

TRABAJO SOCIAL, SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO POR EL TRABAJO Y MALESTAR PSÍQUICO: UN ESTUDIO EMPÍRICO EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

SOCIAL WORK, BURNOUT AND MENTAL DISTRESS: AN EMPIRICAL STUDY IN A SAMPLE OF SOCIAL WORKERS IN THE COMMUNITY OF MADRID

IRIA NOA DE- LA-FUENTE-ROLDÁN. ESTEBAN SÁNCHEZ-MORENO
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. ESPAÑA.

RESUMEN

El presente estudio analiza la prevalencia de Síndrome de estar Quemado por el Trabajo o burnout en una muestra de trabajadores sociales madrileños, identificándose a su vez las variables sociodemográficas y laborales asociadas al fenómeno así como su relación con el malestar psíquico de los profesionales objeto de estudio. El burnout es un fenómeno cada vez más visible dentro de las profesiones destinadas a ofrecer servicios humanos y debido a su gran magnitud, presenta consecuencias fundamentales tanto a nivel individual como organizacional. En una muestra de 100 profesionales madrileños, se diseñó un estudio transversal, descriptivo y correlacional desarrollado a través de tres cuestionarios, un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para analizar la prevalencia del burnout y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) para analizar los posibles casos de malestar psíquico. Los resultados indican una presencia moderada y una tendencia a sufrir burnout en los trabajadores sociales. Un 25,3% de los profesionales padecen burnout y más de la mitad de los profesionales presentan una de las tres dimensiones que componen el fenómeno. Además, se encontró una fuerte asociación entre este fenómeno y el malestar psíquico de los profesionales, malestar que afecta a un 42% de los sujetos encuestados. Estos resultados ponen de manifiesto la vulnerabilidad de los trabajadores sociales encuestados a experimentar trastornos vinculados a su actividad laboral y la necesidad de desarrollar programas preventivos tanto a nivel individual como organizacional.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social. Síndrome de estar Quemado por el Trabajo. Malestar psíquico.

ABSTRACT

This study analyses the prevalence of burnout in a sample of social workers in Madrid, identifying sociodemographic and labour variables associated to the phenomenon and its relation with the mental distress of professionals subject to study. Burnout represents a visible phenomenon within the professions aimed at offering human services. Because of its great magnitude, it has a fundamental impact both at individual and organizational levels. A cross-sectional, descriptive and correlational study was performed in a sample of 100 professionals in Madrid by three questionnaires: the first one about sociodemographic and work-related information, the Maslach Burnout inventory (MBI-HSS) to analyze the prevalence of burnout and the General Health Questionnaire of Goldberg (GHQ-28) to analyse mental distress. Results indicate a moderate presence and a tendency for social workers to suffer burnout. 25,3% of professionals suffer burnout and over half present one of the three dimensions that make up the phenomenon. In addition, there is a strong association between this phenomenon and mental distress of professionals. Distress affects 42% of people surveyed. These results show the vulnerability of social workers respondents to experience disorders linked to their work and the need to develop preventive programmes both at individual and organizational levels.

KEYWORDS

Social work. Burnout. Mental distress.

Recibido: 2011.12.08. Revisado: 2011.12.19. Aceptado: 2012.01.17. Publicado: 2012.02.01.

Correspondencia: Iria-Noa de la Fuente Roldán. C/ Río Jarama, Nº 13. Rivas Vaciamadrid (28523). Madrid. Tfno. (00-34) 916665330. Email: irianoadelafuenteroldan@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El *burnout* o Síndrome de estar Quemado por el Trabajo (en adelante, SQT) es un fenómeno especialmente vinculado a las profesiones de ayuda y sobre todo, a los procesos relacionales que los trabajadores y trabajadoras establecen en el desarrollo de su desempeño profesional. En este sentido, no resulta extraño que profesiones como el Trabajo Social se conviertan en génesis del desarrollo de fenómenos de este tipo pues es precisamente la relación que el profesional establece con el usuario y con la organización, uno de los elementos centrales de la intervención social. Es más, la literatura sobre el tema acepta a los profesionales del Trabajo Social como un importante grupo de riesgo para sufrir este fenómeno (Lázaro, 2004).

En base a esto, si por un lado existe la prioridad innegable de atender a los usuarios de los servicios profesionales, por el otro, no se puede rehuir atender de manera directa a los propios equipos que intervienen, cuya salud y bienestar psicológico y social se puede ver mermado ante las situaciones en las que desarrollan su labor profesional, donde las demandas a las que tiene que responder, en muchas ocasiones, superan los recursos de los que disponen.

