

**Condiciones y medio ambiente de trabajo y burnout: la salud de los
trabajadores del primer nivel de atención en salud que se desempeñan
en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.**

INFORME FINAL

Autoras: Lics. Florencia Vissicchio y Manuelita Diez

Directora: Mg. María Pía Pawlowicz

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL	3
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE PORTUGUÉS	3
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE EN INGLÉS	4
INTRODUCCIÓN	5
Objetivos	7
Tipo de diseño	8
Universo y muestra	8
Fuentes e instrumentos	9
Análisis	10
RESULTADOS	10
1. Datos sociodemográficos	10
2. Principales características de las CyMAT de los trabajadores de APS	10
3. Las CyMAT de los trabajadores/as como determinantes del desarrollo del síndrome de burnout	13
a. El fenómeno de cansancio emocional como correlato de la escasez de recursos	17
b. El fenómeno de la despersonalización como respuesta a la sobrecarga laboral	18
c. El contacto con los/as beneficiarios/as/ y el desgaste físico y psíquico como propiciador del abandono de la realización personal	19
4. Factores del Burnout	20
5. Consecuencias del Burnout	22
6. El consumo de sustancias legales	24
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO	29
TABLAS	29
GRÁFICOS	30

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL

Resumen

El Síndrome de Burnout (BO) es una entidad clínica caracterizada por un estrés crónico propio de los profesionales de servicios humanos. Esta investigación se propuso describir la relación entre las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) en el Primer Nivel de Atención en Salud (APS) en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y el desarrollo en sus trabajadores/as de este síndrome. La metodología fue de tipo cualitativa y el diseño descriptivo y se estudió una muestra constituida por 100 trabajadores/as de APS que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, a través de la administración del Inventario de burnout.

La investigación se ha basado en que salud y trabajo se constituyen como procesos complejos, vinculados dialécticamente que se determinan recíprocamente y que por ello las CyMAT pueden desencadenar procesos saludables o procesos deteriorantes.

Entre los resultados obtenidos se halló un nivel de afectación del síndrome de BO y de los factores del BO similares para el total de trabajadores/as: del 40% y del 30% en los niveles medio-alto y alto, respectivamente. Además, el 65% padecía consecuencias del mismo a nivel físico, psíquico y social y el 88% consideró que existe vínculo entre el malestar laboral y el consumo de sustancias legales. Los procesos de deterioro a nivel de la salud de los/as trabajadores/as se desarrollan en un contexto de déficits de insumos, falta de recursos humanos y derrumbe edilicio resultado de la precarización en las políticas públicas en Salud, las cuales pauperizan las condiciones de contratación y exponen a los/as trabajadores/as a situaciones de sobrecarga laboral. A estas situaciones los/as trabajadores/as responden con mecanismos compensatorios y estrategias de afrontamiento.

Palabras clave

Salud, trabajo, burn out, Primer Nivel de Atención en Salud.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE PORTUGUÉS

Resumo

A Síndrome de Burnout é uma entidade clínica caracterizada por um estresse crônico próprio dos profissionais de serviços humanos. Esta pesquisa teve como objetivo descrever a relação entre as condições e o meio ambiente de trabalho (CMAT) no Primeiro Nível de

Atenção em Saúde no âmbito da Cidade de Buenos Aires e o desenvolvimento em seus trabalhadores/as de dita síndrome. A metodologia foi de tipo qualitativa e o desenho foi descritivo, tendo-se estudado uma amostra constituída por trabalhadores/as do Primeiro Nível de Atenção em Saúde que se desempenham no âmbito da Cidade de Buenos Aires, por meio da administração do Inventário de Burnout.

A pesquisa se baseou no fato de saúde e trabalho representarem processos complexos, vinculados dialeticamente e que se determinam reciprocamente, motivo pelo qual as CMAT podem desencadear processos saudáveis ou processos deteriorantes.

Entre os resultados obtidos encontrou-se um nível de afetação da síndrome de BO similar para o total dos trabalhadores/as: de 40% e de 30% nos níveis médio-alto e alto, respectivamente. Além disso, 65% dos pesquisados padecia consequências do mesmo nível físico, psíquico e social e 88% considerou que existe vínculo entre o mal-estar no trabalho e o consumo de substâncias legais. Os processos de deterioro da saúde dos/as trabalhadores/as se desenvolveram em um contexto de escassez de insumos, falta de recursos humanos e decadência edilícia, resultado da precarização das políticas públicas em Saúde, o que depauperou as condições de contratação e expõe os/as trabalhadores/as a situações de sobrecarga de trabalho. A ditas situações os/as trabalhadores/as respondem com mecanismos compensatórios e estratégias de afrontamento.

Palavras-chave

Saúde, trabalho, *burn out*, Primeiro Nível de Atenção em Saúde.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Abstract:

Burnout's syndrome (BO) refers to a clinical entity, a type of occupational chronic stress that occurs within professionals who keep direct and constant relationship with other persons. The aim of this study was to describe the Working Conditions and Environment among Primary Healthcare workers in Buenos Aires City and its relation to the development of the BO in this population group. Qualitative methodology and a descriptive design was selected for this study. A non-probabilistic sample of 100 workers on Primary Healthcare job-positions in Buenos Aires City was selected to complete the Burnout Inventory General Survey.

The research was based on the idea that health and work are dialectically linked in complex processes that determine each other reciprocally and therefore Working Conditions and Environment may cause either healthy or deteriorating processes.

Among the obtained results, a similar level of burnout syndrome and burnout factors affectation was found for the total of Primary Healthcare workers: of a 40% and 30% among upper-middle and upper levels respectively. Also 65% suffered from its consequences on a physical, psychological and social level, and 88% considered there is a connection between workplace discomfort and legal substances consumption. The processes of health deterioration among workers are developed in a context of shortage of supplies, lack of human resources and infrastructural collapse, as a result of the precarious working conditions in public health system and in public policies which impoverish recruitment conditions and expose workers to labour overload. Faced with these situations, workers respond with compensatory mechanisms and coping strategies.

Key words:

Health, work, burnout, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) cada año se producen en el mundo 2.000.000 de muertes como consecuencia de lesiones y enfermedades provocadas por el trabajo, algo más de 5000 muertes por día en gran parte atribuibles a prácticas de trabajo peligrosas. 350.000 de esas muertes cada año son provocadas por accidentes de trabajo. Según el mismo programa de OIT (Safework) el trabajo mata más gente que el alcohol y las drogas juntas y las pérdidas para el Producto Bruto Interno (PBI) son 20 veces superiores a todas las ayudas oficiales destinadas a los países en desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) estima que en América Latina solamente son notificadas entre el 1% y el 5% de las enfermedades profesionales, ya que por lo general solo se tienen en cuenta aquellas que causan una incapacidad sujeta a indemnización; otras no son registradas por falta de reconocimiento de su relación con el trabajo (OPS/OMS, 2001). Asimismo, distintas fuentes coinciden en afirmar que el sector

laboral más expuesto a la violencia laboral es el sector salud. Dentro de él las subpoblaciones laborales que presentan mayor riesgo de violencia laboral son: los trabajadores de emergencias y/o guardias; los trabajadores de enfermería (específicamente, los que realizan tareas directas de atención y cuidados); quienes trabajan con pacientes psiquiátricos y con pacientes con abuso de droga y/o alcohol; los que realizan atención domiciliaria y los que desarrollan sus tareas en efectores de salud ubicados en zonas geográficas con alta tasa de criminalidad y/o con población marginal (Di Martino, V, 2002; Di Martino, 2003; Binder, R.L. y McNiel, D.E., 1994; Bjorkly, S.,1999; Hewitt, J. y Levin, P., 1997 citado en Wlosko y Ros, 2008).

La violencia laboral debe ser pensada en relación con las modalidades que adquiere la organización del trabajo. Es en función de ello que si no se logra considerar el desarrollo de dinámicas de trabajo saludables, se constituye un terreno generador de prácticas de maltrato y violencia (Wlosko y Ros, 2008). Entonces, para comprender la violencia laboral es condición necesaria analizar las modalidades de explotación y gestión de la fuerza de trabajo que instituyó el neoliberalismo y la economía globalizada.

