos escalas de valor universal: la de los centiles, escala ordinal que va desde 1 a 99. (ver apéndice 1)

Para la interpretación de los resultados del MBI, tomaremos como referencia el criterio establecido por las autoras C. Maslach y S. E. Jackson que consiste en una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados.

Teniendo como punto de mira el síndrome que mide el MBI:

Categoría Baja: 1 – 33

Categoría Media 34 – 66

Categoría Alta: 67 – 99

3.9.1.5. Fiabilidad:

Se considera que el MBI es un instrumento con alta fiabilidad debido a que las múltiples investigaciones realizadas posibilitan que al repetirse el estudio se obtengan los mismos resultados, al tiempo que se reconoce la importancia de que todo el proceso en su conjunto haya estado bajo condiciones de control.

3.9.2 Entrevista estructurada

3.9.2.1 Definición

La entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y es, por lo tanto, una técnica de investigación científica de la psicología. En cuanto técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no sólo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica. Esta doble faz de la técnica tiene especial gravitación en el caso de la entrevista porque identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador y de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. Y todo esto en un proceso ininterrumpido de interacción. (Bleger, 1985)

Bleger (1985) plantea que:

En la consideración de la entrevista psicológica como técnica, se incluyen dos aspectos: uno es el de las reglas o indicaciones prácticas de su ejecución, y el otro la psicología de la entrevista psicológica, que fundamenta a las primeras. En otros términos, incluimos la técnica y la teoría de la técnica de la entrevista psicológica. Circunscripta de esta manera, la entrevista psicológica es el instrumento fundamental del trabajo no sólo para el psicólogo, sino también para otros profesionales (psiquiatra, asistente, trabajador social, sociólogo, etc.). (p. 39)

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol, y el otro - o los otros - necesitan de su intervención técnica. Pero es un punto fundamental que el técnico no sólo utiliza en la entrevista sus conocimientos psicológicos para aplicarlos al entrevistado, sino que esta aplicación se produce precisamente a través de su propio

comportamiento en el curso de la entrevista. La entrevista psicológica es entonces una relación entre dos o más personas en la que éstas intervienen como tales. Para subrayar el aspecto fundamental de la entrevista se podría decir, de otra manera, que ella consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. De ese saber y de esa actuación según ese saber depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista (investigación, diagnóstico, orientación, etc.).

De esta teoría de la entrevista derivan algunas orientaciones para su ejecución. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino en obtener datos completos de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos aplicando nuestra función de escuchar, pero también nuestra función de vivenciar y observar, de tal manera que quedan incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado.

3.9.2.2 Tipos de entrevista

La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales: abierta y cerrada. En la segunda, las preguntas ya están previstas, tanto el orden como la forma de plantearla, y el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones. En la entrevista abierta, por el contrario, el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular. La entrevista cerrada es en realidad un cuestionario, que toma contacto estrecho con la entrevista en cuanto que un manejo de ciertos principios y reglas de la misma facilita y posibilita la aplicación del cuestionario. (Bleger, 1985)

Otra forma de distinguir diversos tipos de entrevista deriva del beneficiario del resultado, con respecto a esto Bleger (1985) las clasifica en:

- a) la que se realiza en beneficio del entrevistado, que es el caso de la consulta psicológica o psiquiátrica; b) la que se lleva a cabo con objetivos de investigación, en la que importan los resultados científicos de la misma; c) la que se realiza para un tercero (una institución). Cada una de ellas implica variables distintas a tener en cuenta, ya que modifican o actúan sobre la actitud

del entrevistador tanto como del entrevistado, y sobre el campo total de la entrevista. Una diferencia fundamental reside en que, exceptuando el primer tipo de entrevista, las otras dos requieren que el entrevistador cree intereses y participación en el entrevistado (que lo “motive”). (p. 41)

Capítulo IV:

Presentación y análisis de resultados

4.1 Introducción al capítulo

En el presente capítulo se procede a realizar un análisis minucioso de los datos obtenidos con la aplicación del MBI MaslachBurnoutInventory y de la entrevista estructurada con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados por esta investigación.