El SQT, popularizado dentro del campo científico gracias a las aportaciones del psiquiatra Freudenberguer (1974), adquiere verdadera relevancia gracias a las aportaciones de Cristina Maslach y Susan E. Jackson (1981, 1986) quienes bajo una perspectiva psicosocial, definen el SQT como una respuesta al estrés laboral crónico que se manifiesta principalmente en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y constante a personas que están en una situación de necesidad. Ante esta situación constante, la persona desarrolla una idea de fracaso profesional en relación a las personas con las que trabaja así como una serie de actitudes negativas hacia estas. Así, no se trata de estrés psicológico sino de una respuesta a fuentes de estrés laboral crónico que se configura como un mecanismo de afrontamiento ante el estrés que aparece en la relación profesional-usuario y profesional-institución.

A partir de estas autoras, el SQT se configura como un proceso tridimensional integrado por las dimensiones de Agotamiento Emocional (AE; sensación que tiene el individuo de no ser capaz de dar más de sí mismo a los demás al sentir que sus recursos afectivos son superados ante el contacto diario con las personas que reciben sus servicios), Depersonal-

ización (DP; desarrollo de actitudes, pensamientos y sentimientos negativos, distantes y fríos hacia los usuarios atendidos) y baja Realización Personal en el trabajo (RP; evaluación negativa llevada a cabo por el trabajador en relación a su trabajo y resultados). Estas dimensiones, además, integran el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), uno de los principales instrumentos para medir los niveles del SQT elaborado por Maslach y Jackson (1981, 1986).

En España, como muestran diversos estudios (Del Río, Perezagua y Vidal, 2003; Martínez y Del Castillo, 2003) la prevalencia del Síndrome es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% alcanzado en enfermeras de hasta un 71.4% en médicos asistenciales. Sin embargo, si se centra la atención en trabajadores y trabajadoras sociales, las investigaciones existentes son escasas. Como muestran Grau y Suñer (2008) en una revisión realizada en 1995, se hallaron tan solo 18 estudios que centraran la atención en este colectivo profesional. Sin embargo, estudios internacionales permiten ilustrar el panorama existente y tomar conciencia así de la importancia que este fenómeno presenta.

En un estudio llevado a cabo por Martín y Schinke en 1998 (Grau y Suñer, 2008), se arrojó que un 71% de los trabajadores y trabajadoras sociales encuestados de un servicio de familia e infancia de Nueva York sufrían SQT. Por su parte, Poulin y Walter (Grau y Suñer, 2008) en un estudio realizado en 1993 a 1196 profesionales que desempeñaban su labor con personas mayores, señalaron que 3 de cada 10 trabajadores presentaban niveles altos de DP, 6 de cada 10 AE y únicamente un 7,7% de los trabajadores encuestados presentaban baja RP.

Por último, un estudio llevado a cabo en trabajadores y trabajadoras sociales de Chile (Barría, 2002), se halló una prevalencia del SQT del 30,8%. Estos datos confirman resultados obtenidos en otros estudios que concluyeron que este colectivo profesional presenta niveles altos y sobre todo, una tendencia a sufrir SQT.

Además de por su prevalencia, el SQT adquiere una relevancia fundamental debido a las grandes consecuencias que genera, consecuencias que no solo alcanzan al profesional y a los usuarios de los servicios sino que, siguiendo planteamientos de Gil-Monte (2001) para profesionales de la salud, dada la naturaleza propia del Trabajo Social, el desarrollo de fenómenos como el que aquí se presenta tendrá consecuencias en la sociedad en su conjunto.

Este fenómeno se hace visible tanto en la persona como en la organización a través de una serie

de síntomas que afectan a las emociones y los afectos, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico (Mansilla, 2009). Algunos síntomas, al hacerse crónicos, se intensifican y degeneran hacia procesos más graves si no se corrige la situación. En este sentido, las consecuencias que el SQT plantea son variadas y afectan tanto al sujeto como a la organización en la que este desarrolla su trabajo y además, se constituyen como un proceso que se acaba manifestando como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando se presenta en toda su magnitud (INSHT, 2006).

La literatura sobre el tema admite el fuerte malestar psíquico y trastornos asociados a la salud mental que este fenómeno provoca en los trabajadores y trabajadoras. En este sentido, estudios realizados en España en personal de enfermería muestran como el SQT se relaciona de forma significativa con el malestar psíquico de los profesionales (Ríos, Peñalver y Godoy, 2008). Por otro lado, estudios internacionales centrados en trabajadores sociales señalan que la incidencia de trastornos mentales asociados a la labor profesional es considerablemente mayor en trabajadores sociales que en otros grupos profesionales (Bennet, Evans y Tattersall, 1993). En estudios posteriores (Caughey, 1996) se encontró que el 72% de los trabajadores sociales encuestados presentaban un posible caso psiquiátrico por reportar niveles altos de malestar psíquico asociado a su desempeño profesional, resultados muy similares a los hallados por Balloch, Pahl y Mc Lean (1998) para el mismo grupo profesional o por Collins y Parry-Jones (2000), quienes además, asociaban este malestar a altos niveles de ansiedad y depresión.