En Argentina hacia los años 90 las políticas neoliberales ocasionaron una apertura indiscriminada de la economía a la globalización, el desmantelamiento y privatización del Estado y el deterioro creciente de los servicios públicos. La base ideológica del neoliberalismo posicionó al ámbito privado como responsable de las actividades ligadas al cuidado de la salud y desligó al Estado como garante y financiador de la salud poblacional (Zaldúa y otros, 2002). En este contexto, los procesos económicos impactaron directamente sobre el sector salud -al igual que en muchos otros sectores que se vieron afectados- y las reformas se caracterizaron por un deterioro de las condiciones de trabajo: sobrecarga laboral relacionada con el incremento de las horas de trabajo como consecuencia de la disminución de los salarios, y con el aumento de la demanda en los hospitales públicos creando condiciones laborales alienantes o propiciadoras de estrés laboral (Zaldúa y otros, 2002).

En consonancia con lo anterior estudio realizado por la OPS/OMS (2012) señala que la problemática de las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores de la salud se ha transformado en los últimos años en una fuente importante de preocupación. Allí se destaca que existe no sólo una falta de información sistemática y permanente respecto de la salud de los trabajadores de la salud sino que hay escasez de estudios, siendo más acentuada la falta de la información en el sector público que en el privado (OPS/OMS; 2012). En la Argentina y en

particular en la Provincia de Buenos Aires existen pocos antecedentes de estudios que integren las categorías trabajo y condiciones de salud.

La salud y el trabajo se constituyen como procesos complejos, vinculados dialécticamente que se determinan recíprocamente (Kohen, 2000; Marx, 1857) y, en ese sentido, las condiciones y medio ambiente de trabajo (desde ahora CyMAT) pueden desencadenar procesos saludables o procesos deteriorantes (Gestal Otero, 1993) que influyen de manera directa en la constitución de lo que Dejours (1992) denomina ideología defensiva del oficio.

El Síndrome de Burnout es una entidad clínica caracterizada por un estrés crónico propio de los profesionales de servicios humanos cuya tarea exige una atención intensa y prolongada con personas en situación de necesidad o de dependencia. La definición en términos de Maslach y Jackson es: “(...) una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar” (Maslach y Jackson, 1982, 96). El síndrome se desarrolla en las siguientes fases:

1. Cansancio emocional (CE): es la consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes. El sujeto siente que ha perdido la energía para trabajar y debe realizar mucho esfuerzo para enfrentar un nuevo día.

2. Despersonalización (DP): es el núcleo del Burnout. Este concepto se refiere al vínculo profesional deshumanizado. La despersonalización es la consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Evita el contacto y se produce una actitud fría, impersonal, con deshumanización de sus relaciones, manifiesta sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias de su trabajo.

3. Abandono de la realización personal (RP): cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto aparece un sentimiento de incompetencia. El sujeto siente que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales.

Objetivos

El objetivo general de este estudio fue: describir la relación entre las CyMAT de los trabajadores/as en el sector de la Atención Primaria de la Salud (desde ahora APS) y el

síndrome de burnout (desde ahora BO) en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Los objetivos específicos fueron: a) caracterizar las CyMAT de los trabajadores/as de APS que se desempeñan en el ámbito de Ciudad de Buenos Aires; b) indagar el modo en que las CyMAT de los trabajadores/as APS que se desempeñan en el ámbito de Ciudad de Buenos Aires promueven en ellos el padecimiento del fenómeno de despersonalización propio del síndrome de BO; c) caracterizar el vínculo que se establece entre las CyMAT en el primer nivel de atención y el desarrollo del fenómeno de cansancio emocional propio del síndrome de BO; d) identificar el vínculo que se establece entre las CyMAT en el sector de la APS y el desarrollo del fenómeno de abandono de la realización personal que caracteriza al síndrome de BO; e) describir el modo en que las CyMAT en el sector de APS inciden en el consumo de sustancias legales por parte de sus trabajadores/as.

Respecto de las hipótesis planteadas, fueron las siguientes:

- Las CyMAT de los trabajadores/as de APS pueden desencadenar procesos deteriorantes o saludables dependiendo de variables subjetivas.
- Las CyMAT de los trabajadores/as de APS producen una ideología defensiva propia del oficio que opera como un factor más en el desarrollo de síndrome del BO.
- El consumo problemático de sustancias legales en trabajadores de APS forma parte de la ideología defensiva del oficio.
- Las condiciones laborales a las que están expuestos los trabajadores/as de APS en la ciudad de Buenos Aires contribuyen al incremento del uso de sustancias legales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

A través de una triangulación metodológica la investigación incorporó técnicas cualitativas y cuantitativas tanto para el relevamiento como para el procesamiento de datos. Se recurrió a un diseño descriptivo, ya que este resultó adecuado al tamaño muestral y permitió delimitar y comprender el fenómeno estudiado (Kerlinger y Lee, 2002) sin alterarlo. Se trató de un estudio sincrónico, ya que consideró a un grupo reducido de trabajadores de APS en un momento socio-histórico dado.

Universo y muestra

El universo acerca del cual este estudio indagó y extrajo conclusiones es el de los/as trabajadores/as de APS que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. La unidad de análisis la constituyen trabajadores/as, y en un nivel contextual se estudiaron las

unidades asistenciales en las que ellos/as se desempeñan. Se configuró una muestra de tipo intencional no probabilística, cuyo tamaño fue de 100 trabajadores/as que se seleccionaron según los siguientes criterios teóricos de inclusión:

- que accediesen voluntariamente a la entrevista, y
- que se desempeñen en APS en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Fuentes e instrumentos

A los efectos de esta investigación se empleó como control de validez el criterio de triangulación de fuentes (Hidalgo, 2005). En este sentido se realizaron entrevistas semiestructuradas atendiendo a la concepción de salud, trabajo y consumo de sustancias legales presentes en el discurso de los/as trabajadores/as.

Además se utilizó el Inventario de BO (citado en Zaldúa et al, 2000) validado en Cuba por Amalia Rivera Delgado (1997). El inventario incluye no solamente las dimensiones del síndrome antes mencionadas (CE, DP, RP) sino también aspectos antecedentes (sub-escala factores del BO que evalúa tarea, tedio y organización) y consecuentes del mismo (sub-escala consecuencias del BO que diferencia entre las consecuencias física, psicológicas y sociales del BO), permitiendo así una aproximación a los factores organizacionales antecedentes que favorecen su aparición como también a los efectos y consecuencias para la salud física, psíquica y emocional de los trabajadores (Moreno-Jiménez, 1997). Los criterios para la interpretación de las puntuaciones definidos por Moreno-Jiménez (citado en Zaldúa, Botinelli y Lenta, 2007) en base a una muestra de N=1565 personas y que fueron utilizados en este estudio son los siguientes:

	Bajo	Medio	Alto
Síndrome de BO	9 a 19	Entre 19 y 29	Más de 29
Factores de BO	9 a 19	Entre 29 a 25	Más de 25
Consecuencias BO	3 a 6	Entre 6 y 8	Más de 8

Por otro lado en tanto fuentes secundarias se consideraron los registros de dos observaciones participantes sistematizadas en el diario de campo de las investigadoras (Fariás, 2008; Denzin y Lincoln, 2008). Esta técnica permitió relevar las condiciones de infraestructura en las que se trabaja en APS y las prácticas cotidianas propias del trabajo.

Análisis

En lo relativo al análisis de los datos, dadas las características del diseño de investigación, una parte del procesamiento, sistematización y análisis de la información se realizó de manera procesual y paralela a la profundización teórica y la recolección de datos. Otra se realizó hacia el final del trabajo de campo a través de la elaboración de una matriz de datos utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RESULTADOS

1. Datos sociodemográficos

La muestra estuvo conformada por 100 trabajadores/as de APS. El 65% de los/as entrevistados/as fueron mujeres y el 35% varones. Sus edades oscilaron entre los 27 y los 58 años, siendo la moda de 30 años (12%) y la media de 36.97 años. El 33% de ellos/as refirió no tener pareja, el 43% convivir con su pareja estable, el 21% tener una pareja estable con la que no convive y el 3% otro estado civil. Además, el 35% de los entrevistados/as refirió tener hijos. Entre los 36 que conviven con ellos/as el 70.4% son mujeres y el 29.6% son varones. Además, el 45.9% de los/as entrevistados/as refirió ser el/la principal responsable de las tareas domésticas mientras que el 40.5% comparte ese trabajo con otros/as familiares y el 13.5% cuenta con una empleada.

