



UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES
Escuela de Trabajo Social

Burnout en Intervención Psicosocial de profesionales de programa Familias de Acogida Especializada (FAE) de la Comuna de Santiago y Programa de Intervención Integral Especializada (PIE) de la comuna de Renca.

TESIS para optar al TITULO de Trabajador Social y GRADO de Licenciado en Trabajo Social

Profesor Guía: Paola López López
Alumnas: Herrera Calderón Diva Tamara
Núñez Pontanilla Maggie de las Mercedes

Santiago de Chile, Enero, 2021

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue realizado con la supervisión académica de la profesora Paola López, quien con sus conocimientos y experiencia nos llevó por este arduo y largo camino de la investigación, logrando dar término a un proceso académico de manera exitosa.

Por otra parte, no queremos dejar de mencionar a quienes fueron nuestros profesores/as durante todos estos años de estudio, quienes con su vocación entregaron herramientas para nuestro desarrollo profesional.

Otro grupo de personas cuya participación y colaboración fue relevante, son todos aquellos profesionales que accedieron a ser parte de este estudio, abriendo los espacios de sus experiencias personales y laborales, dando la estructura principal a nuestra investigación.

Por último y no menos relevante, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a nuestras familias, cuyo respaldo fue fundamental para dar curso y finalizar este proceso crucial en un contexto desafortunado, logrando finamente sortear los obstáculos a los que nos vimos enfrentadas.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I:	7
1.1 Problematización.....	11
1.2 Justificación:.....	17
1.3 Preguntas de Investigación.....	21
1.4 Objetivo General	21
1.5 Objetivos Específicos	21
CAPITULO II: Marco teórico.....	22
2.1 Política de infancia en Chile.....	22
2.2 Servicio Nacional de Menores (SENAME)	25
2.3 Programa Familias de Acogida Especializada de Administración Directa de SENAME (FAE). .	27
2.4. Programa Integral de Intervención Especializada (PIE) de la Fundación Creseres.	34
2.5. Seguridad Laboral y riesgos psicosociales	40
2.6. Salud Mental	43
2.7. Definición Burnout	45
2.8. Modelo Tridimensional de Maslach	49
2.9. Algunos estudios en relación al síndrome de Burnout.	50
2.10. Burnout y Programas de Infancias en Chile.	51
2.11. Enfoque Teórico	53
2.12. Intervención Social	54
2.13. Código de ética del trabajo social.....	55
CAPÍTULO III: Marco Metodológico.....	57
3.1. Enfoque Epistemológico.....	57
3.2. Tipo de Investigación.....	58
3.3. Universo y Muestra	59
3.4. Técnicas de Investigación	60

3.5. Operacionalización de las Variables	61
3.6. Testeo de Instrumentos	62
3.7. Plan de Análisis.....	62
3.8. Proceso de recolección de datos	63
CAPÍTULO IV: Resultados.....	64
4.1. Análisis Descriptivo.....	64
4.2. Análisis Interpretativo	72
CAPÍTULO V	79
5.1. Conclusiones	79
5.2. Nuevos temas o Preguntas de Investigación	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85
ANEXOS	87
Anexo N°1: Maslach Burnout Inventory (MBI)	87
Anexo N°2: Pauta de Entrevista semiestructurada Burnout Alto	88
Anexo N°3: Pauta de Entrevista semiestructurada Burnout Bajo	90
Anexo N°4: Consentimientos Informados	92

RESUMEN

La presente investigación, nace a raíz de la escasa información en la literatura respecto al Síndrome de Burnout en contextos de programas de infancia en Chile, debido al detrimento de la salud mental y emocional que pueden provocar las funciones relacionadas a intervención con sujetos de atención altamente complejos y vulnerados. La definición de Burnout para este caso se basa en lo expuesto por la psicóloga Cristina Maslach y su modelo tridimensional (agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de realización personal).

El objetivo principal de esta investigación busca dar a conocer si la intervención profesional puede verse afectada por un trabajador que se encuentre padeciendo de este síndrome.

La metodología utilizada es cuantitativa y cualitativa a través de los instrumentos Maslach Burnout Inventory (MBI) y posteriormente una entrevista semiestructurada a una muestra de 11 trabajadores pertenecientes a los programas Familias de Acogida Especializada (FAE) y Programa de Intervención Integral Especializada (PIE), ambos pertenecientes a la red SENAME.

Finalmente, los resultados obtenidos reflejan que si bien no todos los trabajadores que intervienen en este tipo de programas resultan expuestos a altos índices de Burnout, existe un consenso a modo general que este síndrome inevitablemente interfiere en el desarrollo y en la ejecución de un proceso interventivo adecuado.

INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta a continuación, da a conocer un fenómeno que estuvo relacionado principalmente a los trabajadores del área de la salud. Hablamos del Síndrome Burnout, el cual se puede definir como una respuesta al estrés laboral que conlleva a presentar principalmente 3 síntomas: Agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de realización personal. Esta definición es propuesta por la psicóloga Christina Maslach, siendo ella pionera en la temática de este síndrome, por lo que sus características y modelo están de la mano con sus postulados.

Se comenzará haciendo una contextualización en torno a la política pública de Infancia en Chile, el cual está a cargo principalmente por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), mencionando las características principales del mismo, para dar posteriormente con la identificación de dos programas de donde se extrajo la muestra para la investigación.

Luego, se abordan temáticas en relación a la salud mental en Chile, el cual cada día va en un deterioro según estudios que se podrán ver más adelante.

Se realizan entrevistas a profesionales de programas ambulatorios del Servicio Nacional de Menores, con la finalidad de poder identificar factores que podrían estar relacionados con el padecimiento de este síndrome. A su vez, se identificará si padecen o no de este síndrome, realizando mediciones de tipo cuantitativas y cualitativas, que permiten observar la complejidad de este síndrome en el desempeño laboral cotidiano de los profesionales de la muestra. Por último, se evidenciará la afectación al proceso interventivo cuando el profesional padece de este síndrome.

En la parte final del documento, se expondrán las conclusiones más significativas que se pudieron desprender del estudio y análisis de esta investigación. En este sentido, resulta interesante señalar que un porcentaje menor de la totalidad de la muestra presentó burnout alto, mientras los que resultaron con burnout bajo expresan formas de autocuidado individual.

CAPÍTULO I:

La presente investigación, tiene por finalidad comprender y evidenciar el fenómeno respecto al síndrome de burnout que podrían padecer profesionales que intervienen en programas de infancia de alta complejidad, tanto en la línea colaborativa como de administración directa de SENAME. En este caso se refiere a los programas Familias de Acogida Especializada (FAE) y Programa Intervención Integral Especializada (PIE).

El desafío que se espera es visibilizar la relevancia que puede tener la afectación en la salud mental de este tipo de trabajadores. Para entender este problema, en primera instancia se expondrá información respecto a los determinantes sociales, así como también con los antecedentes que proporciona el Plan Nacional de Salud Mental del año 2017.

Las personas deben adaptarse al nuevo entorno, nuevas formas de vida, y a las actividades cotidianas que estas realizan, lo que ciertamente ha de influir en el bienestar de cada ser humano y finalmente de la sociedad en su conjunto. En este sentido el entorno y el ambiente laboral también se encuentran dentro de un contexto social e histórico por lo que no podemos observarlo como un fenómeno estático e invariable, si no que por el contrario se encuentra en constante movimiento y transformación que determinarán el bienestar del individuo que se ejercita y desarrolla en ese ambiente laboral.

El Ministerio de Salud (2019) define a los determinantes sociales de la salud como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”.

De esta forma es que los determinantes sociales de la salud se reflejan tanto en el ámbito social como también en los procesos a través de los cuales las condiciones sociales intervienen o afectan en la salud de la gente. Como se observa son muchas las variables que inciden en la salud de las personas, las condiciones laborales se encuentran dentro de los determinantes sociales, tal como temas de pobreza, drogas, apoyo social, desempleo, hábitos de alimentación etc. El Ministerio de Salud además

reporta que la atención de esta no es el principal elemento que determina la salud de las personas, sino que es un determinante más, siendo más importantes los factores que les permiten a estas mejorar o mantener su estado de salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman.

En cuanto al perfil epidemiológico y demográfico de la sociedad chilena, la Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010 del MINSAL arrojó algunos de los siguientes cambios:

Cambio perfil demográfico	Cambio perfil epidemiológico
<p>Envejecimiento de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la natalidad • Disminución de la tasa global de fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo • Disminución de la mortalidad • Aumento de la expectativa de vida al nacer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la mortalidad por Enfermedades No Transmisibles (ENT) • Disminución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles • Mayor Carga de Enfermedad por ENT • Alta prevalencia de factores de riesgo de ENT

De lo anterior podemos señalar que el envejecimiento progresivo de la población va unido a nuevas enfermedades crónicas interviniendo no solo en el ámbito físico de la salud, sino que además en la salud mental. Particularmente sobresalen las cifras de licencias médicas en el área de la salud mental que da a conocer la SUSESO en el año 2019. Si este panorama se lleva hacia el plano de las enfermedades que afectan a los trabajadores y trabajadoras, en 2019, el número de licencias médicas electrónicas (LME) de origen común con pronunciamiento en Chile fue de 4.449.8342. Del total de licencias médicas electrónicas, un 24,3% corresponden a licencias médicas asociadas a trastornos mentales. (SUSESO, 2019).

Según lo que refiere el Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017) en la edad adulta la exposición a factores de riesgo y a inequidades en el área de la salud, constantemente se manifiestan en el detrimento del estado de la misma (física y/o mental). Se menciona que, en promedio en esta etapa de la vida, las personas pasan

gran parte del tiempo que permanecen despiertas en sus lugares de desempeño laboral; esta sería la principal razón por la cual las condiciones laborales influyen fuertemente e impactan sobremanera en la vida de las personas y en la calidad de su salud.

En la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida, los resultados aluden en cuanto a la salud que declaran los y las trabajadoras, principalmente a síntomas o problemas relacionados con salud mental, entre los que destacan síntomas tales como sensación de continuo cansancio (30,3 %) y el haberse sentido deprimido, triste o melancólico en un lapso promedio de dos semanas en lo que se refiere a los últimos doce meses (21%). Vale mencionar que además estas cifras presentan variaciones de acuerdo a ciertas condiciones como género, tipo de funciones ejercidas y nivel ocupacional, presentándose como las más afectadas a las mujeres que se desempeñan en el servicio doméstico, labores de casa no remuneradas, empleos informales y trabajadoras del sector público. Señalar además que trabajadores de ambos sexos que se encuentran desempleados poseen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión. Cabe destacar que desde el año 2008 ocupan el primer lugar en cuanto a licencias médicas, aquellas diagnosticadas por enfermedades en el ámbito de la salud mental. (Plan Nacional de Salud Mental, Minsal 2017-2025 pág. 16)

En consecuencia gozar de una buena condición de salud se debe entender más que un estado, como un proceso continuo en permanente equilibrio, es decir, aquellos factores que se han mencionado como determinantes sociales de la salud, involucran a una serie de condiciones personales, sociales, políticos y ambientales que finalmente van a determinar el estado de la salud de las personas, por lo que las transformaciones ocurridas en diversos planos del contexto social afectan en cómo la población verá desarrollada su salud física o mental. Estas mismas transformaciones han propiciado la necesidad de entregar distintos servicios que cubran las necesidades de la comunidad involucrando directamente el rol y funciones que ejercen los trabajadores sociales, algunos de estos se identifican con el hecho de trabajar más tiempo en contacto con los usuarios, por lo que el implicarse emocionalmente con los individuos se podría intensificar. Como se ha mencionado anteriormente, las personas adultas pasan gran parte de su vida en el trabajo, siendo este espacio un lugar tanto de soporte social y satisfacción personal como de estrés y desgaste. Este desgaste o estrés puede

manifestarse de diferentes formas y en distintos contextos, además de tener directa relación con el tipo de rol que las personas realizan de acuerdo a sus profesiones u oficios, sin embargo, cuando estas transformaciones se dan en los espacios laborales los sujetos pueden verse expuestos ante enfermedades (en el área de su salud mental) como el síndrome de Burnout. “En consecuencia, los cambios y transformaciones en la naturaleza del trabajo influyen en la vulnerabilidad de los sujetos en manifestar comportamientos y actitudes asociadas al Burnout (ten Brummelhuis et al., 2012).

- *Más concretamente, los colectivos ocupacionales proclives al desarrollo del Burnout se sitúan en las profesiones asistenciales, tales como la sanidad, la educación, los trabajadores sociales, los funcionarios de prisiones o los policías (Maslach y Leiter, 1997; Schaufeli y Greenglass, 2001).*
- *Por consiguiente, la presencia de altas demandas laborales como la Influencia la carga de trabajo y el conflicto de rol, así como la falta de recursos laborales como las posibilidades de desarrollo y el control sobre el tiempo de trabajo conduce a la aparición de altos niveles de Burnout (Demerouti et al., 2001).*

De acuerdo a lo que refieren los autores (Drake & Yadama, 1996) dentro de grupos de trabajadores sociales que intervienen profesionalmente en residencias de niños, niñas y adolescentes y servicios de protección infantil; en general muestran los síntomas de despersonalización y menor satisfacción laboral, esto se asocia al continuo desgaste que genera el enfrentarse a prolongados conflictos familiares conjugado con otros factores estresores como el hecho de permanecer largos periodos de tiempo interviniendo a los usuarios ya sean los adultos o niños, periodos que en algunos programas se extienden incluso por más de tres años.