De manera concreta en la presente investigación, lo que se resalta no es la sintomatología en sí sino que lo fundamental es tener presente que estas consecuencias a nivel psíquico afectan de manera negativa a la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social laboral y extralaboral del trabajador (Mansilla, 2009).

En todo caso, aunque los estudios mostrados son solo algunos de los ejemplos más destacados, hay que tener presente que a través de la generalización de los resultados obtenidos en otros profesionales del campo de la salud o de la educación, se tienden a equiparar y extrapolar los resultados obtenidos hacia los trabajadores sociales. Esto debe hacerse con sumo cuidado pues la cuestión es que la extrapolación de estos datos a los trabajadores sociales españoles se torna complicada pues, por un

lado, constituyen grupos profesionales diferentes y realidades distintas y por otro lado, diversos estudios en países de niveles socioeconómicos y culturales similares han arrojado diferencias significativas en relación a las tres dimensiones del SQT (Grau y Suñer, 2008), llevando a la conclusión de que es necesario realizar estudios que permitieran establecer la realidad concreta del SQT en los trabajadores sociales españoles. Es decir, ante la escasez de datos, se puede concluir en la necesidad de potenciar investigaciones que centren la atención sobre esta problemática en este colectivo profesional, pues como se ha venido señalando, las implicaciones que conlleva el SQT son importantes tanto para el profesional como para los usuarios de sus servicios, la organización o la sociedad en su conjunto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y correlacional desarrollado mediante un diseño metodológico cuantitativo que tiene como técnica fundamental de investigación la encuesta a través de cuestionario.

A través de las técnicas e instrumentos que a continuación se presentarán, se tratará de conocer e identificar la presencia del SQT y de sus diferentes dimensiones y su relación con el malestar psíquico en una muestra de trabajadores y trabajadoras sociales de la Comunidad de Madrid, analizando a su vez las variables sociodemográficas y laborales que se asocian al fenómeno.

El cuestionario, administrado a una muestra de 100 trabajadores y trabajadoras sociales de la Comunidad de Madrid, consta de 3 bloques principales:

Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales: Cuestionario diseñado *ad hoc* y compuesto por 13 ítems agrupados en dos grupos de variables, las sociodemográficas y las laborales. Las variables tenidas en cuenta han sido sexo, edad, estado civil, número de hijos, antigüedad como trabajador social, antigüedad en el actual puesto de trabajo, tipo de turno de trabajo, tamaño de la institución (número de trabajadores y número de usuarios a los que se atiende a la semana), tipo de institución, área en la que se desempeña la actividad laboral, puesto y categoría del profesional y horas dedicadas a la actividad laboral.

Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981) en su versión para servicios humanos (MBI-HSS) adaptada al castellano por Seisde-

dos (1997). Este cuestionario está destinado a analizar y evaluar los niveles de SQT y de sus diferentes dimensiones. Consta de 22 ítems agrupados en las tres dimensiones que componen el Síndrome (AE, DP y baja RP). A través de una escala tipo *Likert* que va de 0 (nunca) a 6 (todos los días), el profesional evalúa con qué frecuencia experimenta las situaciones que describe cada ítem. Adaptando los puntos de corte aportados por Seisdedos (1997), se establecen las siguientes puntuaciones presentes e la tabla 1.

De manera general, el patrón de puntuaciones superiores a 21 en AE, superiores a 5 en DP e inferiores a 36 en baja RP, definen la presencia de SQT.