En cuanto a la formación, la mayoría (89%) contaba con estudios universitarios completos y un trabajador/a con nivel universitario incompleto, 6 encuestados/as contaban con estudios terciarios completos y entre los encuestados/as restantes un caso refirió tener el secundario completo, otro el secundario incompleto. El 12% reportó también otros estudios -entre ellos, el 10% carreras de posgrado y 2 trabajadores/as con diplomaturas sobre tratamiento y prevención de adicciones-. En relación a la cobertura en salud, el 69% cuenta con obra social, el 28% prepaga y 3 trabajadores/as acuden al sistema público. Dado que el tipo de contratación es un factor que incide sobre el tipo de cobertura en salud, al relacionar estas variables se observó que de los 69 entrevistados/as que tienen obra social el 62.3% (43) están en planta permanente ó en relación de dependencia.

2. Principales características de las CyMAT de los trabajadores de APS

En función de lo planteado por los autores que conceptualizan las CyMAT (Gestal Otero, 1993) consideraremos para nuestro análisis como principales determinantes de la

situación laboral de los/las trabajadores/as las siguientes variables: profesión; antigüedad en la profesión; lugar de trabajo; tipo de contratación; cantidad de horas de trabajo; inversión de dinero para tareas laborales; antigüedad en el puesto; pluriempleo; jerarquía (considerando si percibe remuneración) y tiempo de la jornada en contacto con los/as beneficiarios/as.

Las profesiones a las que se dedican los encuestados/as, se observan en la siguiente tabla (Tabla N°1). Cabe destacar que de 3 docentes encuestados/as, 2 son profesores/as de educación física.

Tabla N°1: Profesión/ocupación de los trabajadores de Salud

Profesión/ocupación	Frecuencia N=100
Lic. en Psicología	32 %
Médico/a	22 %
Lic. en Trabajo Social	16 %
Psiquiatría	6 %
Comunicador/a	5 %
Operador/a en adicciones	5 %
Antropólogo/a	4 %
Profesor/a	3 %
Odontólogo/a	3 %
Otras profesiones	4 %

En relación a la antigüedad en el ejercicio de la profesión, la media es de 8,5 años, presentando el 33% de trabajadores/as entrevistados/as entre 6 y 10 años de antigüedad profesional. En relación con el puesto actual de trabajo en APS, el 63.3% refirió tener entre 1 y 5 años de antigüedad y el 36.7% entre 6 y 10 años. Esto puede deberse a que el 31% de los entrevistados/as eran residentes y/o jefes/as de residentes. Las residencias son un sistema de formación en servicio y en general, están dirigidas a profesionales con menos de 5 años de ejercicio laboral.

Sobre el lugar de trabajo, el 67% de los entrevistados/as refirió trabajar en CESAC, el 18.2% en un programa estatal comunitario de abordaje de consumos problemáticos, el 10.1% en un programa estatal de prevención de consumos problemáticos y 4 trabajadores/as en otros dispositivos territoriales con base en la comunidad. El tiempo dedicado al trabajo es muy variable entre los/las entrevistados/as. El rango de horas que refirieron dedicar al trabajo en APS es amplio porque oscila entre 8 y 72 horas semanales, siendo la mediana de 15 horas. El

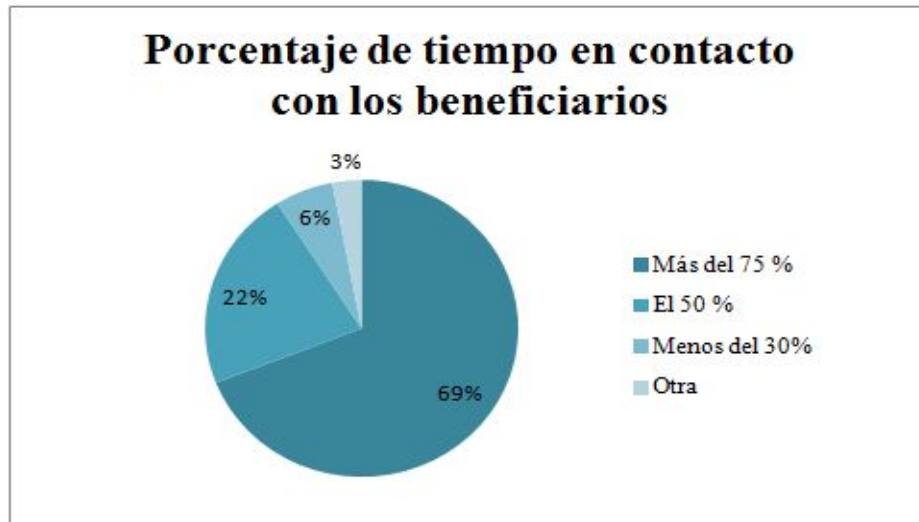
27% de los/as encuestados/as manifestaron trabajar entre 36 y 40 horas semanales en APS, de ese grupo, 20 son personas jóvenes cuyas edades oscilan entre 25 a 35 años.

El pluriempleo está muy presente en esta población, ya que el 73% además de trabajar en APS refirió tener otros trabajos. Estos 73 profesionales se distribuyen el 59.5% de ellos/as en el ámbito privado, el 27% en otros organismos del ámbito público además de su puesto de APS y el 13.5% en otros sectores (ONG, fundaciones, tercer sector). Entre todos los trabajos que realizaban, los/las entrevistados/as refirieron trabajar entre 10 y 69 horas semanales siendo la media de 35,8 hs semanales. Además, se suma al pluriempleo el teletrabajo. El 64% de los/as entrevistados/as refirió realizar tareas laborales en su propia casa. Este dato resulta particularmente importante, ya que realizar tareas por fuera del lugar físico de trabajo constituye una práctica emergente acerca de la cual Rubbini (2012) sostiene que conlleva varias consecuencias psico-sociales relacionadas sobre todo con la soledad y el aislamiento para realizar las tareas. En el caso de los/as trabajadores/as del sector salud, esto se torna particularmente relevante en tanto las tareas a realizar suelen conllevar una complejidad que requiere del trabajo en equipo y de la interdisciplina.

Sobre los cargos desempeñados, entre los encuestados/as, el 12% ocupaba cargos de coordinación y de ellos/as 8 recibían remuneración por esa jerarquía. En relación a la situación laboral, el 40% refirió estar en planta permanente, 21% contratados/as, 20% en relación de dependencia, el 16% en planta transitoria, en dos casos reportaron otro tipo de contratación y un trabajador/a informó que no poseía contrato.