En este sentido y desde una mirada acorde a las funciones que estos trabajadores y trabajadoras ejercen, se puede señalar que corresponde a un área expuesta a sufrir enfermedades de carácter emocional debido a la directa relación que posee el trabajador social con el sujeto de intervención y sus problemáticas; el cual se ve sometido a altos niveles de exigencias en su intervención a causa de la complejidad del perfil de los usuarios. En el caso específico de aquellos profesionales que ejercen sus funciones en

contexto de programas pertenecientes a la red SENAME, estos se ven enfrentados a mayores desafíos en la intervención profesional dada las características extremadamente complejas que poseen los usuarios a causa de las graves vulneraciones de derecho cometidas en su contra. Por ende, el complejo perfil que presentan los usuarios aumenta los desafíos de los profesionales, así como también las posibilidades de enfrentarse a altos niveles de estrés pudiendo incluso manifestar síntomas relacionados con enfermedades que afectan la salud mental.

1.1 Problematización

Chile, a partir de la firma de distintos tratados y/o convenios realizados a nivel internacional, ha comprometido su interés en proteger, promover, garantizar y reparar los derechos humanos de todos los individuos que componen la nación; incluyendo en ello, desde el año 1991, con la firma de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los derechos de la infancia en el país. Para esto, se dispone de una importante cantidad de instituciones que buscan ejecutar políticas públicas, que tengan como objetivo la promoción, protección, garantías y reparación de estos derechos. En temáticas de infancias y niñeces, una de las instituciones más relevantes para este aspecto es el Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Dicha institución, creada en 1979, durante el periodo de Dictadura Militar (1973-1990), es hoy el responsable principal de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y en tanto tal, tiene una repercusión relevante a lo largo del territorio nacional. Dentro de esta, existe una multiplicidad de disciplinas que convergen al minuto de plantear acciones de intervención con alguna familia y/o niño, niña o adolescente, todas las cuales, desde su ámbito de saberes, buscan causar un impacto positivo dentro de los planes de intervención.

El Servicio Nacional de Menores SENAME, siendo la institución estatal responsable de garantizar el cumplimiento de los derechos de todos los niños de nuestro país, lamentablemente durante los últimos años ha sufrido un desgaste en su credibilidad por parte de la población, lo cual viene de una serie de eventos desafortunados, incrementados principalmente por las situaciones ocurridas en los CREAD de

Administración Directa del Servicio y otros eventos ocurridos bajo la responsabilidad de Centros de Organismos Colaboradores. Lo anterior se sustenta bajo lo descrito en el Informe de Investigación relacionada en Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a un procedimiento de comunicaciones. El cual obliga a los Estados parte a colaborar en la información en caso de indicarse violaciones graves sometidas por el Estado hacia niños, niñas y adolescentes. Para el caso de Chile se le atribuye:

109. El Estado es directamente responsable de las violaciones llevadas a cabo en los CREAD, así como de las llevadas a cabo en los OCAS u otros centros. Y ello, no solo por falta de supervisión, sino también porque dichos centros, a efecto de atribución de responsabilidad, deben ser considerados agentes del Estado, al actuar en el ejercicio de funciones públicas por delegación del Estado. Como ha señalado el Comité en su DG.16: “Los Estados no están exentos de sus obligaciones en virtud de la Convención y sus protocolos facultativos cuando delegan sus funciones o encargan su desempeño a una empresa privada o a una organización sin fines de lucro” (CRC/C/GC/16, par. 25). Organización de las Naciones Unidas (2018)

De acuerdo a la Ley de Transparencia del SENAME, en el marco de la Ley N°20.285, sobre Acceso a la Información Pública, reportan la siguiente información:

-El número total de funcionarios del SEMANE al 31 de diciembre del 2019 es de 4.615 funcionarios/as contratados en cargos de Planta y Contrata.

-El número de funcionarios administrativos o de soporte técnico que no tienen trato directo con NNA es de 2.132 funcionarios/as.

-El número de funcionarios que se desempeñan en atención directa en centros de administración directa del SENAME de cuidado alternativo (CREAD, Residencia Familiar y FAE) es de 940 funcionarios/as. Sumando a 65 funcionarios/as de programas FAE AADD, que cumplen funciones, tipificadas como gestión de soporte a través de las Direcciones Regionales (Región Metropolitana, Valparaíso y del Bio Bío).

Respecto al Número de días de licencias médicas por trabajador, al 31 de diciembre del 2019, a nivel nacional, se tramitaron un total de 17.658 licencias médicas, correspondientes a 3.644 funcionarios/as, que abarcan un total de 185.643 días de reposo.

-El número de días de licencia presentadas por parte de los trabajadores que se desempeñan en atención directa de NNA, en centros de administración directa del SENAME CREAD, Residencia Familiar y FAE. Se tramitaron 4.100 licencias médicas que corresponden a 814 funcionarios/as, abarcando un total de 43.316 días.

-El número de días de licencias presentadas por parte de trabajadores que se desempeñan en funcionarios administrativos o de soporte técnico que no tienen trato directo con NNA, se tramitaron 5.912 licencias médicas, correspondientes a 1.476 funcionarios/as, que abarcan un total de 63.711 días de reposo.

De acuerdo al Protocolo de Vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo, el cual se realizó a 1.689 funcionarios/as entre los años 2016-2018 (último periodo informado a la Superintendencia de Seguridad Social), posible mencionar que se detectaron factores en “Riesgo Alto” en las 5 dimensiones evaluadas. Que se detallan a continuación:

SUB DIMENSIONES EN RIESGO	2016	2017	2018
Exigencia Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencias psicológicas cognitivas (CO) • Exigencias psicológicas emocionales (EM) • Exigencias psicológicas de esconder emociones (EE) • Exigencias psicológicas sensoriales (ES) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencias psicológicas cuantitativas (CU) • Exigencias psicológicas emocionales (EM) • Exigencias psicológicas de esconder emociones (EE) • Exigencias psicológicas sensoriales (ES) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencias psicológicas emocionales (EM) • Exigencias psicológicas de esconder emociones (EE) • Exigencias psicológicas sensoriales (ES)

Trabajo activo y desarrollo de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia (IN) • Control sobre el tiempo de trabajo (CT) 		<ul style="list-style-type: none"> • Influencia (IN) • Control sobre el tiempo de trabajo (CT)
Apoyo Social y calidad del liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Claridad del rol (RL) • Conflicto de rol (CR) • Calidad de liderazgo (CL) • Calidad de relación con superiores (RS) • Calidad de la relación con compañeros de trabajo (RC) 		<ul style="list-style-type: none"> • Claridad del rol (RL) • Calidad de liderazgo (CL) • Calidad de relación con superiores (RS) Calidad de la relación con compañeros de trabajo (RC)
Compensaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Estima (ET) • Inseguridad respecto al contrato de trabajo (IC) • Inseguridad respecto a las características del trabajo (IT) • 	<ul style="list-style-type: none"> • Estima (ET) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estima (ET) • Inseguridad respecto al contrato de trabajo (IC) Inseguridad respecto a las características del trabajo (IT)
Doble Presencia	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por tareas domésticas (DP) • Carga de tareas domésticas (DC) 		<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por tareas domésticas (DP)

(Fuente: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2020).

Si bien, existen diversos significados del síndrome de Burnout, para efectos de esta investigación, se tendrá como referencia la definición propuesta por Maslach y Jackson (1981), quienes lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal.

Los profesionales que trabajaban en los programas sociales pertenecientes a SENAME, tanto de administración directa como colaboradores del Servicio, al pertenecer a esta entidad, quedan afiliados a cualquiera de las diversas mutualidades que existen, dentro de las cuales se destacan el Instituto de Seguridad del Trabajo, la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción y la Asociación Chilena de

Seguridad. Sin embargo, para efectos de la presente investigación, tanto los trabajadores pertenecientes al Programa Familias de Acogida Especializada de Administración directa del Servicio Nacional de Menores y del Programa de Intervención Integral Especializada, perteneciente a la Fundación Creseres, es decir a un organismo colaborador, mantienen ambos su afiliación a la mutualidad Asociación Chilena de Seguridad.

De acuerdo a la Legislación chilena basada en la Ley 16.744, los trabajadores tanto dependientes como independientes, cuentan con un seguro contra enfermedades profesionales y accidentes de trabajo (Subsecretaría de Prevención Social). Este seguro cubre eventos tales como: accidentes de trabajo, accidentes de trayecto, accidentes sufridos por dirigentes sindicales y enfermedades profesionales, y aunque existe una cobertura y un peritaje a nivel de salud mental, estas aún se mantienen en un plano secundario dentro de los distintos eventos a los cuales se ve enfrentado un trabajador/a. De tal manera, es posible observar una visión y relevancia en lo físico, en las condiciones ambientales de trabajo y/o uso de los implementos de seguridad; sin embargo, los riesgos psicosociales aún no alcanzan un nivel de conocimiento masivo y aplicación primordial en los centros de atención correspondientes. En este sentido, el estar expuesto a riesgos psicosociales impactan de manera negativa a los trabajadores de manera silenciosa, lo cual puede causar afectaciones y/o enfermedades que finalmente quedan en segundo plano en nuestro sistema de salud, ya sea estatal o privada.

Producto de los riesgos psicosociales que se pueden presentar en los distintos contextos laborales, existe un instrumento que mide dichos riesgos, llamado “Cuestionario SUSESO/ISTAS21” e “Instrumento de evaluación de medidas para la Prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo”, el cual se concreta en el “Protocolo de Vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo”,

De acuerdo a la estadística del 2017 muestra que el área de asistencia social (2,4% presenta riesgo alto en espacios de trabajo) comparte un porcentaje considerable respecto al alto riesgo psicosocial en relación al área de educación (7,5%), por lo cual se hace ostensible el prestar atención respecto a esa área que presta ayuda social en la que se hace un proceso interventivo. Finalmente hacen un llamado e invita a reflexionar

respecto a estos antecedentes ya señalados que año a año va aumentando, por lo cual se pretende reflejar una parte de ella en la presente investigación.

Para el caso de trabajadores y profesionales que ejercen en las distintas áreas de SENAME, es un tema urgente, debido a la importancia de su labor en la reparación y restitución de derechos vulnerados en niños, niñas y/o adolescentes y sus familias, ya que una mala ejecución de sus objetivos o de las acciones previstas para una intervención, afectará directamente en la labor del Estado para reparar derechos horadados en una población.

Los programas FAE y PIE al ser programas especializados en su tipo de intervención, sus demandas tienen un nivel mayor de exigencia coactiva hacia sus profesionales respecto a su quehacer. Estas exigencias podrían desencadenar afectaciones relacionadas al síndrome de Burnout, es decir, que su salud esté siendo interferida por ciertos determinantes, podría llegar a incidir la intervención o proceso interventivo y por ende al sujeto de atención, que en este caso son los niños, niñas y/adolescentes y sus familias.

El Burnout puede ser un fenómeno latente, emergente y progresivamente creciente en la realidad cotidiana de la labor de profesionales en las distintas áreas del Servicio Nacional de Menores. Nacen distintas interrogantes acerca de cómo esta patología va decantando invisible pero de manera permanente entre organismos externos pero colaboradores de SENAME, sus profesionales y, posiblemente, auxiliares y personal administrativo. Ante lo reciente de este tipo de investigaciones, creemos que aún estamos en las etapas iniciales para poder realizar un diagnóstico acabado de la realidad de los trabajadores y profesionales de las distintas áreas de SENAME y su relación con el Burnout. Según indican los hallazgos en la literatura, se observa que existe una relación entre el desgaste emocional de los profesionales que trabajan con infancia y la intervención propiamente tal. Se quiere saber si existen estos indicios para poder entregar los antecedentes a las personas, a los departamentos indicados de modo que puedan visibilizar estos problemas y actuar en consecuencia.

1.2 Justificación:

Es importante mencionar respecto al área en donde se desarrollará la investigación; El área de investigación se hace dentro de un contexto de política pública, específicamente del área de infancia. El principal organismo que se encarga de brindar protección y responder a las necesidades de los niños, niñas y/o adolescentes, es el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Mantiene como misión principal el colaborar con la prevención, promoción, protección y restitución de los derechos del grupo anteriormente mencionando. Para llevar a cabo su labor, SENAME dispone de una amplia gama de programas, administrados tanto por el propio Servicio como también de programas provenientes de organismos colaboradores, esto según lo establece la Ley 20.032, Decreto supremo 841, donde se instaura un sistema de atención de niños, niñas y/o adolescentes a través de una red de colaboradores acreditados y su correspondiente régimen de subvención. Ministerio de Justicia, Ley 20.032 (2005).