Para ello, se analizarán e interpretarán los datos arrojados por ambos instrumentos en la muestra seleccionada para la presente investigación.

Los datos se presentan en tablas, discriminadas según la variable que se esté analizando en cada caso

Finalmente se integrarán los resultados obtenidos a modo de establecer los parámetros concluyentes de esta investigación.

4.2 Resultados del MBI

Para interpretar los resultados del MBI se toma como referencia el criterio establecido por las autoras C. Maslach y S. E. Jackson, que consiste en una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados.

Tomando como punto de partida el Síndrome que mide el MBI:

1-33	Categoría Baja
34-66	Categoría Media
67-99	Categoría Alta

Para su uso es necesario recordar que altas puntuaciones en las subescalas de Cansancio Emocional y de Despersonalización, y bajas puntuaciones en la subescala de Realización Personal son propias de una persona con el síndrome de Burnout. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de CE y DP, y de altas puntuaciones en la de RP son indicativas de un bajo grado de Burnout.

Con respecto a la variable Burnout se presentarán los resultados divididos por la variable género ya que la tabla de valores estandarizada que se utilizó contiene puntuaciones diferentes para hombres y mujeres. (Ver anexo 1)

Cuadro 5: conversión de las puntuaciones directas de las 3 subescalas a percentiles:

S	CE		DP		RP	
	Punt. directa	Centiles	Punt. directa	Centiles	Punt. directa	Centiles
1	9	20	3	20	37	50
2	11	25	7	50	44	85
3	4	5	0	4	30	20
4	21	98	0	15	34	40
5	3	4	6	50	30	25
6	3	4	6	40	36	45
7	1	3	0	15	44	85
8	18	40	0	15	47	95
9	5	5	0	4	7	1
10	45	97	10	65	35	40
11	33	85	7	50	48	98
12	7	15	0	4	48	98
13	9	20	0	4	41	70
14	35	90	2	25	35	45
15	11	20	1	20	25	10
16	25	65	11	75	21	5
17	27	70	6	50	33	40
18	15	35	12	80	45	90
19	34	90	11	75	41	75
20	14	30	5	45	38	60
21	7	10	1	20	36	50
22	8	15	1	20	38	60
23	7	10	0	15	44	85
24	12	25	0	15	45	90
25	28	75	7	60	20	3
26	23	65	5	35	36	45
27	23	60	12	80	29	25
28	37	95	17	95	29	25
29	18	40	8	65	30	25
30	22	60	6	40	32	30

Cuadro 6: Resultados de las 3 subescalas de los sujetos femeninos que conforman la muestra.

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
CE	8	5	6
DP	9	5	5
RP	7	6	6

En la subescala de Cansancio Emocional (CE) para la parte femenina de la muestra, y dadas las puntuaciones obtenidas, se observa que el 42% obtuvo puntuaciones que se ubican en el rango de la categoría Baja (0 - 33), el 26% se ubica dentro del rango de la categoría Media (34 – 66) y el 32% se encuentra en el rango de la categoría Alta (67 – 99).

En la subescala de Despersonalización se obtuvieron los siguientes resultados: el 48% obtuvo puntuaciones de categoría baja; el 26% obtuvo puntuaciones que se ubican en el rango de categoría Media; y el 26% se ubica en el rango de la categoría alta.

Con respecto a la subescala de Realización personal, el 36% de la muestra se ubica en la categoría Baja, el 32% en la categoría Media; y el 32% en la categoría alta.

Cuadro 7: Resultados de las 3 subescalas de los sujetos masculinos de la muestra.

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
CE	7	2	2
DP	6	5	0
RP	3	4	4

En la subescala de Cansancio Emocional (CE) para la parte masculina de la muestra, y dadas las puntuaciones obtenidas, se observa que el 64% obtuvo puntuaciones que se ubican en el rango de la categoría Baja (0 - 33), el 18% se ubica dentro del rango de la categoría Media (34 – 66) y el 18% se encuentra en el rango de la categoría Alta (67 – 99).

Para la subescala de Despersonalización (DP) se obtuvo que: el 55% de la muestra se ubica dentro de la categoría Baja, y el 45% dentro de la categoría Media. Ningún sujeto de la muestra masculina en este caso se encuentra dentro de la categoría Alta.