Otros factores que se relacionan al desgaste laboral son: el tiempo de contacto con los/las beneficiarios/as y la disponibilidad de recursos para hacer frente a sus demandas y/o para desarrollar las actividades laborales. El tiempo de contacto con la población beneficiaria, se constituye como un factor de relevancia para el análisis del síndrome de BO ya que este es propio de las profesiones que involucran un estrecho y continuo contacto interpersonal, por ello es específico de profesiones de servicios humanos (Martínez y Guerra, 1997). Esto torna a los/as trabajadores/as de la salud como uno de los colectivos ocupacionales más proclives al desarrollo este síndrome (Gil Monte, 2011). En esta muestra el 69% de los/las trabajadores/as afirmaron que pasan la mayor parte de su jornada laboral en contacto con ellos/as, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N°1: Porcentaje de tiempo en contacto con los/as beneficiarios/as

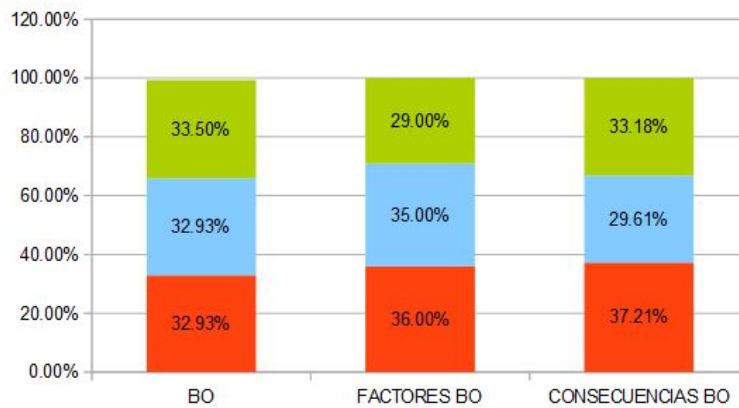


Sobre los recursos con los que se cuenta en los lugares de trabajo (Ver Anexo Tabla N°1: Recursos disponibles) el 86% de los/as entrevistados/as consideró no contar con los recursos materiales necesarios para responder a las demandas de la población beneficiaria, y el 45% afirmó que no contaba con recursos de capacitación para enfrentar el trabajo. Asimismo, 58 (67.4%) entrevistados/as de los que indican que no cuentan con recursos materiales afirman que realizan tareas laborales en su hogar. Esto podría leerse, en términos de las conceptualizaciones de Zaldúa (2002), como un fenómeno propio de la precarización del sistema público de salud en Argentina, cuyo principal observable es la falta de recursos en los efectores.

3. Las CyMAT de los trabajadores/as como determinantes del desarrollo del síndrome de burnout

Tal como fue desarrollado, para la medición de este síndrome Maslach y Jackson (1982) consideran no solo a la dimensión de Síndrome de BO, sino también a las variables factores del BO y consecuencias del BO. En el siguiente gráfico se pueden observar los puntajes medios de cada una de las dimensiones que conforman las tres variables del BO:

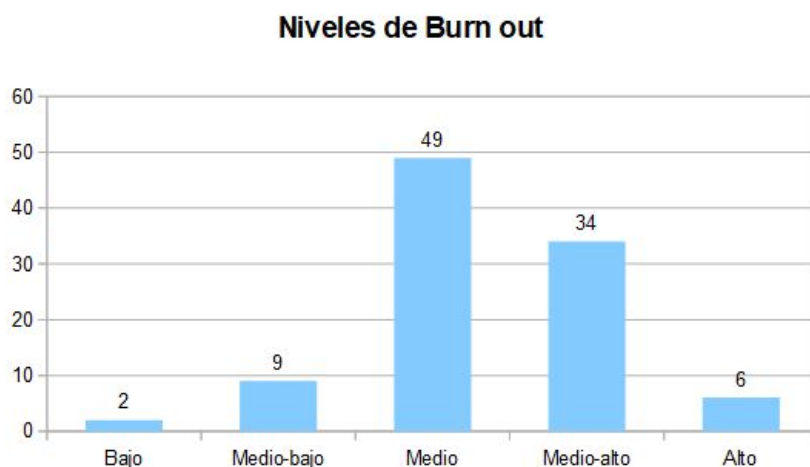
Gráfico N°2: Puntuaciones de síndrome, factores y consecuencias de BO



En función de los objetivos de este estudio, más que presentar las medias obtenidas por la muestra para cada escala (ver Anexos Tabla N°2: Media de sub-dimensiones de BO para cada una de las variables), interesa analizar en profundidad cada una de las sub-dimensiones del Síndrome de BO en relación a las CyMAT de los trabajadores/as encuestados/as.

Respecto de la tabla de interpretación de las puntuaciones del inventario de BO (Ver Instrumento), la mayor concentración de los puntajes se ubicó en el nivel medio (83%), el 11% de los encuestados/as puntuó en niveles bajos y sólo 6 fueron los/las trabajadores/as afectados por BO (4 mujeres y 2 varones). Sin embargo, con esta medición que concentra la mayor distribución en los niveles medios no es posible analizar los matices al interior de la escala ordinal. Es por este motivo que se subdividió la escala en 5 intervalos a fin de conformar niveles intermedios: medio-bajo y medio-alto y distinguir las características de la muestra al interior de esos sub-grupos. Esta modificación permite observar las siguientes puntuaciones:

Gráfico N° 3: Niveles de BO



Con el objetivo de conocer cómo son las condiciones de trabajo de quienes presentan BO, se analizaron las características de las CyMAT, focalizando especialmente en el total de los/as trabajadores/as cuyas puntuaciones se ubican en los rangos medio-alto y alto (N=40).

Al observar la distribución por género se verifica que en el grupo de puntuaciones medio-alto y alto, 24 son mujeres y 16 son varones (respecto de 8 mujeres en medio-bajo y bajo y 2 varones en medio-bajo). En 25 casos las puntuaciones medio-alto comprendieron a trabajadores/as de entre 31 y 40 años, mientras que en el caso de las puntuaciones altas se trató de 2 trabajadores/as de entre 31 y 35 años y otros/as 2 de entre 41 a 45 años. Además, sobre un total de 33 trabajadores/as con 6 a 10 años de ejercicio en la profesión, 12 puntuaron medio-alto y 3 puntuaron alto (versus 4 en medio-bajo).

Respecto del lugar de trabajo, 29 trabajadores/as que desempeñan en CESAC puntúan en el rango medio-alto y alto; 6 de los trabajadores/as del área de prevención puntúan medio-alto y alto y 3 de los trabajadores/as del programa de abordaje de consumos problemáticos puntúan medio-alto. El tipo de contratación pareciera ser una variable importante en relación a las puntuaciones medio-alta y alta sobre todo en los casos de contratados/as de 21 contratados/as 10 se ubicaron en el rango medio-alto y alto (respecto de 2 distribuidos/as en medio-bajo y bajo). Esto podría responder al hecho de que los/as trabajadores contratados se encuentran en una situación laboral de mayor inestabilidad e incertidumbre en cuanto a la continuidad –ya que está sujeto a renovaciones- respecto del régimen de relación de dependencia.

Además, de 22 encuestados/as de entre 6 y 10 años de antigüedad en su puesto de APS, 10 puntuaron en el rango medio-alto y alto (en contraste con 9 de 38 con 1 a 5 años de antigüedad). Desempeñar un cargo jerárquico no se observa como una variable con gran correlación con el desarrollo del síndrome de BO (de los 12 que tienen un cargo jerárquico, 3 puntúan medio-alto).

También es interesante destacar los datos de puntuaciones medio-alta y alta en relación a la carga horaria de los trabajadores/as, ya que estas puntuaciones aparecieron mayormente entre quienes trabajaban de 36 a 40 horas semanales en APS (62.5% -25- frente al 20% -8- que trabajan de 26 a 30 horas) (ver Anexo Tabla N°3 Carga horaria y niveles de BO). Además de 67 encuestados/as que afirmaron realizar tareas laborales en su casa, 22 puntuaron medio-alto y alto (versus 8 que puntuaron medio-bajo y bajo). Entre los 76 trabajadores/as que indicaron tener otros trabajos además de su puesto de APS, 30 (40.6%) puntuaron medio-alto y alto (en contraste con 7 distribuidos/as en medio-bajo y bajo). De los 70 encuestados/as que afirmaron

invertir dinero de su salario para la compra de materiales laborales, el 40% (28) puntuaron en el nivel medio-alto y alto (respecto de 5 distribuidos/as en medio-bajo y bajo). Este dato puede interpretarse como una compensación por parte de los/as trabajadores/as frente a la escasez de recursos materiales antes referida, dando cuenta ello de cierto involucramiento con las tareas, los/as beneficiarios/as y el espacio de trabajo.