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28; 1979) en su versión de 28 ítems validada y adaptada por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Este cuestionario de *screening*, tiene como objeto evaluar el estado general de salud y la salud autopercebida. Es decir, la evaluación que hace la persona de su propio estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia

Tabla 1: Puntos de corte para la corrección del MBI

Dimensiones	Puntuaciones de corte para cada una de las dimensiones	
	Caso	No caso
Agotamiento Emocional	>21	0-21
Despersonalización	>5	0-5
Baja Realización Personal	<36	36-48

Elaboración propia a partir de Seisdedos (1997)

de ciertos estados emocionales o psicológicos. El GHQ-28 presenta una estructura factorial formada por las dimensiones de síntomas somáticos de origen psicológico (escala A), ansiedad e insomnio (escala B), disfunción social (escala C) y depresión severa (escala D). Cada una de estas dimensiones consta de 7 ítems, siendo un total de 28. A través de una puntuación tipo *Likert* de 0 a 3 para cada una de las opciones de respuesta, siguiendo la lógica de Lobo y otros (1986), se establece el punto de corte en 23/24 por lo que el criterio de un posible caso psiquiátrico estaría sobre la base de una puntuación igual o superior a 23 puntos.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

De los 100 trabajadores sociales que han formado parte de la muestra objeto de estudio, 83 (83%) son mujeres, y 17 (17%) hombres. La edad media es de 41,85, siendo el grupo de edad más representado el que abarca de los 41 a los 65 años, alcanzando un 67%.

En cuanto al estado civil y a la variable hijos, el 74% de los trabajadores sociales están casados o viviendo en pareja, siendo un 54% aquellos que tienen hijos.

En relación a los datos laborales, el perfil de los sujetos encuestados es el siguiente. Se trata de un trabajador social con una antigüedad profesional de entre 16 y 30 años (67%) que trabaja en instituciones de 1 a 15 trabajadores (33%), de tipo público (81%) que pertenecen a la Red Pública de Servicios Sociales (59%) dentro de Servicios Sociales Generales (40%) donde atienden hasta a 25 usuarios a la semana (52%). Además, tienen una antigüedad en su actual puesto de trabajo de 16 a 31 años (38%), ocupando puestos de técnico o trabajador social (74%) durante 35 horas semanales (57%) en turnos principalmente de mañana (79%). La siguiente tabla permite observar estos resultados.

Como se puede observar en la tabla 3 para los resultados hallados en relación a los niveles de SQT, estos indican puntuaciones medias por encima de los puntos de corte anteriormente señalados. Asimismo, como señala la figura 1, 62% de las personas encuestadas tienen un elevado AE, un 63% de los mismos presentan también elevadas actitudes de DP y por último, el 52% tiene sentimientos de baja RP en el trabajo. Teniendo en cuenta las tres dimensiones de manera conjunta y considerando que el SQT viene definido por altos sentimientos de AE, altas actitudes de DP y altos sentimientos de baja DP, se puede afirmar que un 25,3% de los 100 profesionales que forman parte de la muestra objeto de estudio presentan SQT.

Figura 1: Porcentaje de profesionales para cada dimensión del MBI-HSS

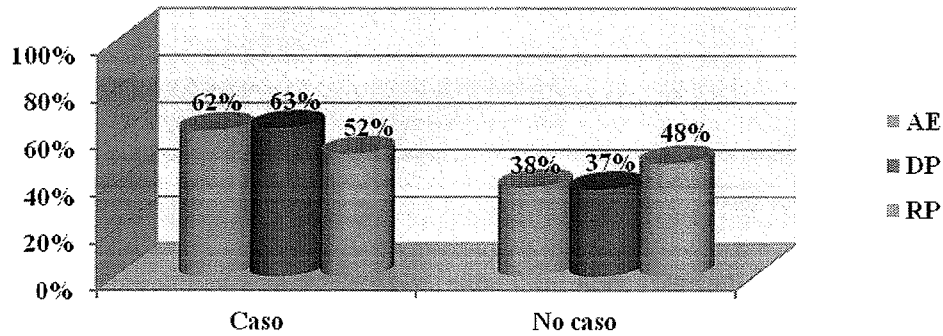


Tabla 2: Muestra objeto de estudio

Variables sociodemográficas			
		Recuento	% válido
Sexo	Hombre	17	17,0
	Mujer	83	83,0
Edad	De 20 a 30 años	11	11,1
	De 31 a 40 años	21	21,2
	De 41 a 65 años	67	67,7
Estado Civil	Casado o viviendo en pareja	74	74,0
	Sin vivir en pareja	26	26,0
Hijos	Con hijos	54	59,3
	Sin hijos	37	40,7
Variables laborales			
Antigüedad profesional	de 0 a 5 años	14	14,0
	de 6 a 15 años	18	18,0
	de 16 a 30 años	67	67,0
Nº trabajadores	de 1 a 15	33	33,0
	de 16 a 30	21	28,0
	de 31 a 60	18	21,0
	más de 60	28	18,0
Nº usuarios	Hasta a25	52	52,0
	De 26 a 50	36	36,0
	Más de 50	12	12,0
Tipo de institución	Pública	81	81,0
	Privada	19	19,0
Colectivos atendidos	Población general	46	46,0
	Colectivos específicos	54	54,0
Antigüedad en actual puesto	Hasta 5 años	31	31,0
	de 6 a 15 años	31	31,0
	de 16 a 30 años	38	38,0
Puesto y categoría	Trabajador social/técnico	74	74,7
	Coordinador/jefe	25	25,3
Nº horas semanales	Menos de 35	10	10,8
	35	57	61,3
	Más de 35	26	28,0
Turno	Mañana	79	79,0
	Tarde	3	3,0
	Mañana y tarde	18	18,0