Uno de los contextos en cual se ejecutará la investigación, se encuentra el Programa Familias de Acogida Especializada de Administración directa del Servicio Nacional de Menores (FAE – AADD). Este programa, está bajo la supervisión del Departamento de Protección, cuyo objetivo es el brindar la oportunidad de tener un hogar transitorio para niños y niñas entre 0 y 6 años, mientras se reestablece su derecho a vivir en una familia definitiva. El objetivo del FAE –AADD es el de brindar protección, afecto y atención especializada para reparar el daño de los niños y niñas, y de sus hermanos, que por decisión judicial hayan sido removidos de su familia de origen debido a que sufrieron graves vulneraciones como abandono, violencia sexual, negligencia parental/marental u otras formas de maltrato físico y/o psicológico.

Por otro parte, en el ámbito de organismos colaboradores (OCAS), nuestra investigación también se desarrollará en el Programa de Intervención Integral Especializada (PIE - 24 Horas), perteneciente a la Fundación Creseres.¹ Este programa también se encuentra a cargo del Departamento de Protección y se encuentra en la línea

¹ Organismo colaborador de SENAME creado en el año 2013 como entidad privada. Cuenta con 17 programas de intervención, dentro de los cuales se encuentran: Programa de Reinserción Educativa (PDE), Programa de Prevención Focalizada (PPF), Programa de Intervención Integral Especializada (PIE) y Programa Residencia Familiar Estudiantil (PRFE). La Casa matriz se encuentra ubicada en la IX Región de la Araucanía.

de programas ambulatorios, teniendo modalidades tanto preventiva como reparatoria especializada. El objetivo del PIE 24 Horas es la de contribuir a la interrupción y resignificación de situaciones de vulneración de derechos y/o prácticas transgresoras de niños, niñas y adolescentes provenientes de entre 10 y 17 años preferentemente del PIE 24 Horas (Programa de Seguridad Integrada), siendo este una base de datos de Carabineros de Chile.

Dentro de esos programas, si bien se realiza un trabajo a nivel familiar, el principal sujeto de atención se centra en los lactantes, niños, niñas y adolescentes hasta los 17 años 11 meses. El trasfondo familiar de nuestro sujeto de atención pertenece esencialmente a familias que carecen de ciertas estrategias de resolución de diversos conflictos que los hicieron entrar en los programas ya mencionados, siendo sujetos que requieren principalmente la restitución de sus derechos vulnerados en un entorno de ayuda y/o apoyo.

Luego de establecer claramente los contextos de los programas donde se llevará a cabo la investigación, es relevante dar a conocer el tema que se trabajará, dando énfasis en el síndrome de Burnout. Específicamente, lo que se desea conocer es ver cómo puede afectar este síndrome en el proceso interventivo.

Frente a este panorama que vive nuestra sociedad, se debe considerar algunos elementos que podrían influir en las formas de relacionarnos en la cotidianidad tanto a nivel familiar como en los contextos laborales, es así que nos llama la atención lo que refiere el autor Byung- Chul Han en su libro *La sociedad del cansancio*.

“Lo que provoca la depresión por agotamiento no es el imperativo de pertenecer solo a sí mismo, si no la *presión por el rendimiento*.” (p.29).

En realidad, lo que enferma no es el exceso de responsabilidad e iniciativa, sino el imperativo del rendimiento, como nuevo *mandato* de la sociedad del trabajo tardomoderna. (p.29)

Al nuevo tipo del hombre, indefenso y desprotegido frente al exceso de positividad, le falta toda soberanía. El hombre depresivo es aquel *animal laborans* que se explota a sí mismo, a saber: voluntariamente sin coacción externa. Él es, al mismo tiempo verdugo y víctima. (p.39).

Debido a lo anteriormente mencionado, se puede reflexionar que existe una alta probabilidad que se generen las condiciones de padecer alguna patología o síndrome que propicia el sistema neoliberal y que pudiera afectar el comportamiento y desempeño laboral de los trabajadores. Esto, producido por el sistema económica que requiere una exigencia mayor por parte de los trabajadores, donde abunda el interés en lo económico y en lo material, lo que finalmente ha producido y reproducido patrones constantes de competitividad laboral.

La OMS, incorpora en el año 2019 en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) al síndrome de burnout, siendo incluido al ítem “Problemas asociados al empleo o al desempleo”

Es dable señalar que, debido a la reciente visualización y formalización del burnout como una enfermedad, es que se considera que la investigación del burnout en profesionales trabajadores del área de SENAME es un tema oportuno y actual, sobre todo conociendo que el burnout se ha relacionado principalmente con trabajos que tienen que ver con el área de salud, desconociendo la relevancia que tiene este síndrome en área social. Teniendo en consideración, además, las referencias negativas del Servicio Nacional de Menores que se obtienen desde los diversos medios de comunicación, esto a raíz de vulneraciones de derechos que se han ido conociendo con el pasar del tiempo.

Desde la mirada de la Ergonomía y el Comportamiento Organizacional, el enfoque propuesto por Landy y Conte (2005) tiene relación en que el proceso de estrés incluye estresores laborales (físicos y psicosociales), moderadores del proceso de estrés (diferencias individuales, apoyo social) y consecuencias negativas del estrés (por ejemplo, el Burnout, trastornos cardiovasculares, etc.) (p.65)

Por lo cual, el Burnout se considera una consecuencia psicológica al estrés. (Robbins 2004, p.66). De ser así, es posible evidenciar que claramente, este síndrome causará una afectación a los trabajadores que la padezcan, siendo un aspecto fundamental a considerar en una investigación que se realizará al interior de dos programas que dentro de su área de interés es el apoyo psicosocial de sus usuarios.

La Dirección del Trabajo, define a los trabajos pesados a los que su realización activa el desgaste tanto intelectual, físico como psíquico. El cual produce envejecimiento prematuro, incluso si estos no se desarrollen como enfermedad laboral.

La entidad responsable de la calificación para que una labor se considere como trabajo pesado es La Comisión Ergonómica Nacional (CEN) a través de la Ley N°19.404.

Reflexionando las motivaciones que llevaron a plantearse el tema de investigación y su pertinencia, se pretende que los trabajadores sociales que se desempeñan en programas pertenecientes a la red SENAME, así como también al resto de los profesionales que intervienen en este tipo de programas puedan adquirir luces de alerta frente a las consecuencias que genera el síndrome de burnout, ya sea a nivel personal o a nivel de la organización misma. Por ende, dar a conocer los resultados que esta investigación pueda arrojar, a niveles centrales, es decir a la jefatura de cada uno de los programas sobre los cuales se ejecutará. Así mismo e idealmente, que ambas entidades puedan generar, en base a los resultados obtenidos, acciones para la prevención, y/o fortalecimiento de los equipos psicosociales mediante la entrega de herramientas que permitan un mejor afrontamiento en situaciones de conflicto y dificultad. Estas instancias se reconocen en el área de SENAME como jornadas de auto y mutuo cuidado. Actitudes como la resiliencia, auto análisis o la capacidad de detenerse para observar o al menos reflexionar en el desgaste profesional, antes de que este evidencie los síntomas propios de este síndrome, pueden propiciar intervenciones responsables y eficaces y dar cumplimiento a los objetivos de la intervención dentro de un espacio grato tanto para el trabajador social como para sus usuarios.

Las razones más relevantes, aluden al hecho de que, en esta línea de programas, los trabajadores se ven expuestos de manera constante a padecer de afecciones

emocionales debido al permanente contacto con situaciones de vulnerabilidad y pobreza. Por ende, se cree considerable traer al debate el reconocimiento del desgaste profesional y visualizar las estrategias para prevenir sus indicadores por parte de las jefaturas correspondientes a ambos programas.

1.3 Preguntas de Investigación

- 1) ¿Puede ser el síndrome de burnout un elemento que afecte la intervención de duplas psicosociales de los programas FAE y PIE?

1.4 Objetivo General

- Identificar factores del Burnout en la intervención psicosocial de profesionales del equipo interventivo (psicólogos, trabajadores sociales y técnicos en trabajo social) y director/a del Programa Familias de Acogida Especializada (FAE) de la Comuna de Santiago y Programa de Intervención Integral Especializada (PIE) de la comuna de Renca.

1.5 Objetivos Específicos

- Pesquisar indicios del Síndrome de Burnout en Director/a y profesionales que trabajan en intervención directa con NNA y Familia, a través del Instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Determinar en Director/a y profesionales que trabajan en intervención directa con NNA y familia, indicadores asociados al Síndrome de Burnout.
- Evidenciar la afectación en los procesos interventivos de Director/a y profesionales de trabajo directo, que arrojasen indicadores del Síndrome de Burnout.
- Evidenciar mecanismos de autocuidado para evitar el síndrome de burnout en aquellos trabajadores que puntúan bajo en el MBI

CAPITULO II: Marco teórico

2.1 Política de infancia en Chile

Posteriormente a la ratificación de la convención internacional de los derechos del niño en Chile, en 1992, el país ha presentado importantes avances en materia de infancia y adolescencia, cambios significativos a nivel de políticas públicas y legislativas, junto con una serie de programas enfocados en el beneficio de los niños niñas y adolescentes que residen en el país, se van constituyendo en la base central para el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Estado de Chile. Según lo mencionado en el último informe de Política Nacional de Infancia y Niñez, durante los casi 30 años desde que el país ratificó la CDN el camino recorrido muestra los significativos avances alcanzados, dando cuenta de estos avances en distintas materias como educación y salud.

En materias de niñez y adolescencia se exhiben adecuados niveles de supervivencia y, paulatinamente, se está avanzando en dimensiones más integrales del desarrollo. Vale decir, Chile tiene una base estructural para dar un salto cualitativo, instalando la perspectiva de derechos en sus políticas públicas, y específicamente para que exista un ejercicio efectivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que habitan el país

Entre estos avances se puede destacar lo siguiente:

- Desarrollo de un sistema especializado de justicia en materia de familia que crea los Tribunales de Familia (Ley N° 19.968 de 2004).
- Legislación especial sobre responsabilidad penal adolescente (Ley N° 20.084 de 2005).
- Normas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas (Ley N° 20.066 de 2005).
- Instalación del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (Ley N° 20.379 de 2009).
- Establecimiento de normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas en situación de discapacidad, con especial foco en niñez y adolescencia (Ley N° 20.422 de 2010).

- Instalación de un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación que abarca la educación parvularia, básica y media y su fiscalización (Ley N° 20.529 de 2011).
- Normas de promoción de la buena convivencia escolar y de prevención de toda forma de violencia en las escuelas (Ley N° 20.536 de 2011).
- Modificaciones al Código del Trabajo que establecen regulaciones al trabajo de menores de edad, prohibiendo a los menores de 18 años todo POLÍTICA NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA / 2015-2025 33 trabajo nocturno en establecimientos industriales y comerciales (Ley N° 20.539 de 2011).
- Fortalecimiento de la protección a la maternidad, extensión del post natal para las madres e incorporación del permiso post natal parental (Ley N° 20.545 de 2011).
- Sanción del acoso sexual infantil, pornografía y posesión de material pornográfico infantil (Ley N° 20.526 de 2011)
- Establecimiento de inhabilidades de condenados por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes (Ley N° 20.594 de 2012). Política Nacional de Niñez y Adolescencia (2015-2025).

Por otra parte, la desigualdad Según cifras de OCDE, en el año 2013, Chile sobrepasó los U\$ 20.000 per cápita, y la distribución del ingreso llega a niveles de inequidad que cohabitan con los avances que se indican a nivel social, así como en la comodidad de las personas, de tal manera que se ve afectada la vida en familia, con la comunidad y otras áreas, tales como la salud, la vivienda y la educación, junto con el acercamiento a gran parte de los bienes y servicios.

Según lo expuesto en el mismo documento de Política Nacional de Infancia y Adolescencia (2015-2025):

“Cabe mencionar a la población adolescente en conflicto con la justicia. En este segmento de la población la tasa de deserción escolar es de un 34,38%, y un 89,36% de los jóvenes privados de libertad presenta un atraso escolar de uno o más años”. (p. 47)

Las cifras señaladas anteriormente hablan de políticas debilitadas, si se considera que la escolarización es uno de los factores centrales (como factor protector) ante la delincuencia juvenil, la socialización y la salud mental. En concordancia con lo anterior se puede mencionar varios factores al debe con este sector de la población, como la falta de espacios públicos en comunas con menores ingresos disponibles para la sana recreación de los niños niñas y adolescentes, los cuales además deben convivir en viviendas hacinadas.

UNICEF el año 2012, indica que la prevalencia de vida en lo relacionado a violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en su espacio familiar alcanzó a un 71,0%, cifra que se desagrega según tipo, y constata que un 25,9% es de violencia física grave; un 25,6% de violencia física leve y; un 19,5% de violencia psicológica.

Si bien el Estado de Chile ha cubierto ejes importantes dentro de la protección hacia población infantil, existe una agenda pendiente cuyos temas son estructurales para una reforma significativa hacia la protección de los NNA que residen en el país.