Sobre el tiempo en contacto con la población beneficiaria, en la muestra se observa que sobre un total de 69 encuestados/as que refirió que pasa más del 75% de su tiempo de trabajo en contacto con la población, el 40.6% (28) se ubica en el rango de puntuaciones medio-alto y alto. Las dificultades para responder a la demanda de la población beneficiaria parecieran constituir un estresor para los/as trabajadores/as. Los datos se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla N°3: Recursos disponibles y nivel de BO

Posibilidad de responder a la demanda según nivel BO				
	Medio- alto (%)		Alto (%)	
	Si	No	Si	No
Recursos materiales	2.94 (1)	97 (33)	50 (3)	50 (3)
Recursos de capacitación	53 (18)	47 (1)	33.3 (2)	66.6 (4)

Esta dificultad para responder a la demanda puede ser comprendida no sólo en relación con la falta de disponibilidad de recursos, sino también con las características propias de la población usuaria del sistema público de salud en CABA. Según el último informe de la Secretaría de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires (2017), el 32.9% de los/as usuarios/as que solo utiliza el sistema público de salud proviene de las comunas de la zona sur (4, 8, 9 y 10) en las cuales se concentra el 46.2% de la población más pobre de C.A.B.A

En la muestra estudiada las principales problemáticas de la población que los/as entrevistados/as refirieron fueron: problemáticas de índole social (81%) como la violencia, las carencias habitacionales, el hambre, el desamparo, la insuficiencia de redes de apoyo y la pobreza; problemáticas de salud (56%) como problemas dentales, depresión, psicosis e inaccesibilidad al sistema de salud y problemáticas educativas (12%) como la falta de acceso a educación, la incapacidad de simbolizar acerca de los propios problemas y la imposibilidad de seguir consignas. Si bien se trata de problemáticas estructurales cuya complejidad excede la capacidad de respuesta de un profesional y que pone en evidencia los déficit a nivel de las políticas públicas y sociales, se constituyen como una variable central entre las CyMAT a

considerar a la hora de estudiar las sub-dimensiones que conforman al síndrome. En este sentido, este apartado presenta un análisis centrado en las principales problemáticas de la población beneficiaria, la posibilidad de responder a sus demandas según los recursos disponibles (materiales y de capacitación), el tiempo en contacto con ellos/as y la sobrecarga laboral del personal de APS (cantidad de horas semanales de trabajo, pluriempleo e inversión de dinero para tareas laborales).

a. El fenómeno de cansancio emocional como correlato de la escasez de recursos

Entendiendo que el cansancio emocional se manifiesta como una pérdida de la energía para trabajar que resulta de la imposibilidad de modificar las situaciones laborales estresantes, se pueden considerar algunas de las referencias de los/as entrevistados/as a esas situaciones:

“(...) soportar bajas y altas temperaturas, falta de espacios físicos adecuados para la atención de situaciones individuales y espacios grupales, falta de políticas públicas para dar respuestas a las carencias y necesidades de la población a la que atiende (...)”

“(...) ausencia de valorización del trabajo realizado, discontinuidad en las propuestas asistenciales desplegadas, malos tratos, falta de cuidados, malas e inseguras condiciones edilicias, falta de personal (...)”

“(...) frustración por falta de recursos para enfrentar las problemáticas (...)”

“(...) bajos salarios y la sobrecarga de trabajo. Se nos derivan casos muy complejos (...)”

Estas afirmaciones además pueden describirse desde las puntuaciones arrojadas por el inventario. El 10% de los/as entrevistados/as puntuaron en rangos superiores a la media muestral (8.46). Todos/as ellos/as refirieron tener entre 6 y 10 años de antigüedad en el ámbito de APS y solo uno de ellos/as detentaba un cargo jerárquico. Además, también en relación a la antigüedad profesional, 5 de ellos/as refirieron tener entre 6 y 10 años de antigüedad, lo cual indica que el 50% de quienes puntuaron alto, solo trabajó en el puesto de APS desde que se desarrolla en el ámbito de la salud. En lo relativo al contacto con los/as beneficiarios/as, 7 de los/as entrevistados/as que puntuaron en niveles superiores pasan alrededor del 75% del tiempo de trabajo con la población, 6 de ellos refirieron además realizar tareas laborales en el hogar. Sobre la posibilidad de responder a la demanda, 8 de los/as 10 entrevistados/as consideraron insuficientes los recursos materiales con los que cuentan y 4 entrevistados/as sostuvieron que tampoco le bastan sus recursos de capacitación. Por último, en relación al pluriempleo, también 8 de los 10 entrevistados/as poseía otros trabajos por fuera de APS, entre ellos 6 se desempeñaban en el ámbito privado.

A partir de estos datos se observa que las primeras experiencias laborales de estos/as trabajadores/as son enfrentando situaciones de gran complejidad desde cargos territoriales, que los exponen a la necesidad de dar respuestas a la población sin contar para ello con los recursos ni materiales ni de capacitación, como tampoco con el respaldo institucional que les permitiría sostener la tarea sin desarrollar la sensación de frustración típica del fenómeno de cansancio emocional.

b. El fenómeno de la despersonalización como respuesta a la sobrecarga laboral

El fenómeno de despersonalización es el núcleo del BO e implica un vínculo profesional deshumanizado que los/as trabajadores/as desarrollan para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En relación a esta dimensión, pueden retomarse las siguientes afirmaciones de los/as entrevistados/as que dan cuenta del modo en que se produce el distanciamiento con los usuarios/as del sistema de salud:

“(...) la demanda es permanente, parece que nunca nada alcanza para ellos (...)”

“(...) situaciones de extrema violencia por parte de los usuarios que nos vulneran en el día a día (...)”

“(...) la demanda por parte de los beneficiarios excede la capacidad horaria de los cargos (...)”

Los datos cuantitativos, parecen indicar que aquellos/as trabajadores/as que puntuaron superior a la media (21 entrevistados/as puntuaron en niveles superiores a la media de 8.71 puntos) presentan cierta sobrecarga laboral. Esto se observa no solo en las puntuaciones sobre la cantidad de horas destinadas al puesto de APS (18 de los puntajes más altos aparecieron entre quienes trabajan entre 36 y 40 horas semanales en el puesto de APS) sino también por los datos sobre pluriempleo: el 66.6% (14) refirió tener además otros trabajos por fuera de APS. Otras variables que hacen a la sobrecarga laboral de estos trabajadores/as son la realización de tareas en el hogar e inversión del propio salario para materiales (15 de ellos/as afirmaron que realizan tareas laborales en su hogar; 15 sostuvieron que invierten parte de su salario en la compra de materiales). Esta sobrecarga sumada a la escasez de recursos (16 de los/as entrevistados/as refirieron no contar con los recursos materiales necesarios para realizar su trabajo y 13 indicaron que no cuentan con los recursos de capacitación) y a la cantidad de tiempo en contacto con los/as beneficiarios/as -13 refirieron pasar más del 75% del tiempo de

trabajo con ellos- favorece al desarrollo del fenómeno de despersonalización, como la contracara del sobreinvolucramiento que representa el cansancio emocional.

c. El contacto con los/as beneficiarios/as/ y el desgaste físico y psíquico como propiciador del abandono de la realización personal

El fenómeno de abandono de la realización personal aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto, es un sentimiento de incompetencia que emerge cuando el sujeto siente que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. En este sentido, algunos autores sostienen que el cansancio psíquico se manifiesta a partir del desarrollo de actitudes negativas sobre la propia persona, la actividad laboral, acompañado de baja autoestima y sentimientos de ineficacia e incompetencia (Pines y Aronson, 2001).

“(...) la precarización, que hace que nuestro trabajo no sea abordado por las autoridades (ni económica, ni profesionalmente) como corresponde (...)”.

“(...) muchas horas de dedicación que no me permiten ocuparme de llevar una alimentación más saludable y mayor ejercicio (...)”

Nuevamente, se observa la correlación entre el fenómeno de abandono de la realización personal con el fenómeno del pluriempleo, la sobrecarga laboral y la escasez de recursos. Para esta sub-dimensión, 43 trabajadores/as puntuaron en rangos inferiores a la media (6.83 puntos). 30 de ellos reportaron tener otro trabajo además del desempeñado en APS y 13 refirieron trabajar entre 36 y 40 horas semanales en el puesto en APS. En lo que a los recursos respecta, el 86% (37) sostuvo que no cuenta con los recursos materiales necesarios y el 41.9% (18) que carece de los recursos de capacitación que la tarea le demanda. En la misma línea, el 27.9% (12) de los/as entrevistados/as invierten parte de su salario para la compra de materiales.