Cuadro 8: Resultados correspondientes a las 3 subescalas del MBI de la totalidad de la muestra

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
CE	15	7	8
DP	15	10	5
RP	10	10	10

4.3 Resultados de la entrevista estructurada

Para interpretar los datos obtenidos en la entrevista se analizará ítem por ítem de la entrevista y se presentarán en forma de tabla, para luego realizar la correspondiente interpretación.

Cuadro 9: Resultados generales de la variable “género”

Genero	Cantidad de sujetos
Masculino	11
Femenino	19

Como podemos observar hay una mayoría de mujeres, siendo estas el 65% de la muestra, mientras que el 35% corresponde a los varones.

Cuadro10:Resultados de la variable Edad de la muestra

Rango de edad	Cantidad de sujetos
25 – 35	18
36 – 45	8
46 – 55	3
56 – 65	1

Las edades de los sujetos de la muestra oscilan entre los 25 y los 61 años de edad. El 60% de la muestra se encuentra entre los 25-35 años. El 26% entre los 35-45. El 10% tiene edades comprendidas entre los 45-55 años, y el 4% entre los 55-65.

Cuadro 11:Estado civil de los sujetos de la muestra

Estado civil	Cantidad de sujetos
Soltero/a	21
Casado/a	7
Divorciad/a	2

Hay un predominio de sujetos solteros alcanzando estos el 70% de la muestra. El 24% corresponde a sujetos casados y el 6% a sujetos divorciados.

Cuadro 12:Rol que desempeñan en la institución los sujetos de la muestra

Rol	Cantidad de sujetos
Psicólogo	17
Trabajador social	7
Operador	4
Psiquiatra	2

En la muestra seleccionada según los resultados arrojados el 57% de los sujetos son Psicólogos. El 23% de los sujetos son Trabajadores sociales. Se obtuvo que el 14% son Operadores Terapéuticos y el 6% restante corresponde a los Psiquiatras.

Cuadro 13:Resultados obtenidos según la variable antigüedad de trabajo en la Institución

Antigüedad	Cantidad de sujetos
Menos de 1 año	4
Más de 1 año	4
Más de 3 años	4
Más de 5 años	18

El análisis de la variable antigüedad de trabajo arroja los siguientes resultados: el 13% de la muestra lleva menos de un año trabajando en la Institución, el 13% más de un año, el 13% hace mas de 3 años que trabaja allí, y el 61% de la muestra lleva más de 5 años en la Institución.

Cuadro 14:Resultados de la variable “horas de trabajo por día”

Horas de trabajo	Cantidad de sujetos
5 hs.	18
6 hs.	2
8 hs.	9
12 hs.	1

Según los datos arrojados por el análisis de la Entrevista podemos observar que el 60% de la muestra trabaja 5 horas por día en la Institución. El 6% trabaja 6 horas diarias. El 30% dedica 8 horas al trabajo en la Institución y el 4% trabaja 12 horas diarias.

Cuadro15: Resultados correspondientes al análisis de la variable “conformidad con las condiciones de trabajo”

Conformidad	Cantidad de sujetos
Si	18
No	12

El 60% de la muestra se encuentra conforme con las condiciones de trabajo que se presentan en la Institución, mientras que el 40% no está conforme.

Cuadro 16:Resultados de las respuestas correspondientes a la pregunta de la entrevista “¿Cambiaría algo de la Institución?”

Cambiaría algo	Cantidad de sujetos
Si	28
No	2

Como podemos observar hay un alto porcentaje de sujetos que Si cambiarían algunos aspectos de la Institución alcanzando el 94%, mientras que solo el 6% no cambiaría nada.

Cuadro 17: Resultados obtenidos de la variable “Actividad física y de ocio”

Realiza actividades	Cantidad de sujetos
Si	23
No	7

El análisis de las respuestas arroja que el 76% de los sujetos realiza actividad física y de ocio, mientras que el 24% de los sujetos de la muestra no lleva a cabo ninguna actividad.