- Ausencia de Ley Sistema de Garantía de Derechos de la Niñez, que es el marco general a través del cual el Estado pretende generar un sistema coordinado de dispositivos legales, institucionales, políticos y sociales, orientados a asegurar la efectividad de los derechos de los niños y a velar por su pleno desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, considerando su identidad cultural y su pertenencia a pueblos indígena.
- Inexistencia de un Servicio de Protección Especial y Servicio de Reinserción Juvenil. El primero dependerá del Ministerio de Desarrollo Social y el segundo del Ministerio de Justicia. El nuevo Servicio de Protección Especial se encargará de entregar prestaciones especializadas de protección y restitución de derechos a niños y niñas.
- Ley de Menores (16.668) del año 1928, aún vigente, que creó un mecanismo de protección que involucraba tanto a los niños que cometían delitos como a los que se encontraban vulnerados en sus derechos, calificación que hacía el Estado a través de sus organismos técnicos, encabezados por la Dirección General de Protección

de Menores. La ley también creó los Tribunales de Menores, siguiendo el modelo norteamericano y europeo. Luego en 1968, se modifica esta Ley en algunos aspectos, como es la creación de la policía de menores, pero mantiene lo esencial de la Ley de 1928. En los años posteriores, se han realizado modificaciones a esta Ley, pero sigue siendo la que rige el accionar del Estado frente a situaciones de vulneración de derechos que puedan sufrir niño y/o niñas. Informe sobre Políticas Públicas de Infancia en Chile y Antecedentes Región de Aysén (abril 2018, pág. 4)

2.2 Servicio Nacional de Menores (SENAME)

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes entre 14 y 17 años ante el sistema judicial. Además, se ocupa de regular y controlar la adopción en Chile.

Fue creado por el Decreto de Ley N 2.465 del 10 de enero de 1979, que constituye su Ley Orgánica publicada en el Diario Oficial el 16 de enero del mismo año. Un decreto supremo del 5 de diciembre de 1979 fijó la planta y el SENAME entró en funciones el 1 de enero de 1980.

El servicio lleva a cabo su gestión conforme a las instrucciones de los diversos tribunales distribuidos a lo largo del país. Todos los servicios y asistencias que se prestan en la institución, salvo las Oficinas de Protección de Derechos (OPD), están ligadas a la justicia. Los niños y adolescentes que reciben atención han sido enviados directamente por los Tribunales de Familia, vale decir, se encuentran judicializados.

Para cumplir con su labor, el servicio cuenta con centros de atención directa y con una red de colaboradores acreditados, que postulan con proyectos a licitaciones públicas. En el caso de los centros directos, estos gastan el 37% del presupuesto institucional, mientras que la red privada hace uso del 63% de este presupuesto.

-Misión Institucional

Contribuir a la prevención, promoción, protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes vulnerados en sus derechos, así como a la responsabilización e inclusión social de jóvenes infractores de ley a través de una oferta programática en continuo mejoramiento, la cual es entregada por un grupo humano comprometido, constituido por SENAME y sus Organismos Colaboradores.

En esta materia SENAME reconoce la existencia de los compromisos nacionales e internacionales adquiridos por Chile, ratificando tanto la suscripción de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN) en el año 1990, así como también en el acuerdo Nacional por la Infancia, publicado por el actual gobierno, cuyo principal propósito es promover el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes que residen en nuestro país de manera que puedan lograr en pleno el desarrollo de sus capacidades.

En cuanto al perfil del usuario de la línea programática del área de protección del servicio, en términos generales hace referencia a niños de 0 a 18 años víctimas de vulneraciones de derecho en el ámbito físico, psicológico, emocional, económico etc.

Respecto de las principales áreas que son de responsabilidad del Servicio Nacional de Menores, se encuentran:

-PROTECCIÓN: El Departamento de Protección de Derechos del Sename tiene como objetivo el contribuir a la prevención, promoción, protección y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes vulnerados en sus derechos, a través de una oferta programática en continuo mejoramiento. (SENAME, s.f)

-ADOPCIÓN: La adopción es una medida de protección que se aplica cuando se han agotado todas las posibilidades para que un niño/a pueda reintegrarse o permanecer bajo el cuidado personal de sus padres o familia biológica, permitiendo restituir su derecho a vivir en una familia definitiva que le garantice crecer y desarrollarse adecuadamente, en un ambiente de protección y afecto. (SENAME, s.f)

En Chile, la adopción está regulada por la Ley N 19.620, del 5 de agosto de 1999, por su reglamento, contenido en el DS N 944 de 2000, del Ministerio de Justicia y por el Convenio de La Haya sobre Protección del Niño y Cooperación en Materia de Adopción Internacional de 1993, ratificado por Chile en 1999, este último cuerpo normativo, para efectos de adopciones internacionales. (SENAME, s.f)

-JUSTICIA JUVENIL: El Servicio Nacional de Menores, por medio de su Departamento de Justicia Juvenil, tiene por objetivo el diseño, desarrollo y disposición de prestaciones en el marco de la Ley de Responsabilidad Adolescente (LRPA 20.084) para jóvenes entre los 14 y 18 años de edad que han entrado en conflicto con la ley, con el fin de contribuir a su plena integración social conforme a los estándares definidos por esta ley. (SENAME, s.f)

2.3 Programa Familias de Acogida Especializada de Administración Directa de SENAME (FAE).

El Programa Familias de Acogida Especializada de Administración Directa, representa una oportunidad para que el Estado brinde respuestas inmediatas a aquella población infantil que requiere una medida alternativa a la modalidad residencial tradicional, para constituirse en una medida de cuidado alternativo a la internación de niños, niñas menores de seis años de edad que han debido ser separados de su medio familiar de origen, por orden judicial, en razón de situaciones de grave vulneración de sus derechos, a fin de que puedan permanecer en un ambiente de contención, cuidado y efectiva protección. El Programa pretende responder a las necesidades residenciales, a las necesidades de intervenciones reparatorias tanto para la atención directa de los niños y niñas como para sus progenitores, familiares extensos como a los miembros de las familias acogedoras.

Se trata por tanto de un programa que ofrece atención de carácter transitorio, a niños y niñas cuyos progenitores o familiares extensos no pueden ejercer adecuadamente su rol protector, cuyo plazo de intervención dependerá del resultado de las evaluaciones sobre competencias parentales, el tiempo requerido para desarrollar procesos que logren reparar el daño asociado a las exposiciones de situaciones y experiencias vulneradoras.

El programa de Familias de Acogida no tiene carácter adoptivo, en tanto los procesos de adopción se rigen en sus fines y procedimientos por una normativa específica. Distinto es que como resultado del proceso de diagnóstico e intervención reparatoria, sea posible determinar la no existencia de redes familiares o adultos consanguíneos en condiciones de asumir el proceso de cuidado y crianza de los niños y niñas y por tanto se deriven los antecedentes a las unidades de adopción a fin de evaluar la posibilidad de solicitar al Tribunal de Familia competente la declaración de susceptibilidad de adopción.

Según las Orientaciones Técnicas (2015) del Programa FAE las principales problemáticas/necesidades que presentan los sujetos de atención, en específico de aquellos niños niñas y adolescentes que se encuentran en cuidado familiar alternativo, se encuentran enfocadas al restablecimiento del derecho vulnerado, los que lamentablemente se relacionan directamente con negligencia grave de uno o ambos padres, abandono, abuso sexual, violencia intrafamiliar psicológica y/o física, consumo problemático de alcohol y drogas (esta conducta se presenta generalmente en los padres biológicos) no problematización de las vulneraciones ejercidas en los niños y niñas, incompetencia e inhabilidad en el ejercicio del rol parental. Estos eventos señalados anteriormente son los propulsores de una serie de otras necesidades a las que debe dar respuesta el equipo interventor, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales y técnicos, que deben responder a la población usuaria, tales como habilitar a los padres o adultos en el rol responsable de su ejercicio parental, reparar el daño que las vulneraciones han desarrollado, fortalecimiento del vínculo afectivo entre niño o niña y familia, además se presentan otras necesidades de carácter económico, educacional, salud, comunitaria etc.

Según Jesús Palacios Licenciado y Doctor en psicología de la Universidad de Sevilla, España, la familia juega un papel relevante en el desarrollo de los niños y niñas, tanto así que se puede asegurar que es el ambiente o entorno de desarrollo crucial para los primeros años de vida de las personas. Para Palacios (1999), la familia es el contexto más deseable de crianza y educación de niños y niñas y de adolescentes, ya que es quien mejor puede promover su desarrollo personal, social e intelectual y, además, el que habitualmente puede protegerlos mejor de diversas situaciones de riesgo. SENAME ofrece una serie de programas para el cumplimiento de su función primordial que es ser

garante de derechos hacia todos los niños que viven en nuestro país. Un niño que se encuentra permanentemente expuesto a situaciones maltratadoras o a vivencias violentas, llámese abandono parental o familiar, la negligencia de la figura adulta que posee el niño, el maltrato infantil, el abuso sexual etc. ese niño que vive permanentemente expuesto a contextos de maltrato, no logrará alcanzar los escasos factores protectores que pudiera haber recibido en ese contexto familiar, “por esta razón, el acompañamiento a través de una familia de acogida, permitirá en el/la niño/a desarrollar y fortalecer estos factores protectores y la resiliencia individual que permitirá mantener el equilibrio en su salud mental”. (Manual para familias de Acogida AA.DD., 2015).

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) busca promover en el mundo los derechos de los niños y niñas, cambiando definitivamente la concepción de la infancia. Chile ratificó este convenio internacional el que se rige por cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior del niño, su supervivencia, desarrollo y protección, así como su participación en decisiones que les afecten.

El Programa Familias de Acogida Especializada de Administración Directa, (FAE AADD) en armonía con la CDN orienta su accionar ubicando al centro de toda intervención al niño/a como un actor social y sujeto de derechos, en interacción con su entorno familiar y comunitario, con consideración a su edad, necesidades y características, en particular de aquellos que suman vulnerabilidad por discapacidades u otras situaciones de vulnerabilidad potencial que puedan afectarles. De este modo y en concordancia con la Convención de derechos del Niño el Estado de Chile se compromete a proteger y asegurar los derechos de la niñez, este enfoque de derechos es el que el Programa FAE basa el accionar de sus intervenciones.

Perfil de los Sujetos de Atención:

El Programa Familias de Acogida entrega protección en un grupo familiar alternativo a niños y niñas, en un rango etario de 0 a 6 años, con atención preferencial a sus hermanos menores de 18 años que requieran de protección, víctimas de graves vulneraciones de derecho que -en razón de tales situaciones- han debido ser separados temporalmente de

su núcleo familiar, por orden judicial. Por tanto, es sujeto de atención del Programa niños y niñas menores de 6 años de edad y sus hermanos.

Las causales de ingreso de un niño, niña al Programa deberán corresponder a la existencia de graves vulneraciones de derechos, que no permitan que el niño o niña permanezca bajo el cuidado de sus progenitores o figuras de su familia extensa. Entre ellas, maltrato físico grave, maltrato psicológico, testigos de violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia grave, abandono, explotación sexual o laboral.

Definición de principales causales de ingreso

-Maltrato Infantil: Es una acción no accidental por parte de los padres, madres, cuidadores, otros adultos o de instituciones, que provoca daño físico en el cuerpo del niño(a) o genera enfermedades. Ejemplos: formas de castigo corporal como golpes, quemaduras, azotes, zamarrones, pellizcos, tirones de pelo u otras acciones que causen marcas y/o sufrimiento físico. Incluye el síndrome de Münchausen.

-Maltrato Psicológico: se califica esta causa de ingreso cuando los adultos a cargo del cuidado del niño(a) manifiestan hostilidad verbal hacia éste, a través de insultos, desprecio, crítica, amenaza de abandono, etc. Amerita ingreso cuando este comportamiento del adulto es frecuente, se da una o más veces en la semana y acompaña otro tipo de malos tratos.

-Niños(as) Testigos de VIF Grave: Violencia intrafamiliar tipificada como delito por la Ley 20.066, se define como ejercicio repetido de violencia física o psíquica respecto de alguna persona del núcleo familiar. Para apreciar la habitualidad, se atenderá al número de actos ejecutados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferente víctima (Art 14 Ley 20.066 de VIF). Incluye niños(as) testigos de femicidio.

-Niños(as) víctimas de delitos contra su indemnidad sexual: abuso sexual, violación, estupro, sodomía, explotación sexual comercial, etc.

-Negligencia Grave: un niño(a) o adolescente es Víctima de Negligencia Grave cuando las necesidades físicas y psicológicas básicas de éste no son atendidas por periodos prolongados de tiempo por el o los adultos a cargo, en el contexto familiar o institucional, sin embargo, existe un vínculo entre el niño(a) y adulto a cargo. Existen lesiones o daño físico causado directamente por la conducta negligente, o retraso importante en el desarrollo intelectual, físico o social, que requieren atención o tratamiento especializado.