Por último, 31 de estos/as trabajadores/as afirmaron que pasan más del 75% de tiempo en contacto con los/as beneficiarios/as. Podría pensarse entonces que la cercanía con ellos/as, por un lado, resulta una fuente de gratificaciones aunque al mismo tiempo los/as confronta con frustraciones que repercuten negativamente en la autopercepción del trabajo realizado.

4. Factores del Burnout

En relación a los factores del BO, entendidos como aquellos que contribuyen con la aparición del síndrome de BO, la media de la muestra estudiada arrojó un valor de 22.78, indicando un nivel medio (ver la tabla de criterios de interpretación de los puntajes Instrumentos). En este nivel se concentró el 83% de los/as entrevistados/as. Sin embargo, tal como se trabajó con la escala de síndrome de BO más arriba, se subdividió la escala en 5 intervalos a fin de conformar niveles intermedios: medio-bajo y medio-alto y distinguir los gradientes y las variabilidades de la muestra al interior de esos sub-grupos. Al hacerlo se observa que el 30% (25) puntuó en el nivel medio-alto y que el 9.6% (8) obtuvo puntuaciones altas. Entre quienes puntuaron en el nivel medio-alto y alto (N=33), 20 fueron mujeres (versus los 12 casos que puntuaron en los rangos medio-bajo y bajo) y 13 varones (frente a los 4 casos que puntuaron en los niveles medio-bajo y bajo). Sobre el lugar de trabajo, el 63.3% (21) lo hacía en CESAC. La edad media de este grupo fue de 33,5 años y un porcentaje considerable (66.7%, 22) refirió tener entre 1 y 5 años de antigüedad. Nuevamente se observa aquí que se trata de trabajadores/as jóvenes para los cuales el puesto de APS parece ser una de las primeras experiencias en el ámbito de trabajo de la salud.

En lo relativo a la sobrecarga laboral, entre las puntuaciones medio-alta y alta, 19 de los/as entrevistados/as realizaban tareas laborales en el hogar y 26 se desempeñaba en otros trabajos por fuera de APS.

Estos datos en relación a la sub-escala factores, parecen congruentes con los obtenidos para la sub-escala síndrome de BO en tanto en ambas, la desagregación de los valores medios permite identificar porcentajes medio-alto similares (34% para síndrome de BO y 30% para factores de BO). Esto se explica ya que los factores del BO se constituyen como los determinantes del síndrome y se relacionan con las características de los vínculos cercanos, la identidad profesional y el ambiente en donde se realiza la tarea.

Ahora, se si realiza un análisis por sub-dimensiones de la variable factores del BO, se observa que la dimensión organización obtuvo los puntajes más altos.

Tabla N°4: Factores del BO

Factores del Burnout			
	Tarea	Tedio	Organización
Media	7.93	6.43	8.42

Esta variable evalúa la importancia de la organización del funcionamiento de la institución sobre el trabajador y se trata de un importante predictor del BO relacionado con el apoyo social que el/la trabajador/a recibe en el trabajo. La puntuación alta en organización puede relacionarse con las causas de malestar laboral de tipo institucional a las que los/as entrevistados/as refieren:

“(...) los salarios bajos y la falta de respaldo institucional (...)”

“(...) falta de circulación de la información a nivel institucional, falta de capacitación, falta de articulación con otras instituciones/organizaciones (...)”

“(...) falta de profesionales, falta de recursos, mala administración de los recursos, maltrato institucional, falta de coordinación (...)”

“(...)inestabilidad, baja remuneración, exposición a situaciones de violencia institucional/impotencia ante situaciones de extrema vulnerabilización por parte de los usuarios (...)”

A esta falta de organización a nivel institucional a la que refieren todas estas afirmaciones, se suman además las problemáticas a nivel interpersonal entre los/as trabajadores/as. Si se consideran los ítems que puntúan para esta variable, el 44% de los/as entrevistados/as refirieron que en raras ocasiones sienten al apoyo de sus compañeros/as de trabajo y el 17% refirió lo mismo pero de parte de su jefe/a o supervisor/a.

En relación a la variable tedio, el puntaje medio obtenido por la muestra se encuentra dentro del rango de puntajes bajos planteado por Jiménez Moreno (2007). Esta variable evalúa la repetición, monotonía y el aburrimiento que ocasiona al trabajador/a la tarea cotidiana. En relación a ello, el 46% de los/as entrevistados/as sostuvo que raramente su trabajo le resulta aburrido, el 42% refirió que pocas veces el trabajo se torna repetitivo y para el 27% nunca su trabajo carece de interés. Los puntajes bajos para la variable tedio pueden indicar, según lo planteado por Pines, Aronson y Kafry (1981), que las características internas del trabajo (variedad, autonomía y percepción de éxito) funcionan como factores protectores contra el desgaste en la tarea cotidiana.

Sobre la variable tarea, la media muestral se ubica dentro del rango de puntajes alto. Esto puede considerarse en relación a la ya mencionada complejidad de las problemáticas de la población beneficiaria, la cual torna al trabajo como desmotivante en tanto el/la trabajador/a se siente impotente. Sin embargo también frente a estas sensaciones, los/as trabajadores/as desarrollan lo que Maslach y Jackson (1982) denominan factores protectores del desgaste laboral. Entre ellos, los/as entrevistados/as han mencionado distintas posibilidades para dar respuesta a los problemas en el trabajo:

Tabla N°5 Factores protectores del BO

Cómo resolver los problemas en el trabajo	Respuestas (%)
Implementando espacios de reflexión	62.5 (60)
Implementando espacios de capacitación	57.3 (55)
Participando en la planificación institucional	69.8 (67)
Aumentando los niveles de organización	56.3 (54)
Aumentando la remuneración	85.4 (82)
Aumentando el equipamiento	75 (72)
Otra	8.3 (8)

Estos factores protectores se complementan además con las estrategias que desarrollan los/as trabajadores/as para enfrentar los malestares laborales. En relación a ellas, en la muestra estudiada aparecen seis tipos de respuestas: las que se centran en la actividad física, el ocio y la recreación (33%); las que refieren al uso de dispositivos profesionales -como la terapia personal y la supervisión- (26%), las que se enfocan en la participación en organizaciones de base -como asambleas, gremios y sindicatos- (5%), las que aludieron al trabajo en equipo y a la conformación de redes territoriales (10%), las respuestas mixtas que combinan a varias de estas categorías (20%) y otras (6%) entre las cuales se incluye “no hacer nada”, “fumar” y tratar de hacer foco en situaciones que sean responsabilidad mía”.

5. Consecuencias del Burnout

El puntaje de la variable consecuencias del BO evalúa el efecto físico, psíquico y social del síndrome a través de las siguientes 3 afirmaciones del inventario: “*Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal*”; “*El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales*”; “*Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor*”. Para esta variable se observó que el 65% (65) de los/las trabajadores/as se ubicaron en el rango alto de puntuaciones, lo que indica que están afectados/as por las consecuencias del BO (respecto del 18% que puntuaron en el rango medio y el 17% restante que se ubicó en el rango bajo).

La sobrecarga laboral que deviene de la cantidad de horas de trabajo, el pluriempleo, la realización de tareas laborales en el hogar y la inversión de salario para materiales, constituyen factores que repercuten en el plano de la salud física, psíquica y social de los/as trabajadores/as. En este sentido, quienes puntúan en el rango alto indicaron una carga horaria

en el puesto de APS que abarca un rango de 36 a 40 hs (21 de 65 trabajadores/as respecto de 6 distribuidos/as entre el nivel medio y bajo); también afirmaron que no solo cumplen esas horas sino que realizan tareas laborales en su hogar (42 de 65); y sumado a ello, informaron que tienen otros empleos además del puesto de APS (47 de 65 trabajadores/as). Además, el 73.8% (48) de quienes puntúan alto invierten dinero de su salario en la compra de materiales para desarrollar su trabajo. En cuanto a antigüedad en el ejercicio profesional, los trabajadores/as con menos de 10 años constituyeron el 64.6% (42) de los que puntúan alto. Es interesante resaltar que del 12% (12) de entrevistados/as que refirieron tener cargo jerárquico 7 puntuaron alto.