Cuadro 18: Resultados obtenidos del análisis de la variable “Relación con los compañeros de trabajo”

Relación	Cantidad de sujetos
Muy buena	15
Buena	14
Regular	1

Las respuestas para esta variable se distribuyen de la siguiente manera: el 50% tiene una relación muy buena con sus compañeros de trabajo. El 46% tiene una relación buena, mientras que solo el 4% tiene una relación regular con sus compañeros de trabajo.

Cuadro 19: Presentación de resultados de las respuestas obtenidas de la variable “Otros trabajos”

Tiene otro trabajo	Cantidad de sujetos
Si	27
No	3

Los resultados muestran una gran diferencia, el 90% de los sujetos tienen otro trabajo aparte del que tienen en la Institución, mientras que solo el 10% tiene como único trabajo el de la Institución.

Cuadro 20: Resultados correspondientes a la variable “Como se siente cuando sale de trabajar”

Como se siente	Cantidad de sujetos
Bien	13
Cansado/a	17

El 44% de los sujetos manifiesta sentirse bien al finalizar la jornada laboral, mientras que el 56% respondió sentirse cansado al salir de trabajar.

Cuadro 21: Resultados de las respuestas correspondientes a la variable “Satisfacción con el trabajo que realiza”

Se siente satisfecho	Cantidad de sujetos
Si	25
No	5

Los resultados muestran que el 84% de los sujetos entrevistados se sienten satisfechos con el trabajo que realizan en la institución, mientras que el 16% contestó no sentirse satisfecho.

Cuadro 22:Resultados del análisis de la variable “Resulta frustrante la temática adicciones”

Le resulta frustrante	Cantidad de sujetos
Si	11
No	19

El 37% de los sujetos evaluados respondieron que si les resulta frustrante trabajar con la temática de adicciones. El 63% manifestó no sentirse frustrado por trabajar con dicha temática.

Cuadro 23: Resultados de las respuestas a la pregunta “Cambiaría de trabajo”

Cambiaría de trabajo	Cantidad de sujetos
Si	9
No	21

Los resultados son los siguientes: el 30% respondió que si cambiaría de trabajo. El 70% respondió que no a dicha pregunta.

Cuadro 24:Presentación de los resultados obtenidos respecto a la variable “Ritmo de trabajo”

Ritmo de trabajo	Cantidad de sujetos
Alto	14
Medio	15
Bajo	1

Con respecto a esta variable el 46% de los sujetos tiene un ritmo de trabajo alto, el 50% trabaja a un ritmo medio y el 4% trabaja a un ritmo bajo.

Cuadro 25: Resultados obtenidos de la variable “grado de atención que requiere e trabajo”

Grado de atención	Cantidad de sujetos
Alto	21
Medio	8
Bajo	1

Podemos observar que la mayoría de los profesionales respondieron que deben trabajar con un grado de atención alto, alcanzando esta respuesta el 70% de la muestra; El 27% de los sujetos respondieron que su trabajo requería un grado de atención medio, y el 3% respondió la opción de grado de atención bajo.

Cuadro 26: Datos obtenidos de la pregunta “¿Cuenta con un equipo para tomar decisiones?”

Cuenta con un equipo	Cantidad de sujetos
Si	28
No	2

De la muestra seleccionada el 94% respondió que si cuenta con un equipo para tomar decisiones en su trabajo, mientras que el 6% refirió con contar con dicho equipo.

Cuadro 27: Resultados correspondientes a la pregunta ¿Los valores que se privilegian en la institución coinciden con los de su vida personal?

Coinciden valores	Cantidad de sujetos
Si	23
No	7

Del análisis de las respuestas que dio la muestra en esta pregunta podemos determinar que el 76% manifestó sentir que si coinciden los valores de la Institución con los de su vida personal, mientras que el 24% respondió de forma negativa a esta pregunta.

Cuadro 28:Presentación de resultados correspondientes a la pregunta ¿Traslada problemas laborales a su casa?

Traslada los problemas	Cantidad de sujetos
Si	7
No	23

Con respecto a esta pregunta el 23% respondió de forma afirmativa, y el 77% respondió no trasladar los problemas laborales a su casa.

Cuadro 29: Resultados obtenidos de la pregunta “A causas de su trabajo ¿Se agota emocionalmente?”