En relación a la evaluación del nivel de malestar psíquico, la media obtenida es de $24,23 \pm 13,23$, pudiendo observarse las medias para cada una de las subescalas que componen el cuestionario en la tabla 4.

Estos resultados, por encima del punto de corte señalado, indican que de manera general, los trabajadores sociales objeto de estudio presentan un posible

caso psiquiátrico por reportar niveles altos de malestar psíquico. Concretamente, un 42% del total, y especialmente en lo que se refiere a la escala B presente en un 44% de los trabajadores sociales, seguido por la escala C presente en el 38% del total, la escala A en un 34% de los profesionales y por último, la escala C, la que menos incidencia refleja, apareciendo tan solo en el 6% de los sujetos encuestados.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos para las diferentes dimensiones de SQT

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Agotamiento Emocional	99	6,00	49,00	24,8283	9,41237
Despersonalización	100	,00	26,00	8,0800	5,40049
Baja Realización Personal	100	12,00	48,00	35,7000	8,47754
N válido (según lista)	99				

Tabla 4: Estadísticos descriptivos para las diferentes escalas del GHQ-28

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Escala A: Síntomas Somáticos	100	1,00	21,00	7,3100	4,50520
Escala B: Ansiedad e Insomnio	100	,00	21,00	7,3500	4,74900
Escala C: Disfunción Social	100	1,00	15,00	7,5500	2,68695
Escala D: Depresión Severa	100	,00	15,00	2,0200	3,14299
Puntuación total GHQ-28	100	6,00	66,00	24,2300	13,23208
N válido (según lista)	100				

ANÁLISIS CORRELACIONAL

Uno de los elementos centrales del presente estudio era analizar e identificar las posibles asociaciones existentes entre el SQT y las variables sociodemográficas y laborales así como con el malestar psíquico (GHQ-28). Para tratar de dar respuesta a estos objetivos, se llevó a cabo un análisis correlacional mediante la prueba Chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson en casos puntuales.

Para las variables sociodemográficas y laborales en su asociación con el SQT se han hallado los resultados presentes en la tabla 5.

Si se considera la presencia o no de SQT así como sus diferentes dimensiones, no se han encontrado diferencias significativas para las variables sexo, estado civil y presencia o no de hijos. Sin embargo, si se ha encontrado significatividad estadística para la variable edad y la dimensión de baja RP ($\chi^2= 5,900$; $p= 0,052$) de manera que los profesionales que tienen entre 41 y 65 años presentan mayores niveles de baja realización personal en el trabajo. Es decir, según va aumentando la edad, los sentimientos de baja RP en el trabajo son mayores. Estos resultados también se han visto confirmados a través del coeficiente r de Pearson pues se ha obtenido unos resultados de $r=-,200$, con una significación de $p=,047$.

En relación a las variables laborales, los resultados obtenidos son los siguientes.

Para la presencia global del síndrome, se ha encontrado significatividad estadística si se considera como variable independiente el nº de trabajadores por institución ($\chi^2= 12,848$; $p= ,005$). Esta asociación se da en el sentido de que a medida que aumenta el número de trabajadores, lo hace también la presencia de SQT, de manera que a partir de los 31 trabajadores por institución, el riesgo de presentar este fenómeno es mucho mayor. Cabe destacar que esta variable se asocia de la misma manera a las dimensiones de AE ($\chi^2= 13,481$; $p= ,004$) y baja RP ($\chi^2= 9,818$; $p= ,020$).

Por otro lado, para la variable antigüedad profesional, los resultados muestran cómo esta se encuentra asociada a la dimensión de AE ($\chi^2= 6,306$; $p= ,043$). Nuevamente, la asociación se da en el sentido de que según aumenta la experiencia profesional, lo hacen también los sentimientos de AE, siendo esto especialmente significativo en aquellos profesionales que tienen una antigüedad profesional de 16 a 30 años.