Abandono: el niño(a) o adolescente es Víctima de Abandono cuando los padres o adulto a cargo no proporcionan atención personal o económica al niño(a) por plazo de 2 meses o, 30 días cuando se trata de un niño(a) menor de 1 año⁶. Esto produce un daño severo en el niño(a) que compromete seriamente su desarrollo y requiere atención o tratamiento especializado.

Tipos de Familias de Acogida:

-Familia de Acogida de urgencia, destinada a ofrecer una atención inmediata a niños y niñas que lo requieran en razón de la necesidad de interrumpir una situación de grave vulneración que vivencian junto a sus progenitores y/o familiares, otorgando efectiva protección, evitando la internación en centros residenciales. Por tanto, se espera que cada Programa de Familia de Acogida cuente con Familias de Urgencia y vacantes permanentes para brindar dicho tipo de prestación.

-Familias de Acogida Externa, este grupo familiar no tiene relación de consanguinidad y/o de afinidad con el niño y/o niña ingresada. Su función es entregar una atención a niños, niñas que lo requieran luego de ser ingresados al Programa con una orden de ingreso emitida por el Tribunal de Familia.

-Familias de Acogida Extensas, este grupo de personas tienen una relación de consanguinidad y/o de afinidad con el niño y/o niña ingresada. Su función es entregar una atención a niños, niñas que lo requieran luego de ser ingresados al Programa con una orden de ingreso emitida por el Tribunal de Familia.

Vías de ingreso

La integración de un niño/a una familia de acogida es una decisión del Tribunal de Familia, por lo que el trabajo de los equipos del Programa está estrechamente ligado al proceso judicial, y las intervenciones se realizan en contexto coactivo.

Es indispensable que los equipos tomen conciencia de la existencia de dicho contexto, toda vez que deben formalizar el desarrollo de sus intervenciones tanto con los niños y niñas como con sus familias, sean estos progenitores o bien miembros de la familia extensa.

Cada niño o niña ingresada debe contar con la orden de ingreso de Tribunal de Familia Competente. Si el ingreso se solicita por medio de una orden verbal, el Equipo Profesional FAE AA.DD., deberá al día siguiente hábil regularizar ante la autoridad judicial competente el ingreso del niño/a al Programa.

Los Programas de la Red SENAME que visualizan la necesidad de derivar algún niño o niña al FAE AADD, deben realizar las coordinaciones necesarias con dicho Programa, pero la derivación se concretará sólo con la emisión de la Orden de Ingreso decretada por el Juez de familia.

Exigencias Técnicas asociadas con el desarrollo de intervenciones en un contexto coactivo:

- Informar al Tribunal de Familia de cada ingreso de un niño o niña.
- Emitir el Informe de Diagnóstico de cada niño y niña.
- Diagnóstico sobre Competencias Parentales de sus progenitores, en caso de no ser evaluados favorablemente extender las evaluaciones a familiares directos, hasta 3ª línea.
- Informar respecto de la idoneidad de la Familia de Acogida Externa y de Urgencia, sus antecedentes e hitos relevantes.
- Emitir informe respecto de resultados de evaluación de Familia Extensa a través de aplicación de NCFAS-R. NCFAS-G
- Informar respecto del cumplimiento de visitas de los progenitores y/o familiares

directos, de acuerdo a lo estipulado en la Ley N° 19.620, sobre Adopción.

-Emitir informes de avances del proceso de intervención de acuerdo a lo estipulado en la Ley N° 19.968, sobre Tribunales de Familia.

-Cada Coordinador(a) del Programa debe realizar las gestiones necesarias para que el Tribunal de Familia, le otorgue la clave de acceso al SITFA, que le permitirá revisar la carpeta digital de cada uno de los niños(as) de su Programa, la que contiene informes diagnósticos y de intervención, además de acciones judiciales del período. La medida de protección podrá entregar el cuidado personal del niño(a) al Coordinador(a) del Programa.

Cobertura territorial y antecedentes generales de la población infantil

El Programa Familias de Acogida Especializada (FAE) de Administración Directa del Servicio Nacional de Menores, se encuentra ubicado en Avenida Santa Rosa N°1189 de la comuna de Santiago, Región Metropolitana. (La cobertura territorial del programa FAE está conformada por 26 comunas, estas son:

Cerrillos, Cerro Navia, Colina, El Monte, Estación Central, Isla de Maipo, La Cisterna, La Granja, Lampa, Las Condes, Lo Espejo, Lo Prado, Maipú, Padre Hurtado, Pedro Aguirre Cerda, Peñaflor, Providencia, Pudahuel, Quilicura, Quinta Normal, Recoleta, Renca, San Joaquín, San Miguel, Talagante y Til Til).

Según los resultados de la encuesta CASEN 2017, la población niños niñas y adolescentes de 0 a 17 años en la RMS alcanza a 1.698.618 personas, equivalentes al 23,5% de la población regional. (...) Sin embargo, la presencia de NNA no es homogénea entre los hogares de los distintos quintiles de ingreso (...); mientras que en el 60,4% de los hogares pertenecientes al quintil de menores ingresos hay NNA menores de 18 años, entre los hogares del quintil de ingresos más altos, la proporción correspondiente es de sólo 26,4%. (...) En cuanto a la asistencia a enseñanza preescolar por parte de niños y niñas de 0 a 5 años de la RMS aumentó desde 37,9% en 2006 hasta 50,6% en 2017. Sin embargo, todavía persisten diferencias importantes en este indicador por estrato

socioeconómico. Así, mientras en el quintil de menores ingresos la asistencia llega a 45,4%, en el quintil de ingresos más altos alcanza a 63,6%. Entre las razones para la no asistencia de los niños y niñas de 0 a 3 años de la RMS, continúa predominando -con mucha distancia- la razón “no es necesario porque lo(a) cuidan en la casa” (...) La prevalencia de la desnutrición entre los niños y niñas de 0 a 6 años de la RMS alcanza al 2,7%. Sin embargo, la prevalencia del sobrepeso es mucho mayor, llegando al 12,4%. Asimismo, el porcentaje de niños y niñas con obesidad es del 1,4%. No obstante, los porcentajes señalados son más altos entre los niños y niñas de los quintiles de menores ingresos. Concretamente, alrededor del 14% de los niños y niñas de los dos quintiles más pobres presenta sobrepeso y más del 2% tiene obesidad. (...) En relación con las estructuras de los hogares en los que viven los NNA, los resultados de Casen 2017 permiten establecer que el 51,1% de los NNA de la RMS integra una familia de tipo nuclear biparental (...). De igual forma, el 17,8% de los NNA vive en una familia extendida biparental; el 12,2% integra una familia extendida monoparental; y el 18,9% vive con una familia nuclear monoparental.

2.4. Programa Integral de Intervención Especializada (PIE) de la Fundación Creseres.

A continuación se detallarán aspectos centrales reflejados en las Orientaciones Técnicas para concurso de proyectos . Programa de Protección Especializada. Modalidad Programas Integrales de Intervención Especializada (PIE) del Programa 24 Horas a cargo del departamento de Protección y Restitución de Derechos Servicio Nacional de Menores del año 2017.

Caracterización del sujeto de atención Programa 24 horas

Durante el año 2015, el Servicio Nacional de Menores y la Universidad Alberto Hurtado realizan un Estudio de Evaluación de Implementación y Resultados del Programa 24 Horas que incluyó el periodo 2010-2015 de ejecución del Programa, que evalúa el funcionamiento de todo el Programa con sus cinco componentes.

En relación a los datos del estudio, los casos que fueron ingresados en el Programa 24 horas en el periodo 2010-2015 son en su mayoría de sexo masculino con un 52,2% versus un 47,8% correspondiente al sexo femenino. Lo anterior, se visualiza de la misma manera en los casos ingresados a los Programas de Intervención Especializada (PIE) contemplando el mismo periodo de tiempo, donde un 70% corresponde al sexo masculino y el 30% de los casos al sexo femenino considerando que el total de ingresos a PIE en este periodo es de 2.236 casos.

En relación al promedio de edad de niños y niñas atendidos en el Programa, este corresponde a 13,5 años, en tanto en la modalidad PIE, el promedio de edad de ingreso es de 16,7 años, concentrándose en esta edad los problemas conductuales y los delitos, mientras que las situaciones de vulneración, en promedio se manifiestan en los casos de menor edad.

En cuanto a la dimensión educativa, en el periodo evaluado, respecto del rezago que presentan los usuarios, señala que “en promedio este corresponde a 2,4 años”. La mayoría de los casos, es decir el 51% presenta algún rezago; el 26% tiene un rezago entre uno y dos años y el 14% presenta un rezago de cinco años o más” (Servicio Nacional de Menores y Universidad Alberto Hurtado, 2016, p.33).

En la modalidad PIE se encuentra la mayoría de los casos con alto rezago escolar, en promedio 4,5 años, donde el 49% de los casos presenta un rezago de 3 años y más, si se considera las causales de ingreso el mayor tiempo de rezago se ve en las causales de ingreso, referidas a conductas transgresoras, ya que en los casos de vulneración de derechos éstas cifras son menores.

La dimensión asistencia a clases, los niños, niñas y adolescentes del Programa 24 Horas, asiste a clases de manera regular, un 21% no asiste y un 6% corresponde una asistencia interrumpida. En los PIE se visualiza que un 43% asiste a clases regularmente versus que un 38% no asiste a clases, considerando las causales de ingreso ocurre la misma situación en cuanto al rezago, los casos que ingresan por conductas transgresoras tienen menor asistencia a clases que los casos que ingresan por vulneración de derechos.

Datos de Salud Mental en el marco del Programa 24 horas

Por otra parte, a comienzos del año 2011, se encargó al Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato de la Universidad Católica, una investigación relativa al diagnóstico en Salud Mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa 24 Horas, que entrega algunos resultados interesantes de señalar, dado que se orienta a cuantificar y caracterizar el número de niños, niñas y adolescentes que presenten trastornos psiquiátricos o de salud mental y que estén siendo atendidos por proyectos de atención psicosocial de las comunas que participan en el Programa 24 Horas. De esta manera y, considerando una muestra de 349 casos, se identificaron que los trastornos de mayor relevancia porcentual conforme al diagnóstico realizado por el instrumento de evaluación MINI KIDS son:

- Riesgo de Suicidio 49.9%
- Dependencia de Drogas 46.4%
- Trastorno de la conducta (Disocial) 28.5%
- Trastorno Negativista Desafiante 25.6%
- Dependencia de Alcohol 19.3%

Vías de ingreso

a) Derivaciones desde Oficina de Protección de Derechos, Oficina de Infancia comunal u otra instancia municipal que reciba información referida al listado PSI² 24 Horas según clasificación de Carabineros de Chile en los casos de “Vulneración de Derechos” como motivo de ingreso, en la comuna

b) Derivaciones desde el Equipo de Detección Temprana o el equipo que reciba información sobre el listado PSI 24 Horas referente a la clasificación de Carabineros de Chile sobre los casos de “Infracción de Ley e Inimputables” en el territorio.

c) Derivaciones desde Otros dispositivos del Circuito 24 horas (PPF, PDC, PDE, MST, Equipo de Salud Mental del Programa 24 horas)

² PSI: Programa de Seguridad Integrada

d) Derivaciones de otros proyectos de la red Sename y actores comunitarios como: escuelas, consultorios o CESFAM (Centro de Salud Familia), municipios, organizaciones comunitarias, entre otras; dichas derivaciones deberán corresponder siempre al perfil de atención de la modalidad y a la población que se encuentra dentro del territorio focalizado del proyecto.

e) Detección directa por parte de los equipos en los territorios, considerando que los proyectos se focalizan en sectores de la comuna, con altos índices de vulnerabilidad.

f) Derivación directa de casos desde Tribunales de Familia que correspondan a perfil de atención de la modalidad y a la población que se encuentra dentro del territorio focalizado del proyecto.

Características que constituyen el perfil de los sujetos de atención del proyecto

Los sujetos de atención de la modalidad PIE, corresponde a niños, niñas y adolescentes que se encuentran vulnerados en sus derechos, derivados desde el listado PSI 24 Horas, desde la Oficina de Protección de Derechos o identificado desde otros actores comunales vinculados a la atención de población proveniente del Programa 24 Horas y también por la detección directa por parte de los equipos en los territorios en los cuales están insertos. Sumándose a ello, y de acuerdo a información inicial que puede aportar el PSI 24 Horas, el sujeto de atención de la modalidad también contempla a niños/as y adolescentes menores de 14 años que cometen ilícitos por los que resultan inimputables ante la ley; población de niños/as y adolescentes que presentan reingresos alternantes entre vulneración de derechos e infracción de norma; y población que presenta reingresos por infracción de normas, al tratarse de faltas entre los 14 y 16 años (ver Ley 20.084 y 19.968).