Se agota emocionalmente	Cantidad de sujetos
Si	10
No	20

De las respuestas que dio la muestra a dicha pregunta, el 33% respondió que si se agita emocionalmente a causa de su trabajo, mientras que el 67% respondió de forma negativa.

Cuadro 30: Presentación de las respuestas obtenidas en base a la pregunta “Desde que está en la Institución ¿ha presentado problemas de salud?”

Problemas de salud	Cantidad de sujetos
Si	9
No	21

De las respuestas obtenidas podemos observar que el 70% de los sujetos no ha presentado problemas de salud desde que trabaja en la institución. El 30% respondió que si ha tenido problemas de salud. A su vez de estos sujetos que respondieron de forma afirmativa, el 20% respondió que estos problemas de salud si le han impedido asistir a su trabajo.

Capítulo V:

Conclusiones

5.1 Introducción al capítulo

En el presente capítulo se quiere dejar mención a los datos más importantes observados para que no se pierdan en el detalle de datos puesto en el análisis de información.

Las conclusiones como momento de cierre del proceso, y de reflexión sobre los datos encontrados, me guía necesariamente a reconsiderar los objetivos planteados a partir de los cuales se fue construyendo esta investigación, intentando responder a los mismos, y también permitir un espacio para pensar nuevas líneas de investigación que la realización de esta tesina me despertó.

Es importante aclarar que las conclusiones son un recorte que como autora opte por tomar como eje de este trabajo. Además se tendrá en cuenta el criterio de reconocer las tendencias, es decir, aquellas puntuaciones que sin ser concordantes con los criterios de la escala se aproximan a ellas.

5.2 Conclusiones

Partiendo de lo que plantean las autoras del MBI, una persona con Síndrome de Burnout debería tener puntuaciones Alta en la subescala de Cansancio emocional (CE) y en la de Despersonalización (DP), y una puntuación Baja en la subescala de Realización Personal (RP). Teniendo en cuenta este criterio, de los 30 sujetos de la muestra, solo uno presenta estas puntuaciones.

- **Supuesto de investigación 1: “Al tratarse de una temática compleja y con un alto nivel de recaídas se espera que los profesionales de la salud presenten alguno de los tres factores del Síndrome de Burnout”**

En relación a las subescalas los datos mas relevantes son:

En las subescalas de Cansancio emocional (CE) y Despersonalización (DP) la mitad de la muestra registro puntuaciones medias y altas.

En la subescala de Realización personal (RP) 20 de los 30 sujetos registraron puntuaciones medias y bajas.

Por lo tanto podemos confirmar el supuesto de investigación planteado ya que la mayor parte de la muestra presenta al menos un criterio de Síndrome de Burnout.

- **Supuesto 2: “Debido a que en las Instituciones (CPAA) solo se trabaja con la temática de adicciones es posible que sus características y su modo de trabajo influyan en la aparición del Síndrome de Burnout”.**

Los datos mas relevantes a tener en cuenta para evaluar este supuesto de investigación son:

Frente a la pregunta realizada en la entrevista si cambiarían algo de la institución, 28 sujetos, es decir el 94% de la muestra, respondió de manera afirmativa. Entre las cosas que cambiarían, la mayoría hacia referencia al espacio físico y a la falta de recursos que tienen para llevar a cabo su trabajo.

Por otro lado es importante tener en cuenta que un gran porcentaje de la muestra (90%) trabajan en la institución entre 5 y 8 horas, los cuales refirieron sentirse cansados cuando salen de trabajar.

Al analizar estos datos podemos concluir que las características de la Institución si pueden influir en la aparición de Síndrome de Burnout en los profesionales que brindan sus servicios allí.

Igualmente no se puede dejar de tener en cuenta que a pesar de esto existe en general una muy buena relación entre los compañeros de trabajo, y cuentan con un equipo para trabajar y tomar decisiones, lo cual favorece a que si bien gran parte de los sujetos de la muestra cambiarían muchos aspectos de la Institución, si tuviesen la posibilidad no cambiarían de trabajo.