Por último, se ha encontrado significatividad estadística para la dimensión de baja RP considerando como variable independiente el número de usuarios atendidos a la semana ($\chi^2= 7,065$; $p= ,029$). En este caso, los resultados muestran como a mayor número de usuarios atendidos, menor es la presencia de sentimientos de baja RP por lo según los estos, atender semanalmente a más de 50 usuarios aparece como un factor de protección frente a los sentimientos

Tabla 5: Matriz de asociaciones: MBI-HSS y las variables sociodemográficas y laborales

	Edad	Nº Trabajadores por institución	Antigüedad profesional	Nº usuarios
Presencia de SQT	NS	,005*	NS	NS
AE	NS	,004*	,043*	NS
DP	NS	NS	NS	NS
Baja RP	,052*	,020*	NS	,029*

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: baja realización personal; NS: asociaciones no significativas; * $p \leq 0,05$.

Tabla 6: Matriz de asociaciones encontradas entre el MBI-HSS y el GHQ-28

	Presencia de SQT	AE	DP	Baja RP
GHQ	,000*	,000*	,057	,001*
GHQA	,008*	,000*	NS	NS
GHQB	,000*	,000*	,028*	,004*
GHQC	,036*	NS	NS	NS
GHQD	NS	,051	NS	NS

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: baja realización personal; GHQ: puntuación media global; GHQA: síntomas somáticos; GHQB: ansiedad e insomnio; GHQC: disfunción social; GHQD: depresión severa; NS: asociaciones no significativas; * $p \leq 0,05$.

de baja RP, algo también apoyado por el coeficiente r de Pearson ($r = .244$; $p = .014$).

Para el análisis del SQT en su asociación con el malestar psíquico, los resultados hallados son llamativos.

Como se puede observar en la tabla 6, los resultados indican la fuerte asociación existente entre el SQT y las medidas globales de malestar psíquico (GHQ) de los profesionales ($\chi^2 = 15,436$; $p = .000$). De esta manera, de todos los profesionales que presentan SQT, un 76% presenta también un posible caso psiquiátrico por reportar niveles elevados de malestar. Estas asociaciones son especialmente significativas para la dimensión de AE y la presencia global de malestar ($\chi^2 = 16,613$; $p = .000$), algo también confirmado a través del coeficiente r de Pearson ($r = .610$; $p = .000$), y para la dimensión de baja RP ($\chi^2 = 10,951$; $p = .001$).

Además, se observa como el SQT se asocia prácticamente a la totalidad de escalas del GHQ, a excepción de la escala D de contenidos depresivos. Esta asociación es más llamativa para la escala B de ansiedad e insomnio ($\chi^2 = 13,488$; $p = .000$), escala con mayor presencia dentro de los trabajadores sociales encuestados, que además también se encuentra asociada a las tres dimensiones del sín-

drome (AE: $\chi^2 = 15,590$; $p = .000$; DP: $\chi^2 = 4,854$; $p = .028$; baja RP: $\chi^2 = 8,243$; $p = .004$).

En todo caso, especialmente llamativos son los resultados hallados para la dimensión de AE, que se encuentra fuertemente asociada a todas las escalas del GHQ, a excepción de la escala C de disfunción social. Ello pone de manifiesto la importancia y el riesgo que supone el alto contenido emocional de la labor asociada a los trabajadores sociales.

DISCUSIÓN

En cuanto al SQT, se puede concluir que un 25,3% de los trabajadores sociales encuestados presentan este fenómeno, reflejándose la dimensión de AE en el 62% de los trabajadores, la dimensión de DP en el 63% y la dimensión de baja RP en el 52% de los profesionales. Estos resultados, similares a los encontrados por Barría (2002) en trabajadores sociales chilenos o por Avendaño, Bustos, Espinoza, García, y Pierart (2009) en profesionales de salud mental, difieren de los hallados en médicos y docentes donde la incidencia de SQT era mayor (Reviriego y Saez, 2009; Ríos y otros, 2008). Todo ello pone de manifiesto que si bien los niveles globales de SQT son menores que los hallados en

médicos y profesores, la incidencia de las diferentes dimensiones muestran en los trabajadores sociales una tendencia de sufrir el síndrome.

Una vez analizados los niveles globales de SQT así como de sus diferentes dimensiones, se puede concluir que el perfil del trabajador social con SQT es el de un profesional, generalmente de sexo femenino, de 40 a 65 años, casado o viviendo en pareja y con hijos. Además, su antigüedad laboral así como su antigüedad en su puesto de trabajo actual son superiores a 15 años, trabaja 35 horas a la semana y atiende como técnico o trabajador social hasta 25 usuarios semanalmente en instituciones principalmente de tipo público, de más de 30 trabajadores y destinadas a atender a población general. Si se analizan estas características más detenidamente, no parece complicado ser consciente de que este perfil se asemeja principalmente al de profesionales que desarrollan su actividad laboral dentro del sistema público de Servicios Sociales. No es de extrañar que sean estos profesionales los que presenten mayores niveles de SQT pues el propio contexto organizacional, marcado por una excesiva burocracia, unos límites difusos o una saturación de los servicios, son precisamente elementos claves desencadenantes de SQT. De esta manera, más allá de la necesaria reformulación del sistema burocrático imperante, resulta imprescindible el desarrollo de estrategias de prevención que contemplen el nivel organizacional para mejorar el ambiente y el clima de la organización.