A partir de la sistematización de la modalidad Programa de Intervención Integral Especializada-PIE (2007-2010), así como los procesos de sistematización y asesoría a la modalidad en el marco de la implementación del Programa 24 Horas (2010-2011) y la revisión de literatura, pueden señalarse algunas hipótesis generales y premisas sobre el

perfil del sujeto de atención que resultan relevantes para el desarrollo de los procesos de intervención:

- I. El perfil de atención de la modalidad presenta de manera recurrente situaciones de vulneración de derechos en sus historias de vida, especialmente aquellas asociadas a malos tratos, negligencia y abandono.
- II. Sobre estas situaciones de vulneración presentes en las historias de vida, comienza a manifestarse en el sujeto de atención conductas transgresoras, ya sea durante la adolescencia temprana o tardía, etapa asociada a su vez a una mayor autonomía del sujeto respecto de las familias y escuelas como agentes socializadores. Estas conductas generalmente, a su vez, constituyen formas de vulneración y por otro lado la participación del sujeto en dichas situaciones suele ser significada como una transgresión. Tal es el caso del consumo de drogas, la desvinculación del sistema escolar, la utilización de los niños/as o adolescentes por mayores para la comisión de ilícitos u otras formas de explotación.
- III. La presencia de conductas transgresoras no puede ser explicada determinadamente por la presencia de vulneraciones de derechos. No obstante, la presencia de ciertas vulneraciones de derechos aumentan el riesgo de que estas conductas transgresoras se desarrollen de forma persistente. Entre estas situaciones se encuentra: la deserción escolar, el consumo de drogas, la presencia de dinámicas familiares violentas o donde se valida la violencia, la comisión de delitos o la utilización de niños y niñas para la comisión de ilícitos. También, se encuentran dentro de las situaciones de riesgo la vinculación a grupos de pares asociados a prácticas transgresoras y actitudes favorables hacia la violencia y la transgresión.
- IV. Se ha observado además, a partir de las trayectorias de ingresos de niños y niñas a la red de protección, la presencia de algunos indicadores que permitirían predecir mayor riesgo de reingreso a la red de atención de protección y de justicia juvenil. Estos indicadores señalan que a menor edad de un primer ingreso a la red, a mayor número de ingresos y a mayor presencia de primer ingreso a la red residencial, las posibilidades de reingresos aumentan. Esta información resulta relevante al momento

de definir los objetivos de intervención y diseñar las estrategias de atención para cada caso, entendiendo no obstante, que dichas situaciones históricas no podrán ser modificadas por la intervención pero son un antecedente relevante al momento de su planificación.

- V. El abordaje de las situaciones de vulneración, por sí solas, no necesariamente conlleva a la disminución de la presencia de comportamientos transgresores. Ante ello, se requiere considerar en el diseño de la intervención estrategias que aborden las situaciones de vulneración – y específicamente aquellas mayormente asociadas al riesgo de persistencia de las conductas transgresoras y también estrategias orientadas a la interrupción de dichas prácticas.
- VI. Tiende a observarse un mayor ingreso de población masculina por prácticas de violencia –superior al 70%- así como un mayor ingreso de mujeres por situaciones de vulneración; la prevalencia de las prácticas de violencia entre población masculina, así como las consiguientes particularidades de las mujeres que de manera aparentemente minoritaria participan en dichas prácticas, hacen necesario profundizar entre las nociones de violencia, adolescencia y género, así como en su traducción en estrategias de acercamiento e intervención.
- VII. Tiende a presentarse un perfil de niños, niñas y adolescentes –así como de familias- caracterizado por trayectorias de ingresos a programas de atención de la red de protección social y de niñez, con resultados muchas veces insatisfactorios. Ello, suele conllevar importantes grados de desconfianza en los programas sociales, que implican la necesidad de diseñar estrategias orientadas a favorecer la adherencia a los procesos de intervención de manera transversal, y especialmente durante los primeros meses de atención.

Cobertura

La cobertura del programa PIE, corresponde a la comuna de Renca en su totalidad. Por lo cual es relevante considerar ciertos aspectos sociodemográficos de la población. De acuerdo al CENSO del año 2017, se destaca lo siguiente:

La población total de Renca corresponde a 147.151 personas. La cantidad de hombres corresponde a de 72.681 y las mujeres presentan una cantidad de 74.470. Por otro lado, la distribución de la población por edad es: de 0 a 14 años son 32.196 personas, correspondiendo a un 21,88% de la población total; de 15 a 29 años son 35.505 personas, correspondiendo al 24,13%; de 30 a 44 años son 31.508 personas, correspondiendo al 21,41%; de 45 a 64 años son 33.206 personas, correspondiendo al 22,57% y el grupo etario de 65 o más años son 14.736 personas, correspondiendo al 10,01%.

De acuerdo a la Aplicación de Metodologías de Estimación para Áreas Pequeñas (SAE) del 2017, es posible mencionar que la tasa de pobreza en Renca corresponde a un 8,54%, mientras que la tasa de pobreza multidimensional corresponde a un 24,5%

Por otro lado, según la encuesta CASEN del año 2015, el porcentaje de personas carentes de servicios básicos corresponde a un 8,4%, mientras que el porcentaje de hogares hacinados corresponde a un 18,3%.

De acuerdo a datos publicados en los portales Datos Abiertos y Agencia de Calidad de la Educación del MINEDUC de los años 2014 y 2017, es posible mencionar lo siguiente: En Renca existen 224 mil personas desempleadas. En el ámbito educacional, en el 2017 la deserción escolar en Renca fue de 454 estudiantes, siendo 246 de ellos en educación básica y 208 de Educación Media.

Según datos de la sección Tasa de Denuncias y Detenciones, de la Subsecretaría de Prevención del Delito, es posible mencionar que los delitos de mayor connotación social entre los años 2014 a 2016 en la comuna de Renca alcanzó la cantidad de 2.420,88 cada 100.000 hab. Mientras que la tasa de denuncias de Violencia Intrafamiliar cada 100.000 habitantes entre los años 2014 a 2016, corresponde a la cantidad de 689,955.

2.5. Seguridad Laboral y riesgos psicosociales

Para los trabajadores en Chile, existe una legislación para la atención de las enfermedades profesionales, la cual se sustenta en la Ley 16.744, el cual “asegura que los/as trabajadores/as dependientes, tanto del sector privado, como del sector público, y

los trabajadores independientes que coticen, estarán protegidos por el seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales” (Subsecretaría de Prevención Social). El seguro centra su protección en eventos tales como, accidentes de trabajo, accidentes de trayecto, accidentes sufridos por dirigentes sindicales y enfermedades profesionales, sin embargo no especifica la protección ante enfermedades de salud mental.

Con fecha 12 de junio del año 2013, se aprueba el “Protocolo de Vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo” Documento que consta de veintitrés (23) páginas, más dos (2) Anexos denominados: “Cuestionario SUSESO/ISTAS21” e “instrumento de evaluación de medidas para la Prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo”. (Ministerio de Salud, 2013, p.2).

Esto en lo dispuesto en el artículo 82 del D.F.L. N° 725, de 1967, que aprobó el Código Sanitario; en los artículos 4 y 7 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y 18.469; en los artículos 65 y 68 de la ley N°16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; en el decreto supremo N°594, de 1999, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los lugares de Trabajo; lo dispuesto en la Resolución N°1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; lo solicitado en Memorando B33 / N°412, de 2013, de la División de Políticas Públicas Saludables y promoción; y. (Ministerio de Salud, 2013, p.1).

El objetivo del Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo, es ser una “herramienta reglamentaria y unificadora de criterios en el proceso de identificación de factores de riesgos de las tareas laborales y puestos de trabajo, como también de su control y seguimiento” (Ministerio de Salud, 2017, p.10).

La herramienta utilizada para evaluar los factores de riesgos psicosociales es el cuestionario SUSESO-ISTAS21, siguiendo las normas y metodología que establece la Superintendencia de Seguridad Social.

La Superintendencia de Seguridad Social, regula la medición de Riesgos Psicosociales en el Trabajo a través de la publicación de la Circular N° 3243 de 2016, que imparte instrucciones a los organismos administradores del seguro de la Ley 16.744 (ACHS, IST, Mutual CCHC e ISL) a disponer de nuevas medidas sobre la metodología de evaluación de intervención en riesgos psicolaboral. (SUSESO, 2016, s.p.)

Según este Protocolo, define a los Factores Psicosociales Laborales como:

“Situaciones y condiciones inherentes al trabajo y relacionadas al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y sus condiciones de trabajo” (Ministerio de Salud, 2017, p.10).

Dentro de los resultados de este protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, realizado bajo la autoría del Ministerio de Salud, específicamente del Departamento de Salud Ocupacional (2017), destaca que el 2,4% de los lugares de trabajo muestra un nivel de riesgo alto. El área de educación presenta el mayor porcentaje que es del 7,5%, mientras que el área de salud/asistencia social presenta un 5,1%, siendo este último el segundo más alto dentro de las áreas de trabajo similares entre sí.

Si bien, la Comisión Ergonómica Nacional (CEN) no especifica al Trabajo Social en contexto de Programas de atención en Infancia como Trabajo Pesado, este sí considera a los cargos que desempeñen funciones en Centros de Administración directa del SENAME bajo esta calificación ejemplo de ello son los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), Centros de Internación Provisoria (CIP), Centros Régimen Cerrado (CRC) y Centros Semicerrados (CSC), siendo estas medidas y sanciones en Centros Privativos de Libertad.

La Comisión Ergonómica Nacional (CEN), creada por la Ley N°19.404 de 1995, es la entidad encargada de la calificación de una labor considerada como Trabajo Pesado. Esta ley considera la posibilidad de anticipar la edad de retiro a aquellas personas que se desempeñen en puestos definidos como trabajo pesado, estableciendo una cotización superior al 10% obligatorio. De esta forma, se busca que el futuro pensionado acumule en su cuenta de capitalización individual en la AFP un monto suficiente de recursos para financiar más años de pensión teniendo menos años de cotización. (Superintendencia de Pensiones, s.f, s.p).

2.6. Salud Mental

De acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) del Ministerio de Salud, es posible evidenciar que el sistema económico puede causar mayores índices de desigualdad. En los países en vías de desarrollo se acentúa la distancia entre clases sociales, siendo la clase más baja la que presenta mayores índices en cuanto a trastornos mentales y la gravedad en este ámbito de la salud.

Recién en año 2019, el síndrome de Burnout fue incorporado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud. Esta clasificación, se utiliza principalmente por los profesionales de la salud, quienes intercambian información y establecen de manera común tendencias y estadísticas sanitarias.

El Burnout fue incorporado en la sección de “problemas asociados al empleo o al desempleo” que en CIE-11 lleva el código QD85 con el nombre de Síndrome de desgaste ocupacional. Allí se describe como “un síndrome resultante de un estrés crónico en el trabajo que no fue gestionado con éxito y que se caracteriza por tres elementos: “sentimientos de falta de energía o agotamiento; aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y eficacia profesional reducida.” (CIE-11, 2019, s.p.).

Aspectos Relevantes del Protocolo de Patologías de Salud Mental en Chile

Según la SUSESO distingue las siguientes definiciones:

A) Patología de salud mental causada por factores de riesgo psicosocial laboral:

Se calificará como enfermedad profesional, la patología de salud mental producida directamente por los factores de riesgo psicosocial presentes en el ambiente de trabajo, en los cuales la exposición laboral es causa necesaria y suficiente, independiente de factores de personalidad, biográficos o familiares personales del trabajador (SUSESO, s.f).

B) Patología de salud mental producto de un accidente del trabajo:

Corresponde a toda patología de salud mental que tiene relación de causalidad directa con un accidente del trabajo o de trayecto (SUSESO, s.f).

Se reconocen como patologías de salud mental de origen laboral:

Glosa del diagnóstico	Código CIE-10
Trastornos de adaptación	F43.2
Reacciones al estrés	F43.0, F43.8, F43.9
Trastorno de estrés postraumático	F43.1
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F41.2, F41.3
Trastornos de ansiedad	F 41.9
Episodio depresivo	F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9
Trastorno de somatización	F45.0, F45.1, F45.4

Fuente: (Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. SUSESO. s.f)

Para que un trabajador califique para el diagnóstico positivo de una enfermedad de salud mental de origen laboral, comprende obligatoriamente dos tipos de evaluaciones: evaluación médica y psicológica. Posterior a esto el medico deberá solicitar una evaluación de las condiciones laborales, las que comprenden dos aspectos: Solicitud de

Información de condiciones generales de trabajo y empleo y un estudio de puesto de trabajo para patología de salud mental (EPT-PM) el que a su vez deberá explorar áreas como:

- **Dinámica del trabajo:** Corresponde a demandas del trabajo potencialmente peligrosas, comprendiendo como riesgo el desempeñarse en tareas o puestos de trabajo disfuncionales en su diseño.
- **Contexto del trabajo:** Corresponde a las condiciones en que se desarrolla el trabajo, considerando como riesgo el desempeñarse en organizaciones con características disfuncionales, bajo un liderazgo disfuncional o ser sujeto de menoscabo producto de conductas de acoso laboral o sexual.