- **Supuesto 3: “Por expectativa de género se espera que las mujerejes se involucren mas con el tratamiento de sus pacientes y esto genere en ellas mayor tendencia a padecer Síndrome de Burnout que los varones”**

Según los resultados obtenidos podemos concluir que las mujeres si tienen mayor tendencia a presentar indicadores de Síndrome de Burnout, ya que de las 19 mujeres de la

muestra 11 presentan puntuaciones medias y altas en las subescalas de CE y DP, y 13 presentan puntuaciones bajas en la subescala de RP. Mientras que en la parte masculina de la muestra predominan puntuaciones bajas en Cansancio Emocional y Despersonalización y puntuaciones altas en Realización Personal.

- **Supuesto 4: “Los profesionales que tienen mas años de antigüedad trabajando en la institución tienen mayor tendencia a presentar Burnout”**

Un dato relevante a tener en cuenta para abordar esta conclusión es que el 61% de la muestra lleva más de 5 años trabajando en la Institución. Además un dato que no puede dejar de mencionarse es que el 84% de los sujetos refieren sentirse muy satisfechos con el trabajo que realizan.

Por lo tanto podemos concluir que el factor “Años de antigüedad en la Institución” no es influyente en la aparición del Síndrome de Burnout.

- **Supuesto 5: “ Los profesionales que realizan actividades físicas y de ocio tienen menor tendencia a presentar Burnout”**

Como mencionamos anteriormente si bien la mayoría de los sujetos de la muestra presenta algunos de los 3 indicadores del Síndrome de Burnout, solo uno de los 30 presenta el síndrome propiamente dicho (CE alto, DP alto, RP bajo).

De los sujetos evaluados el 76 % (23 sujetos) respondieron que si realizan actividades físicas o de ocio. Por lo tanto, el hecho de realizar alguna actividad placentera, que no tenga que ver con el trabajo, disminuye las posibilidades de padecer Síndrome de Burnout.

5.3 Otros datos a tener en cuenta.

5.3.1 En cuánto a si existen diferencias significativas entre sexo, edad, estado civil, etc. y nivel de burnout. Se observó lo siguiente:

Sexo: Del total de la muestra el 65% es de sexo femenino y el 35% es de sexo masculino. Se pudieron observar diferencias significativas en esta variable y se confirmó la hipótesis planteada por la autora.

Edad y desgaste profesional: La media de edad es de 35 años, presentando un rango de edades entre 25 y 61 años. Como mencionamos anteriormente el 61% de la muestra lleva más de 5 años trabajando en la Institución. En la presente investigación se pudo apreciar que algunos de los profesionales más jóvenes de edad presentan puntuaciones medias y altas en Cansancio emocional y despersonalización; y los profesionales de mayor edad y años de antigüedad presentan puntuaciones bajas en ambas escalas y altas en Realización personal. Por lo que se puede afirmar que a más años ejerciendo la profesión es menos probable la experiencia de Burnout. Otro punto a pensar es que los profesionales más jóvenes comienzan a trabajar con expectativas más altas en su inserción laboral por lo que los niveles de tolerancia a la frustración son menores.

Estado civil: Del total de la muestra el 70% de los sujetos son solteros, el 24% son casados, y el 6% son divorciados. De acuerdo a los resultados obtenidos no se obtuvieron diferencias significativas entre ellos por lo que en esta investigación, el estado civil no parece influir en el Burnout.