Pese a este perfil, hay que tener en cuenta que en consonancia con otros estudios (del Río y otros, 2003), el establecimiento de un perfil epidemiológico preciso se torna complicado pues los resultados son dispares entre diferentes grupos profesionales e incluso dentro del mismo grupo profesional, algo que en el presente estudio también se ve limitado debido al tamaño muestral, tamaño que no permite realizar generalizaciones de tipo representativo. Sin embargo, para la muestra empleada, los resultados permiten concluir lo siguiente.

Trabajar en instituciones de menos de 30 empleados actúa como factor de protección frente a los sentimientos de SQT y las dimensiones de AE y de baja RP. Es decir, a menor número de trabajadores, menor es la presencia de SQT y de sus diferentes dimensiones, algo que puede estar relacionado con el tamaño de la institución, el clima organizacional, la personalización de los logros y la dificultad en el reconocimiento de los mismos que se produce en instituciones de gran tamaño y con una gran número de trabajadores.

Además, una edad inferior a 40 años actúa como factor de protección frente a la baja RP y al AE. Los resultados son divergentes de lo hallado en la mayoría de los estudios (Gil-Monte, 2001) pues a medida que esta aumenta, disminuyen los sentimientos de SQT. Sin embargo, en la muestra aquí empleada, son precisamente los profesionales de mayor edad los que muestran mayores sentimientos de AE y de baja RP. Esto, como señala Gil-Monte (2001), puede ser explicado por qué a medida que se cumplen años, disminuye la capacidad para adquirir o mantener las estrategias de afrontamiento frente a los sentimientos de SQT y además, al considerar esa etapa como la de mayor desarrollo y crecimiento profesional, puede conllevar un aumento de los sentimientos de estrés los cuales a su vez, puede desembocar en SQT.

Unido a lo anterior hay que considerar que los profesionales que más tiempo llevan en su actual puesto de trabajo presentan mayores niveles de AE. Aunque se acepte que la experiencia actúa como factor de protección frente al SQT, también hay que considerar que cuanto más tiempo se esté en contacto con los sentimientos de dolor y crisis de otras personas, mayor es la posibilidad de sentirse agotado emocionalmente por el contacto directo con el sufrimiento.

Por último, se observa que atender a más de 30 usuarios semanalmente actúa como factor de protección frente a los sentimientos de baja RP. En este sentido, los profesionales pueden sentir que cuantos más usuarios atiendan, mayor realización personal encuentran con su labor profesional. Esto, responde a su vez a una de las principales críticas depositadas sobre las organizaciones dedicadas a dar servicios humanos, máxime si se trata de organizaciones de tipo público altamente burocratizadas donde los criterios de cantidad son confundidos con los de calidad, primando sobre estos.

Especialmente relevante resulta la fuerte asociación encontrada entre el SQT y sus diferentes dimensiones y el malestar psíquico de los profesionales pues de aquellos profesionales con presencia de SQT, un 76% presenta además malestar. Estos resultados permiten apoyar y confirmar la bibliografía existente sobre el tema (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997), sobre el fuerte malestar psíquico que se asocia al SQT.

Es la dimensión de AE la que muestra las correlaciones más intensas con la falta de salud o bienestar. Esta fuerte asociación permite deducir el papel fundamental que tienen las emociones en el contexto laboral, sobre todo en profesiones como el Trabajo

Social donde el manejo de estas es parte integrante de la ocupación diaria.

En todo caso, se observa como casi la mitad de los profesionales de la muestra (42%), presentan un posible caso psiquiátrico por reportar niveles altos de malestar general, principalmente en lo que se refiere a ansiedad e insomnio (44%), disfunción social (38%) y síntomas somáticos de origen psicológico (34%). Estos resultados son prácticamente idénticos a los hallados por Ríos y otros (2008) donde la proporción de sujetos con malestar psíquico era del 42,5% en una muestra de enfermeros. Así, ante la alta incidencia de probables casos de deterioro psicológico, deberían desarrollarse programas orientados al aprendizaje en el manejo del estrés que incidieran en la detección y tratamiento de los problemas detectados, contribuyendo así a disminuir estos problemas en los trabajadores sociales.