Luego, se exige un comité de calificación de patología de salud mental. En el caso de que se confirme la patología de salud mental de origen laboral, se deberá señalar el cambio de puesto de trabajo o la readecuación de los espacios. Por último todo organismo responsable deberá incorporar a su protocolo de vigilancia la aplicación de la versión completa del cuestionario SUSES/ISTAS21.

2.7. Definición Burnout

A lo largo del tiempo, el Burnout ha sido definido de diversas maneras, teniendo su cuna en Estados Unidos en la década de los 70, donde el médico psiquiatra Herbert Freudenberger, realizando su trabajo junto a un grupo de voluntarios en una clínica para personas que mantenían dependencia y el hábito del consumo de drogas, observó que al pasar el tiempo de entre uno y tres años, la mayoría de los trabajadores presentaron una progresiva disminución de energía, desmotivación y falta de interés por el trabajo, hasta llegar al agotamiento, sumado con síntomas de depresión y ansiedad. Definiendo de esta manera al síndrome como: *“sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”* (Carlin, 2014,p.14).

Desde Maslach en 1976, pasando por Gil Monte y Peiró (2000), por Peris (2002) y las últimas aportaciones nuevamente de Maslach, es posible mencionar que llegan a un

punto en común respecto a 3 dimensiones principales que se dan en el síndrome de burnout; el cual corresponde a: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

La psicóloga Christina Maslach es una de las investigadoras pioneras del síndrome de burnout, quien dio cuenta la importancia de considerar el cómo opera el área emocional en este síndrome. Además, es autora del Maslach Burnout Inventory (MBI), el primer instrumento en establecer criterios de evaluación del síndrome siendo el más utilizado para medir este fenómeno. Una de las tantas aportaciones de esta psicóloga, es que pudo abordar esta temática que en sus principios estaba relacionada mayormente al área de la salud y se vislumbraba como un resultado. Otorgándole ella, un énfasis en el proceso, es decir en cómo los individuos interactúan con otros individuos en el ámbito laboral cuando se encuentran afectados por el síndrome de burnout. Llevando su enfoque finalmente, a la afectación en la habilidad de la persona al momento de desempeñar su labor, con la finalidad de trabajar bien con otras personas.

En el año 1976, Maslach da a conocer este concepto del área de la psicología de manera pública en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación que ocurre cada vez más frecuentemente entre los trabajadores de servicios humanos, donde estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Dando como conclusión que el burnout sería una respuesta prolongada y que se da de manera progresiva al estrés en el contexto de trabajo, que se da por la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

De acuerdo a una conferencia realizada en México durante el año 2010 en el XV congreso Nacional de Salud en el Trabajo, la psicóloga define al Burnout como la interrelación de ciertas experiencias, donde primero se da el agotamiento, esto cómo respuesta al estrés. Segundo, se produce un cambio negativo sobre cómo uno se siente con el trabajo y los demás (compañeros, clientes o usuarios, etc.), hablando con ellos con indiferencia o cómo refiere Maslach "*cinismo*". Y, Por último, las personas se comienzan a sentir negativas sobre sí mismas, sobre su capacidad, competencia, deseos y motivación para trabajar. Al recopilar todas estas características, la persona afectada estaría siendo víctima del síndrome de Burnout. Este síndrome al ser una respuesta al estrés

prolongado, se expresa de distintas maneras en cada persona, afectando claramente en el desempeño dentro de un contexto laboral, causando problemas de salud y desencadenando en diversas dificultades familiares que son justamente provocados por las dificultades laborales.

Es dable señalar que Maslach hace hincapié en no solo ver al Burnout como un “mal” que afecta a la persona, ya que también afecta al ambiente de trabajo en el cual está inserta esa persona, haciendo necesario vislumbrar a este término de manera bilateral, es decir, mirando esos dos aspectos en conjunto y no separado (persona-trabajo). Se genera la necesidad relevante de poder visualizar esta unión y no perder de vista donde se encuentra ejerciendo sus funciones la persona.

Maslach y Jackson (1981) definen al burnout como una *“respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (...) y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional (p.16)*. Además refieren que *“para diagnosticar un proceso de burnout es necesaria la presencia de tres manifestaciones, síntomas o dimensiones que pueden aparecer de manera paulatina y secuencial, presentándose con distintos niveles de intensidad de acuerdo a las características personales de cada trabajador/a”*. (p.12).

- Agotamiento emocional: “Se expresa en la pérdida paulatina del agrado por la tarea que se realiza. Una sensación de cansancio e incluso disgusto por el trabajo. En esta etapa las personas intentan modificar por sí mismas las sensaciones negativas, sin embargo, no encuentran respuestas adecuadas”. (p. 12).
- Despersonalización: “Es manifestada a través de cambios en las relaciones con los/as consultantes. Se caracteriza por el desinterés, la pérdida de empatía e incluso la culpabilización. Así, se afecta la calidad de la atención y dedicación a las personas, predominando en el/la trabajador/a una baja en su estado de ánimo (ánimo depresivo) y sentimientos hostiles”. (p. 13). Además de tener sentimientos distantes hacia otras personas.

- Pérdida de la realización personal: “En la que se produce una sensación cada vez más generalizada de que no tiene sentido implementar cambios, pues no se pueden mejorar las cosas. De esta manera se pierde la ilusión y el idealismo respecto al propio trabajo”. (p. 13).

Es posible que se confunda el término burnout con el concepto de estrés, por lo que, de acuerdo a la revisión de la literatura, específicamente, la Guía técnica para la evaluación del trabajo pesado (2010) señala al estrés según Hans Selye (1956) como:

Un síndrome que provoca una respuesta inespecífica (fisiológica) del organismo a un estímulo ambiental (LaDou 1993). Este científico también distinguió entre el estrés positivo (eustress) y el estrés negativo (distress). Selye notó que el estrés positivo proporciona desafíos que motivan a los individuos a trabajar arduamente y a alcanzar sus metas. De manera alternativa, el estrés negativo resulta de situaciones que perciben como fuera de control personal, persisten en el tiempo y que pueden producir consecuencias negativas para la salud. (p.64)

Consecuencias del estrés

Las consecuencias negativas del estrés crónico pueden dividirse en tres categorías:

- a) **Consecuencias conductuales:** Existen dos consecuencias particularmente importantes en este contexto. Por una parte, las asociadas a las alteraciones en el procesamiento de la información, que incluye efectos sobre la memoria, el tiempo de reacción, la precisión, la atención y la toma de decisiones bajo presión de tiempo. Por otra parte, están las alteraciones del desempeño laboral, aunque existen muchos factores que pueden influir en este ámbito, incluyendo la complejidad de la tarea y las características individuales. Asimismo, en términos generales, entre las consecuencias conductuales del estrés también se puede citar el ausentismo, los accidentes laborales y el abuso de alcohol y drogas (Landy y Conte 2005; Robbins 2004, p.66).

- b) **Consecuencias psicológicas:** Entre las consecuencias psicológicas del estrés se puede señalar la ansiedad, la depresión, el Burnout y la insatisfacción laboral y personal (Robbins 2004). La evidencia indica que cuando se imponen demandas numerosas y contradictorias o cuando falta claridad sobre los deberes, autoridad y responsabilidades del trabajo, aumentaría el estrés y la insatisfacción. Aunque se requiere más investigación concluyente, las labores de menor variedad, importancia, autonomía, retroalimentación e identidad, también podrían favorecer estas consecuencias (Robbins 2004, p.66).
- c) **Consecuencias fisiológicas:** Los cambios fisiológicos vinculados a situaciones estresantes están asociados a mecanismos neuroendocrinos que se manifiestan en la forma de secreciones de hormonas, especialmente la adrenalina y noradrenalina, conocidas como “hormonas del rendimiento” o catecolaminas, pues disponen al organismo en una situación de alerta (Grandjean 1988). Los niveles elevados y de larga duración de hormonas del estrés contribuyen al deterioro en el funcionamiento del sistema cardiovascular, gastrointestinal e inmunológico (Mackay et al.2004, p.67).

2.8. Modelo Tridimensional de Maslach

Debido a las dimensiones anteriormente mencionadas, es posible mencionar el modelo presentado por Maslach y Jackson en 1981; el cual es llamado Modelo Tridimensional. Esta forma ha sido utilizada de modo unánime por distintos estudiosos del tema, convirtiéndose así en la conceptualización del síndrome de burnout más aceptada.

De acuerdo a este Modelo Tridimensional, es que se llegó a la creación del Instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), cuya finalidad es valorar en una escala de frecuencia, los tres síntomas o dimensiones anteriormente mencionados por Maslach (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Pérdida de la Realización Personal).

Siendo esto plasmado, a través de 22 ítems que consisten en afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en relación a su trabajo.

2.9. Algunos estudios en relación al síndrome de Burnout.

Al revisar la literatura y estudios realizados en diferentes grupos de trabajadores se observa que el síndrome de burnout ha sido desarrollado en algunos grupos específicos como asistentes sociales, trabajadores de la salud, y otras profesiones u oficios que tienen relación con prestar servicios a terceros, particularmente en ayudar a otro frente a un problema o necesidad que le esté afectando su salud física, emocional, entorno social en el cual se desarrolla, integridad etc. situaciones que mayormente se presentan en crisis.

En este sentido podemos mencionar algunos ejemplos tales como un estudio realizado en México a personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud, en la que se investigaba entre otros temas determinar factores psicosociales asociados al síndrome de burnout, vale mencionar la utilización del instrumento escala Maslash Burnout Inventory (M.B.I.) cuyos resultados arrojaron que:

“Se encontró relación entre los factores psicosociales y el agotamiento emocional en seis de las ocho subescalas que evalúa el instrumento presentando mayor riesgo cuando se percibe mala interacción social (...) La falta de realización personal, se comportó como factor de riesgo cuando se percibe que no existe un buen desarrollo personal (...) El síndrome de Burnout tiene consecuencias en la esfera personal, en el ámbito laboral y familiar; al encontrar que 6 de cada 10 personas dedicadas al ámbito de la enfermería están afectadas por el síndrome. (Aldrete Rodríguez, et al, 2015).

Se menciona un segundo estudio realizado en 2012 en Santiago de Compostela, España. Cuya población objeto de estudio abarcaba trabajadores sociales comunitarios que desempeñaban sus funciones en siete municipios de la localidad mencionada y de los cuales se realizó una recogida de datos de 18 trabajadores sociales en total. En este caso los investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela utilizaron dos

cuestionarios, uno de elaboración propia y el Maslach Burnout Inventory. En cuanto a los resultados obtenidos por dicho estudio se señala lo siguiente:

En la dimensión Agotamiento Emocional (AE) la puntuación media para el colectivo es de 23 puntos. (...) esta puntuación global de la dimensión se situaría en un nivel intermedio con respecto al Burnout, que define más bien una situación de riesgo.

La dimensión Despersonalización (D) presenta una puntuación media global de 5.13, lo que definiría el nivel de Burnout experimentado, en términos de conjunto, como bajo. Finalmente, en la subescala de Realización Personal (RP) la puntuación media obtenida es de 33.7, revelando para esta dimensión, según los puntos de corte establecidos, un nivel intermedio de Burnout experimentado, nuevamente en la franja de riesgo.

Estos datos coinciden plenamente con lo recogido por Javier Barría (Barría, 2003: 23): Gil-Monte y Peiró (1999) señalan que en el Servicio Social las Subescalas del Burnout, se comportan en forma inversa que, en otras profesiones, como la Enfermería. En otras investigaciones, Herrera y León (1999) y García, Meza y Palma (1999) con enfermeras chilenas, quienes obtuvieron como resultados, que el Burnout se presenta primero como despersonalización, luego como agotamiento emocional y por último con reducido logro personal. En cambio, en los Asistentes Sociales se presenta en primer lugar el agotamiento emocional, y luego, el reducido logro personal, sin embargo, la presencia de la despersonalización tiene una baja ponderación. (Facal-Fondo T. pág. 63-65, 2012) Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios.

2.10. Burnout y Programas de Infancias en Chile.

El modelo de políticas sociales que se utiliza en Chile consiste en subvencionar mediante el traspaso de dinero desde el Estado hacia los organismos privados los servicios sociales que se entregan a la comunidad, de acuerdo a lo señalado anteriormente el SENAME como organismo gubernamental responsable de la protección

de derechos de los niños, niñas y adolescentes que residen en nuestro país es quien distribuye los recursos económicos a todos los organismos colaboradores acreditados (OCAS), que entregan sus ofertas programáticas a la población señalada misma que pueden ejecutar una vez adquirida la licitación para dicho programa o proyecto presentado.

Según los autores Haz, Bilbao y Canales (2012) los trabajadores que implementan intervenciones sociales deben lidiar con fuertes tensiones al deber responder tanto a mandatos institucionales como a las necesidades de personas en situación de pobreza, vulnerabilidad y/o violación de sus derechos.

Otros autores señalan que este grupo de profesionales son considerados de especial riesgo ante la posibilidad de sufrir las consecuencias del Burnout (Arital & Arauz, 2001; Maslach, Schaufelil & Leiter, 2001; Dormann, & Zapf, 2004; Spiendler, 2017; Marilaf, San-Martín, Delgado-Bolton, & Vivanco, 2017).