Si bien resulta llamativo el porcentaje de sujetos solteros, en este caso particular no se tendrá en cuenta ya que de los 30 sujetos, 18 se encuentran entre los 25 y los 35 años de edad, y en la actualidad la edad promedio de casamiento oscila entre los 32-33 años.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM IV*. Barcelona: Ed. Masson.
- Alcantud, F (2004). *Burnout, un nuevo nombre para un viejo problema*. Recuperado de <http://acceso.uv.es/Gandia/Burnout.pdf>.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de prevención de la drogodependencia*. Ministerio del interior. Imprenta nacional del boletín oficial del estado. Madrid.
- Becoña Iglesias, E.; Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Gobierno de España.
- Calabrese, A. (2007). *Una visión actual sobre los modelos preventivos*. FAT, publicaciones técnicas del fondo de ayuda toxicológica.
- Casado, V; Arauzo Palacios, D. (2004). *Intervención de drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas*. Adicciones. Vol. 16, num 3 (225-234)
- Castillo, S. (2001). *El síndrome de Burnout o síndrome de agotamiento profesional*. Medicina legal de Costa Rica. Pág 35-43
- Castro, R. (2005). *Síndrome de Burnout o desgaste profesional. Breve referencia a sus manifestaciones en profesores universitarios*. Anuario 28. - Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Cymerman, P. (2001). Redes y políticas de reducción de daños. *Revista Ensayos y Experiencias*, n° 39, 3-9. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/trabajo/volumen>
- Dirección nacional de salud mental (2011). *Normativa nacional en políticas sanitarias de prevención y lucha frente al consumo excesivo de alcohol*. Ministerio de salud de la nación. Presidencia de la nación.
- Garces, E. (2003). *Instrumentos de medida del Burnout y aspectos metodológicos asociados*. Recuperado de <http://abacolombia.org.co/burnout>

- Gil-Monte, P. (2002). *El síndrome de quemarse por el trabajo: aproximaciones teóricas para su explicación y recomendación para la intervención*. Recuperado de <http://www.pycolegio.com/articulos/ar.pgrl.htm>.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4° ed.). México. Ed. McGraw-Hill.
- Huertas, M. (2005). *Aproximación a la dinámica riesgos- autocuidados en equipos de operadores sociales*. *Psyche*, 2 (14), 133-147.
- León, G., Montero, I. (1993). *Diseño de investigaciones, introducción a la lógica de investigación en psicología y educación*. Madrid. Ed. McGraw Hill.
- Luque Ramos, P.; Gomez Delgado, T. y Cruces Montes, S. (2000) *El Trabajo: Fenómeno Psicosocial*. Ed: McGraw Hill, cáp. 10, pág. 147-162.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Síndrome de Burnout. *Josburnout Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
Recuperado de <://www.eumed.net/ce/2010b/tstr.htm>
- Mena, L. (2006). *El impacto del clima organizacional en los niveles de Burnout en profesores de enseñanza media de liceos fiscales de la comuna de Santiago de Chile*. Universidad de Granada. España.
- Monteiro, M. (2008). *Alcohol y atención primaria en salud. Informaciones, clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Organización Panamericana de la salud. Washington.
- Moreno, B. (2008). *La evaluación del desgaste profesional (burnout) en el ámbito médico*. *Jano: Medicina y humanidades*, 17-43.
- Moriana, J. & Herruzo, J. (2004). Estrés y Burnout. *International journal of clinical and health psychology*, Recuperado de http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/27/08_ensayo_dimensiones.pdf
- Nallim, F. (2009). Burnout. Disponible en: <http://www.gerontogeriatría.org.ar>
- National Institute on Drug Abuse (2004). *Los principios de la prevención*. EEUU. Disponible en www.drugabuse.gov

- Páramo, M.A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Plan provincial de adicciones (2008). *Centros preventivos asistenciales de adicciones*. Ministerio de salud. Gobierno de Mendoza.
- Plan Provincial de Adicciones (2011). *Efectividad en la etapa de admisión en los centros preventivos asistenciales en adicciones en función a estadios y procesos de cambio y perfil sociodemográfico*". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.
- Plan Provincial de Adicciones (2011). *Atención Primaria en Salud ante el consumo problemático de drogas*. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.
- Pemjean, G. (2009). *Detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y drogas en la atención primaria*. Ministerio de salud. Gobierno de Chile.
- Quintana, C. (2005) *El síndrome de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave*. Psykhe, 1 (14), 55-68.
- Puentes, M. (2004). *Tú droga, mi droga, nuestra droga. Cómo entender y qué hacer frente a la problemática de la drogadicción*. Bs As, Argentina: Lugar editorial.
- Touze, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas*. Buenos Aires. Ed. Troquel.
- Prochaska, J; Di Clemente,C (1998). *Procesos de Cambio. Proceso Terapéutico de Cambio*. Recuperado de http://virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre2/Reinsercion/Modelo_Trans teorico_Prochaska_y_Diclemente.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: Tabla de Baremos Burnout