Asimismo, las dificultades para desarrollar el trabajo ligadas a la escasez de recursos y complejidad de las problemáticas propias de la población beneficiaria también se convierten en aspectos que repercuten en la salud física, psíquica y social de los/las trabajadores/as. Así, en relación al tiempo en contacto con los/as beneficiarios/as se obtuvieron las puntuaciones más altas. El 78.5% (51) de los/as 65 trabajadores/as que se ubican en el rango de puntajes altos respondió que pasa más del 75% de su tiempo de trabajo en contacto con la población beneficiaria. Acerca de la posibilidad de dar respuesta a la demanda, el 92.3% (60) de los que puntúan alto respondieron que no logran dar respuesta con los recursos materiales que cuentan; mientras que la puntuación alta no varió tanto en relación a los recursos de capacitación (44.6% -29- refirieron que no pueden responder a la demanda con recursos de capacitación).

Cuando las demandas laborales son excesivas, aparecen en el trabajador distintas expresiones de malestar que van desde manifestaciones subclínicas, que pueden pasar inadvertidas (irritabilidad, tensión, preocupaciones) hasta cuadros patológicos más graves (Bermann, 1995). En este estudio se indagó con preguntas abiertas acerca de la salud de los/as trabajadores/as. Así se obtuvieron algunas de las siguientes respuestas:

“(...) sobrecarga de tareas y mayor responsabilidades para mi cargo empeoran mi situación en relación al asma (...)”

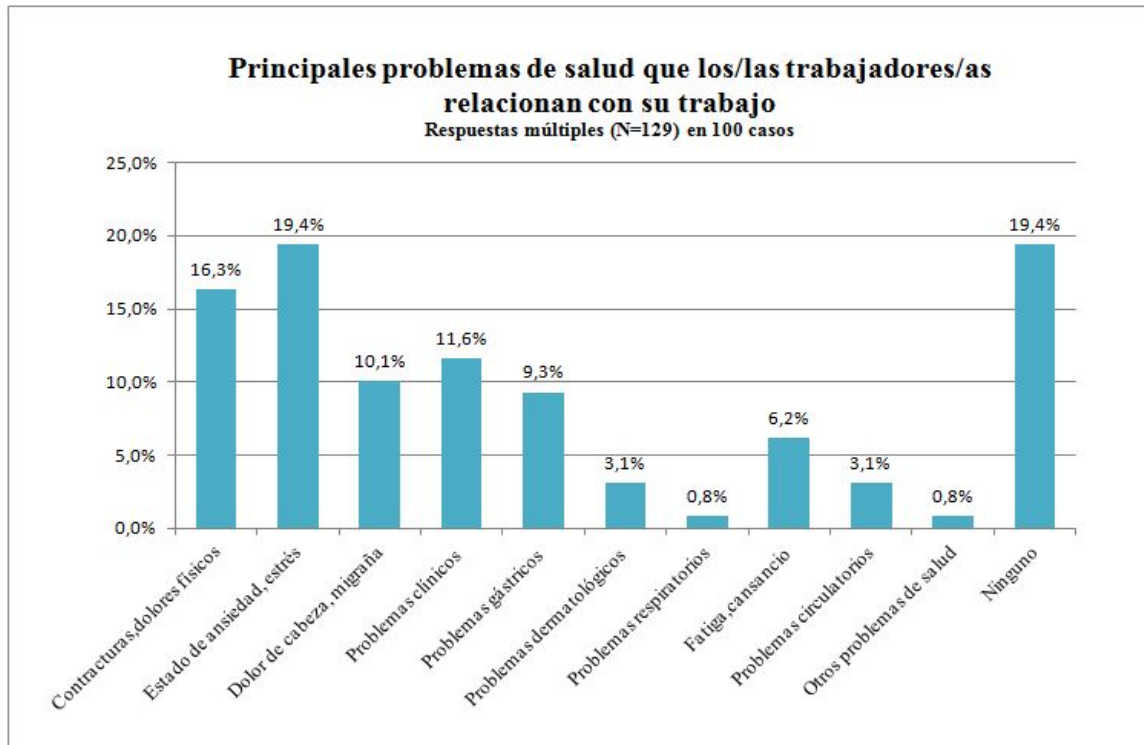
“(...) la gastritis es previa a mi trabajo, pero se agravó en los últimos dos años. Noto que en circunstancias de ansiedad los síntomas son más agudos (...)”

“(...) Tanto la gastritis como los problemas en la vista son previos a mi ingreso al CESAC pero ambos se han agravado. Sobre todo la gastritis (...)”

“(...) Los brotes de psoriasis se asocian al stress y la sobrecarga de mis trabajos (...)”

A partir de estos datos, se observó una relación entre el resultado de la variable consecuencias del BO y los problemas de salud que los/as trabajadores/as consideraron que se relacionaban con su trabajo. Las respuestas fueron categorizadas en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4 Principales problemas de salud de los/as trabajadores/es



6. El consumo de sustancias legales

El 88% de los entrevistados/as refirió que existe relación entre el malestar laboral y el consumo de sustancias. Entre ellos se observa que una gran parte experimenta sobrecarga laboral ya que el 28.5% (25) trabaja en el puesto de APS entre 36 y 40 horas semanales y que el 74% (65) de ellos experimenta el pluriempleo. Además, el 72.7% (64) de este grupo refirió que invierte parte de su salario para la compra de materiales y el 68.2% (60) afirmó pasar más del 75% del tiempo de trabajo en contacto con beneficiarios.

También en relación al consumo, uno de los entrevistados/as refirió enfrentar el malestar laboral fumando: “el tabaquismo, porque lo hago cuando estoy nervioso” y otros dos: “saliendo a tomar algo con mis amigos o pareja”. En este sentido, el consumo de sustancias legales, podría considerarse como una estrategia desarrollada por los/as trabajadores/as del sector salud para enfrentar el malestar laboral.

DISCUSIÓN

Respecto de las principales características del estrés laboral observadas para este colectivo estudiado, se halló un nivel de afectación del síndrome de BO y de los antecedentes del BO (factores) similares para el total de trabajadores/as (considerando la subdivisión de la escala en 5 niveles realizada para ambas variables): del 40% y del 30% en los niveles medio-alto y alto, respectivamente. Además, el 65% padece las consecuencias del mismo a nivel físico, psíquico y social.

Respecto las sub-dimensiones del BO, los resultados revelan que las experiencias laborales que confrontan con situaciones de gran complejidad desde cargos territoriales exponen a los/las trabajadores/as a la necesidad de dar respuestas a la población sin contar para ello con los recursos ni materiales ni de capacitación necesarios, propiciando el desarrollo de una sensación de frustración y/o de sobreinvolucramiento con la tarea o con los usuarios/as que dificultan la disociación instrumental. La tensión excesiva y prolongada en el tiempo de estas situaciones propician el desarrollo del fenómeno de cansancio emocional. En el mismo sentido, como contracara del sobre-involucramiento puede aparecer una actitud de distanciamiento. En situaciones de sobrecarga laboral, pluriempleo, maltrato y situaciones de desprotección social, el/la trabajador/a toma distancia cosificando de esta manera a los/las usuarios/as, y deshumanizando el accionar profesional como modo de protegerse de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal (Zaldúa, 2000). Asimismo, esta situación sostenida en el tiempo produce un desgaste físico y psíquico que deviene en el desarrollo de actitudes negativas sobre la propia persona, la actividad laboral, acompañado de baja autoestima y sentimientos de ineficacia e incompetencia. En paralelo a este desgaste a nivel subjetivo e interrelacional, los/as trabajadores/as desarrollan estrategias de afrontamiento entre las que puede incluirse el consumo de sustancias. Fumar o tomar bebidas alcohólicas pueden ser modos de hacer frente a la frustración e impotencia de sentir que “nada de lo hecho alcanza”.

Todos los procesos deteriorantes sobre la salud de los/as trabajadores/as se desarrollan en un contexto general de sustracción de recursos del sistema público de salud. La precarización en las condiciones de contratación en el sector público de la salud se han profundizado a partir de los presupuestos cada vez más reducidos y de la tercerización del personal. El actual régimen laboral establecido para residentes y concurrentes los/as expone a jornadas de hasta 65 horas semanales, cumplimentando hasta 36 horas de corrido los días de guardia. Similar

sucede en relación al personal de enfermería, quienes se ven obligados a cubrir módulos adicionales que los exponen a jornadas laborales insalubres.