A modo de resumen, el presente estudio pone de manifiesto que un 25% de los trabajadores sociales encuestados puntúa alto en las tres dimensiones del SQT, presentando sentimientos del mismo y destacando la relevancia de las dimensiones de AE y DP, que afectan a un 62% y a un 63% respectivamente de la muestra objeto de estudio. A todo ellos hay que añadir que el 42% de los trabajadores sociales manifiesta un elevado nivel de malestar psíquico, malestar que se encuentra fuertemente asociado a la presencia de SQT y de sus diferentes dimensiones, lo que concuerda con gran cantidad de estudios previos (Ríos y otros, 2008). Además, dentro de este malestar, destacan las escalas de síntomas somáticos de origen psicológico, disfunción social y sobre todo, ansiedad e insomnio, escala fuertemente asociada a las tres dimensiones del SQT.

De todo este análisis se desprende una prevalencia moderada y lo que es más importante, una tendencia de los trabajadores sociales a padecer el SQT. Dada las consecuencias que este fenómeno presenta tanto en los propios profesionales como en las organizaciones en las que trabajan y con ello, en la sociedad en su conjunto, se justifica la necesidad de continuar estudios que traten de identificar los niveles de SQT dentro de este colectivo como un paso previo a la intervención y sobre todo, a la prevención de este fenómeno en el contexto laboral de los trabajadores sociales pues como establece Lázaro (2004: 05):

la búsqueda de la calidad en la prestación de servicios y el cuidado de los profesionales que dedican su esfuerzo a la promoción del bienestar en los sectores más vulnerables de la sociedad, se convierte en exigencias de primer

orden si se desea afrontar con éxito los retos del Trabajo Social en el futuro inmediato.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración y participación todos los trabajadores y trabajadoras sociales que, cediéndonos su tiempo y esfuerzo en la cumplimentación de cuestionarios, han permitido que esta investigación pudiera ser llevada a cabo.

Así mismo, agradecemos a la organización del IX Congreso Estatal de Facultades de Trabajo Social por darnos la oportunidad de que mostrar y compartir con otros compañeros y compañeras los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F. y Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería XV*, 2, 55-68.
- Balloch, S., Pahl, J. & McLean, J. (1998). Working in the social services: Job satisfaction, stress and violence. *British Journal of Social Work*, 28, 329-350.
- Barría Muñoz, J. (2002). *Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile*. Recuperado el 15 de marzo de 2011 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1137/1/psiquiatricom_2002_6_4_3.pdf.
- Bennett, P., Evans, R. & Tattersall, A. (1993). Stress and coping in social workers: A preliminary investigation. *British Journal of Social Work*, 23, 31-44.
- Caughey, J. (1996). Psychological distress in staff of a social services district office: A pilot study. *British Journal of Social Work*, 26, 389-398.
- Collins, S. y Parry-Jones, B. (2000). Stress: The perceptions of social work lecturers in Britain. *British Journal of Social Work*, 30, 769-794. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/30.6.769>
- Del Río, O., Perezagua, M. y Vidal Gómez, B. (2003). El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 29, 24-29.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-166. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Gil-Monte, P.R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Recuperado el 17 de diciembre de 2010 en [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html).
- (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Grau, A. y Suñer, R. (2008). El síndrome de burnout en los trabajadores sociales. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 1, 16-22.
- Goldberg, D. P. (1979). A Scaled versión of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- INSHT. (2006). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención*. Madrid: Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (Síndrome de burnout) en los trabajadores sociales. *Portularia*, 4, 499-506.
- Lobo, A., Pérez Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled versión of the General Health Questionnaire (G.H.Q. 28) in Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-144. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700002579>
- Mansilla Izquierdo, F. (2009). *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. Recuperado el 14 de marzo de 2011 en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>.
- Martin, U. y Schinke, S. (1998). Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social Work in Health Care*, 28, 51-62. http://dx.doi.org/10.1300/J010v28n02_04
- Martínez, A. y Del Castillo, C. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Revista de Atención Primaria*, 32, 343-348.
- Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
- (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Poulin, J.E. y Walter, C.A. (1993). Burnout in gerontological social work. *Social Work*, 38, 305-310.
- Reviriego, I. y Sáez, J. (2009). Análisis del burnout en profesores no universitarios de la región de Murcia (España) en función del tipo de centro docente: Público versus concertado. *Anales de Psicología*, 25, 86-92.
- Ríos, M.I., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19, 169-178.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario "Burnout" de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.