Puntaciones directas									
	VARONES			MUJERES			TOTAL		
Pe	CE	DP		CE	DP	RP	CE	DP	S
	RP						RP		
99	51-54	24-30	-	43-54	23-30	-	45-54	24-30	97
							-		
98	47-50	22-23	48	42	21-22	48	44	22-23	91
							-		
97	45-40	21	-	40-41	20	-	42-43	20-21	87
							48		
96	43-44	20	-	39	19	-	41	19	85
							-		
95	41-42	18-19	47	36-38	17-18	47	38-41	18	83
							47		
90	36-40	16-17	45-	34-35	15-16	45-46	34-37	15-17	76
	46						46		
85	33-35	15	44	31-33	13-14	44	32-33	14	44-
							45		71
80	30-32	13-14	43	29-30	12	43	29-3	12-13	67
							43		
75	28-29	12	42	28	11	41-42	28	11	63
							42		
70	26-27	11	41	26-27	10	40	26-27	10	60

							41		
65	23-25	10	40	25	8-9	39	24-25	9	58
							40		
60	21-22	9	39	23-24	7	38	22-23	8	55
							39		
55	20	8	38	22	-	37	21	7	52
							38		
50	19	7	37	21	6	36	19-20	-	50
							37		
45	17-18	-	36	19-20	5	35	18	6	35-48
							36		
40	16	6	35	17-18	4	33-34	16-17	5	45
							34		
35	14-15		5	15-16	3	32	14-15	-	42
	34						33		
30	12-13	4	32-	14	-	31	13	4	40
	33						32		
25	11	-	31	12-13	2	29-30	11-12	3	30-37
							31		
20	9-10	3	29-	10-11	1	28	10	2	33
	30						29		
15	7-8	2	27-	8-9	0	26-27	8-9	-	26-29
	28						28		
10	6	1	24-	7-6		24-25	6-7	1	24-21

	26						25			
5	4-5	-	21-	4-5		21-23	4-5	-	21-	17
	23						23			
4	3	0	20	3		-	3		0	15
							20			
3	2		19	0-2		19-20	2			12
							19			
2	1		13-			17-18	0-1		16-	9
	18						18			
1	0		0-			0-16			0-	3
	12						15			
N	530	530	530	580	580	580	1.138		1.138	N
							1.138			

ANEXO 2: Significación de los 7 puntos de la escala

Nunca	0
Pocas veces al año o menos	1
Una vez al mes o menos	2
Unas pocas veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Pocas veces a la semana	5
Todos los días	6

ANEXO 3: Cuestionario MBI

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis							

	pacientes.							
8	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							

21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

ANEXO 4: Entrevista Estructurada

Edad:.....

Sexo:.....

Estado civil.....

Rol que desempeña en la institución:.....

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución?.....

¿Cuántas horas trabaja por día?.....

¿Se siente a gusto con las condiciones de trabajo?

¿Cambiaría algo de la institución?.....

.....

¿Realiza actividades de ocio? SI NO ¿Cuál?.....

¿Realiza actividad física? SI NO ¿Cuál?.....

¿Cómo es su relación con sus compañeros de trabajo? Muy buena..... Buena..... Regular.....

¿Tiene otro trabajo fuera de la institución?.....

¿Cómo se siente cuando sale de trabajar?.....

¿Se siente satisfecho con el trabajo que realiza?

¿Le resulta frustrante trabajar con la temática de adicciones? SI NO

Si tuviese la posibilidad ¿Cambiaría de trabajo? SI NO

Su puesto requiere trabajar a un ritmo... ALTO MEDIO BAJO

Su puesto demanda un grado de atención... ALTO MEDIO BAJO

¿Cuenta con un equipo para tomar decisiones? SI NO

¿Los valores que se privilegian en la institución coinciden con los de su vida personal? SI NO

¿Traslada los problemas laborales a su casa?

A causa de su trabajo... ¿se agota emocionalmente? SI NO

Desde que está en la institución ¿ha presentado algún tipo de problemas de salud? si/no

Respuesta afirmativa: ¿de que forma lo ha solucionado?

¿Le ha impedido asistir a su trabajo? SI NO