En este escenario, los/as trabajadores/as desarrollan sus funciones, tal como lo plantea Castel (2011), en un contexto de incertidumbre: el temor a perder el empleo y los bajos salarios que en muchas ocasiones no permiten cubrir las necesidades básicas, favorecen al pluriempleo y a la sobrecarga laboral. Además, los procesos de fragmentación colectiva y de re-individualización profundizados por las políticas neoliberales dificultan la organización de los/as trabajadores/as. Sin embargo, frente a esta indefensión, tanto los/as trabajadores como los procesos colectivos se re-configuran, permitiendo desarrollar nuevas protecciones allí donde la estructura del trabajo ya no las provee. Aparecen así las significaciones en torno al valor social de la tarea realizada en el sector de la salud y a la capacidad de las organizaciones de base para sostener los procesos de resistencia. Estos, en tanto forma subjetiva, se encuentran intensamente arraigados entre los/as trabajadores/as del ámbito público (Abad y Cantarelli, 2010). Resistir como héroes a pesar de la sensación de que nada alcanza ocupando el lugar de la trinchera puede ser costoso y generar malestares, pero también puede ser potenciador de nuevas formas de libertad (De la Aldea, 2004). Seguir trabajando a pesar de lo que hay y en favor de lo otro que podría haber es la principal potencia de este modo de resistencia. La trinchera en tanto figura que surge de la desprotección, puede transformarse, paradójicamente, en una potencial protección para los/as trabajadores/as frente al desarrollo del desgaste laboral.

Consideramos aquí, que más allá de las estrategias que los/as trabajadores/as desarrollan para enfrentar el malestar en el trabajo, se presenta como urgente la implementación de programas de promoción destinados a trabajadores/as de la salud. La idea de “cuidar a quienes cuidan” es más que un slogan y se ha transformado en los últimos años en un eje en el desarrollo de políticas sociales a nivel internacional. En Argentina, sin embargo, esta sigue siendo una cuenta pendiente. Es importante trabajar desde el ámbito de la investigación en la producción de datos que permitan el diseño de programas de prevención del desgaste laboral y que sirvan a la vez para intervenir en todos los lugares de trabajo a fin de que la experiencia laboral sea para los/as trabajadoras menos costosa a nivel subjetivo.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APS= Atención Primaria en Salud

CYMAT= Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

BO= Burn Out

CE= Cansancio emocional

DP= Despersonalización

RP= Realización personal

OIT= Organización Internacional del Trabajo

OPS/OMS= Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud

PBI= Producto Bruto Interno

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, S. y Cantarelli, M. (2010). *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*. Buenos Aires: Hydra.

Bermann, S. (1995) Trabajo precario y salud mental. Buenos Aires: Narvaja Editor.

Castel, R. (2001). El ascenso de las incertidumbres Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. Buenos Aires: FCE.

De la Aldea, E. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Disponible en https://lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf Consultado el 20/10/2018.

Franco, T.E & Merhy, E.E (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *En Salud Colectiva*, 7, 20.

Gil-Monte, P.R. (2011). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. 2001. Disponible en: <http://www.psycologia.com/articulos/ar-pgil.htm> Consultado el 28/10/2018.

Martínez, M. y Guerra, P. (1997). Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio. *Revista Chilena de Medicina Social*, 6, 23- 45.

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1997). *Inventario de Burnout de Maslach: Síndrome del Quemado por Estrés laboral Asistencial*. Madrid: Paidós.

Moreno Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*; 13 (2):185-207.

OPS/OMS (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington, D. C.

OPS/OMS Argentina (2013). La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS, 2013. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPS/pub/pub69.pdf> Consultado el 07-08-17

- OPS/OMS (2001). La higiene ocupacional en América Latina: una guía para su desarrollo. Washington DC: OPS/OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehhigiene.pdf. Consultado el 07-08-17
- Organización Internacional del Trabajo (2002). Global Estimates of Fatalities Caused by Work Related Diseases and Occupational Accidents. Disponible en: http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidis/globest_2002/dis_world.htm Consultado el 07-08-17
- Peiró Silla, J.M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. En *Revista Investigación Administrativa*, 30, 88.
- Pines, A., Aronson, E., Kafry, D. (1981). *Burnout: del tedio al crecimiento personal*. New York: Free Press.
- Pines, A. y Aronson, E. (2001). *La carrera del Burnout: causas y curas*. New York: The Free Press.
- Rubbini, N. I. (2012). Los riesgos psicosociales en el teletrabajo. Disponible en <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar> Consultado el 28/10/2018.
- Samaja, J. (2003). *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Santana, V.S. (2012). Empleo, condiciones de trabajo y salud. En *Revista Salud Colectiva*, 8,2.
- Santiago de Salles, V. (1999). El trabajo y el no trabajo: Un ejercicio preliminar desde la sociología de la cultura. En Garza, E. De la (comp.) *Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI*. Buenos Aires: Clacso.
- Secretaría de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires (2017). Indicadores de salud de la población. Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica según grupo de edad y zona. Disponible en <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=318>. Consultado el 28/10/2018.
- Sedronar (2014). Sexto Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media. Disponible en: <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4121> Consultado el 07-08-17.
- Testa, M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. p. 75-90.
- Ulin, P. R. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS.
- Zaldúa, G; Lodieu, M.T y Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del Síndrome de Burnout en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219406> Consultado el 07-08-17.

ANEXO

TABLAS

Tabla N°1: Recursos disponibles

Capacidad de responder a la demanda	Recursos materiales (%)		Recursos de capacitación (%)	
	Sí	No	Sí	No
CESAC	7	60	43	29
Abordaje de consumos	4	14	9	9
Prevención de consumos	3	7	3	7
Otros dispositivos	0	4	0	4

Tabla N° 2: Carga horaria y niveles de BO

Horas semanales en APS	Niveles BO	
	Medio-alto (%)	Alto (%)
16 a 20 horas	8.3 (3)	0
21 a 25 horas	8.3 (3)	16.6 (1)
26 a 30 horas	16.6 (6)	33.3 (2)
31 a 35 horas	5.5 (2)	0
36 a 40 horas	61.1 (22)	50 (3)

Tabla N°3: Media de las sub-dimensiones de cada variable de BO

Dimensiones del BO			Factores del BO			Consecuencias BO
Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Tarea	Tedio	Organización	Físicas, psicológicas, sociales
8.46	8.71	6.83	7.93	6.43	8.42	8.68

GRÁFICOS

Gráfico N°1: Niveles de Burnout (sin subescala)

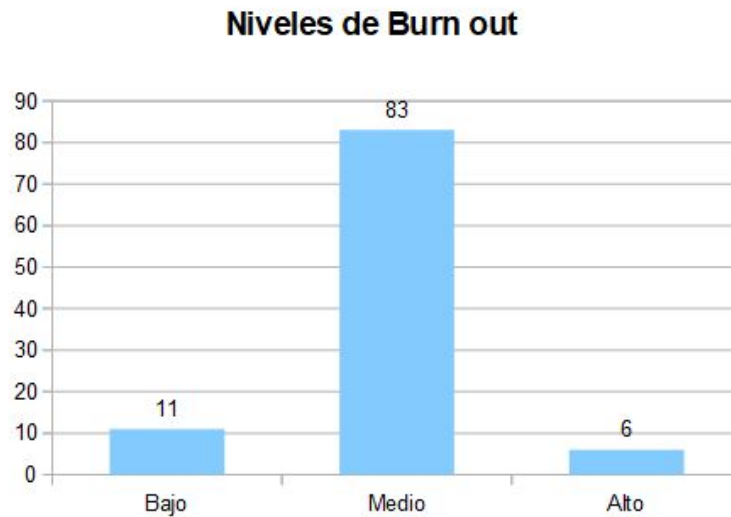


Gráfico N°2: Porcentajes de los ítems del Inventario