En cuanto a la experiencia de nuestro país los estudios indican que entre un 5% y un 25% de trabajadores y profesionales del área social y salud presentan el síndrome de burnout (Melita, Cruz, & Merino, 2008; Olivares, & Gil-Monte, 2008; Olivares, Vera, & Juárez, 2009; Paredes, & Sanabria-Ferrand, 2008). Además, se señalan otros factores igualmente relevantes que han sido asociados al síndrome de burnout como el hecho de ser mujer. Afectándoles con un mayor desgaste psíquico que a los hombres, sin embargo, estos presentarían mayor despersonalización (Purvanova, & Muros, 2010).

Se han realizado diversas investigaciones dentro de grupos de trabajadores sociales que intervienen profesionalmente en residencias de niños, niñas y adolescentes y servicios de protección infantil, que en general muestran los síntomas de despersonalización y menor satisfacción laboral (Drake & Yadama, 1996), esto se asocia al continuo desgaste que genera el enfrentarse a prolongados conflictos familiares conjugado con otros factores estresores como el hecho de permanecer largos periodos de tiempo interviniendo a los usuarios ya sean los adultos o niños, periodos que en algunos programas se extienden incluso por más de tres años.

Más allá de la situación institucional de Chile, el trabajo en programas psicosociales es reconocido como una de las áreas de mayor demanda de recursos personales para los trabajadores, además de ser una ocupación estresante y exigente, con altos niveles de rotación de personal y, dado lo anterior, con trabajadores que tienen poca experiencia (Healy, Meagher, & Cullin, 2009; McGowan, Auerbach, & Strolin-Goltzman, 2009; McFadden, Campbell, & Taylor, 2014). “Los niveles de insatisfacción laboral, desgaste emocional, bajo bienestar subjetivo, la intención de renuncia y la alta rotación de los programas, disminuye la capacidad de los trabajadores de funcionar óptimamente y pone en jaque los objetivos mismos de los programas de intervención psicosocial y el bienestar de sus usuarios”. Bilbao, Martínez, Pavez, Morales (2018).

Por lo cual, la línea de acción es de permanente apoyo, es decir de trabajo hacia otro que necesita ayuda, lo que se genera desde la interacción directa del trabajador con los usuarios, esto desde los propios recursos que año a año son entregados por el Servicio Nacional de Menores y que se debe distribuir en diversas áreas del mismo programa psicosocial. Esto exige una alta demanda por parte de los trabajadores, debido a que se encuentran en un permanente estado de: “necesidad en reducir el desfase entre lo que se siente y se expresa con la necesidad de expresar emociones negativas, sostenida en el tiempo, puede resultar en lo que se denomina burnout”. (Hochschild, 1983; Maslach, & Jackson, 1981; Gil-Monte, & P).

2.11. Enfoque Teórico

El modelo teórico que permite visualizar el fenómeno de una manera integral es el Modelo Ecológico, el cual según Bronfenbrenner (1979) refiere que se debe “*entender a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive*” (p.2). La interacción entre persona y ambiente es bidireccional y se caracteriza por su reciprocidad. Bronfenbrenner menciona cuatro niveles o sistemas los cuales afectan de manera directa o indirecta en el desarrollo de las personas, siendo estos:

- **Microsistema:** Es el nivel más inmediato y cercano en el que el individuo se desarrolla (normalmente se refiere a la familia).
- **Mesosistema:** Es la interrelación de entre dos o más entornos en los que participan las personas en desarrollo (escuela, grupo de pares del barrio, trabajo, vida social).
- **Exosistema:** *“Son los entornos (pueden ser uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida”*(p.2). Es decir, no incluyen a la persona como un sujeto activo.
- **Macrosistema:** Se relaciona a los marcos ideológicos o culturales en los que desenvuelve la persona.

De acuerdo a las descripciones de cada nivel, Bronfenbrenner comprende al modelo ecológico como estructuras con distintos niveles, de formas concéntricas y donde cada una de ellas está contenida en la otra.

2.12. Intervención Social

El área del trabajo social, es donde la intervención social, adquiere su sello distintivo del ejercicio profesional. Ander- Egg señala a la intervención social como “El conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado” (1955, pág. 161), según el argumento de este autor la intervención social basa su actuar, particularmente de aquellos profesionales que conforman el área social, como una acción dirigida a la resolución de problemas sociales, integrando aspectos que competen a la sociedad, como son políticos, filosóficos y procedimentales y que a su vez este actuar se compone de aspectos teóricos y técnicos.

Según Carballada, hoy en día nos encontramos con problemáticas sociales altamente complejas y que estas dan cuenta de la necesidad de replantearnos acerca de las

prácticas utilizadas en la intervención social. Por lo general existen manuales que orientan la intervención de manera estandarizada con diseños y estrategias dirigidas a ciertos grupos de la sociedad, pero que sin embargo estas estrategias no siempre logran abordar la gran cantidad de problemas sociales que requieren intervención social. El autor destaca que muchas veces se predomina en la descripción, explicación y comprensión de los problemas, más que en la intervención misma, “la teoría que intenta dar explicaciones generales a problemas, circunstancias y situaciones fuertemente singulares y muchas veces alejadas de la vida cotidiana de aquellos sobre quienes se interviene”.

Dado lo anterior se puede inferir que una intervención exitosa o con resultados esperados depende más que encontrar explicaciones, (que por su puesto son válidas y necesarias), en la intervención misma que requiere el sujeto de atención.

Los problemas sociales pueden comprenderse tanto desde las diferencias que pueden existir en el pensamiento social predominante, como también desde la manera en que las personas y sus problemas han sido construidos. Es desde esta última visión de la realidad de los sujetos de atención en la que los profesionales de los programas FAE y PIE focalizan su intervención, siendo el niño visto principalmente como sujeto de derecho, teniendo presente su identidad, historia de vida y los componentes que han construido su historia personal, familiar, social, emocional y cada aspecto que los hace ser la persona que son en el presente, generalmente se habla de niños y niñas fracturados por las graves negligencias que han marcado sus vidas desde temprana edad. Por ende, el proceso de intervención social y psicológica es relevante en el restablecimiento de los derechos vulnerados y en el éxito de los objetivos planteados para la recuperación del niño y su sistema familiar.

2.13. Código de ética del trabajo social

La declaración de ética del Colegio de Asistentes Sociales (1959) declara lo siguiente:

“En el Servicio Social Profesional confluyen una diversidad de filosofías e ideales humanitarias, religiosas y democráticas. En cuanto a profesión se propone como objetivo el desarrollo de la potencialidad humana y la satisfacción de cuantas necesidades humanas surjan de la compleja interacción de la persona con la sociedad.”

“Los Asistentes Sociales profesionales se dedican a fomentar el bienestar del ser humano y a estimular su realización, además de desarrollar y aplicar con disciplina tanto el saber científico relativo a las actividades humanas en la sociedad como los recursos destinados a satisfacer las necesidades y aspiraciones de individuos y grupos teniendo siempre en cuenta la promoción de la Justicia Social”

La intervención social es la acción que define la esencia del trabajo social, muchas actividades describen las diversas profesiones que el ser humano desarrolla en el quehacer profesional que le confiere, y cada una de ellas tiene su propio valor, aquel que le otorga quien las despliega, de acuerdo a sus principios y normas, legales y de orden moral. El trabajo social ofrece su servicio directamente al ser humano, a la persona y a las comunidades compuestas por estas; su objetivo como lo define su propio código ético es que el ser humano, la persona, desarrolle su máximo potencial logrando satisfacer todas aquellas necesidades que surjan al interior de individuos y/o comunidades, primando la justicia social y el respeto por los derechos humanos. Lo anterior debe ser totalmente concordante con la preparación técnica y especialización necesaria, el trabajador social debe mantener sus capacidades técnicas y expertiz en constante crecimiento, en beneficio de una intervención profesional de calidad y ética ante los usuarios que la requieren. No basta una intervención basada en lo humanitario, en ideales, por muy validos que estos parezcan, la intervención social debe ser ante todo profesional, especializada y éticamente desplegada, alcanzar la intervención exitosa y de calidad, respetando a la persona, al cliente o usuario en todas las áreas que le competen.

“Mantener permanentemente actualizados los valores y principios, conocimientos y metodología de la profesión y contribuir a su clarificación y mejoramiento” como lo menciona el código ético del trabajo social (1959) en cuanto a las normas de conducta ética del trabajador social. Los complejos fenómenos que se pueden generar en los individuos, las necesidades, los problemas, deben ser tratados con respuestas atinentes, acertadas.

CAPÍTULO III: Marco Metodológico

El Burnout al ser una respuesta que se da a raíz del estrés prolongado, este es considerado en la actualidad como una enfermedad de salud mental. Por lo cual hay que considerar que este fenómeno evidentemente afecta y se presenta de distintas maneras en las personas, por lo cual hay una comprensión subjetiva de este fenómeno.

Según lo que dice Taylor y Bodgan (2000), *“En contraste con lo que ocurre en el caso de las ciencias de la naturaleza, el fenomenólogo lucha por lo que Max Weber (1968) denomina verstehen, esto es, comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente”* (p.5).

“Para: el Fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo” (Taylor y Bodgan, 2000, p.9)

Se extraerá el relato de las personas, de ahí que se ocupará la fenomenología, es decir lo cualitativo. Mientras que en el tipo cuantitativo, se aplicará un instrumento que medirá la presencia del fenómeno, ocupando allí la idea positivista.

3.1. Enfoque Epistemológico

La presente Investigación es de tipo Cuantitativo y Cualitativo, y con ello se consideran sus dos enfoques principales, siendo estos el Positivismo y la Fenomenología respectivamente.

En primer lugar tenemos el enfoque cualitativo, que *“busca principalmente la “dispersión o expansión” de los datos información”* (Hernández – Sampieri, 2014, p.10). Esto nos llevará a utilizar como herramienta para la obtención de información, una entrevista, desde donde se recogerán los diversos sentires, significados y sentidos construidos por cada entrevistado en torno a la temática del Síndrome de Burnout. Para ello, se desarrollará una lectura de dicha evidencia que contemple el enfoque fenomenológico, el cual *“busca la comprensión por medio de métodos cualitativos tales como la observación participante, la entrevista en profundidad y otros, que generan datos descriptivos* (Taylor y Bodgan 2000, p.5).

Por otra parte, disponemos para realizar esta investigación con el enfoque cuantitativo, el cual *“pretende ‘acotar’ intencionalmente la información (medir con precisión las variables del estudio, tener ‘foco’)”* (Hernández – Sampieri, 2014, p.10). En esta lógica, la herramienta con la cual se obtendrá información será el Maslach Burnout Inventory, cuestionario que entrega una panorámica objetiva para la medición del síndrome de Burnout en los trabajadores encuestados. Una vez recogida esta información, se considerará el enfoque positivista para la sistematización de esta información, dado que este enfoque *“busca las causas mediante métodos tales como cuestionarios, inventarios y estudios demográficos, que producen datos susceptibles de análisis estadístico. (Taylor y Bodgan 2000, p.5)*

Desde otro punto de vista Hernández-Sampieri (2014) destaca que el enfoque epistemológico de los métodos mixtos es el Pragmatismo, el cual lo define como una postura que consiste en usar el método más apropiado para un estudio específico. Esto quiere decir, que este enfoque rechaza el tener que elegir por alguna categoría cuantitativa o cualitativa, orientado por la valoración por parte del investigador al combinar o mezclar procedimientos y métodos los cuales puedan dar respuesta de una mejor manera a las preguntas de investigación que se planteen (Hernández – Sampieri, s.f, p.6).

3.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación utilizado para el presente trabajo investigativo es el Método Mixto. Según refiere Hernández-Sampieri (2014, p.524), este es un método que *“utiliza evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y otras clases para entender problemas en las ciencias”* (Creswell, 2013^a y Bieber y Swisner, 2010). Además, Chen (2006) *“lo define como integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativos en un solo estudio con el fin de obtener una ‘fotografía’ más completa del fenómeno (...)”* (524).

La justificación para la utilización de este método (según el Libro Metodología de la Investigación de Roberto Hernández-Sampieri) es la de Complementación y esta se refiere a *“obtener una visión más comprensiva sobre el planteamiento si se emplean*

ambos métodos, así como un mayor entendimiento, ilustración o clarificación de los resultados de un método sobre la base de los resultados del otro” (Hernandez-Sampieri, 2014, p.528). Es pertinente además, agregar la justificación de Explicación, ya que se refiere a *“Mayor capacidad de explicación mediante la recolección y análisis de datos CUAN y CUAL y su interpretación conjunta”* (Hernandez-Sampieri, 2014, p.528). Por último, sumamos la justificación de Argumentación, la cual señala *“Consolidar los razonamientos y argumentaciones provenientes de la recolección y análisis de los datos por ambos métodos”* (Hernandez-Sampieri, 2014, p.528).

El diseño que se utilizará, es el Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS), el cual según Hernández-Sampieri (2014), *“se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativo, construyéndose la fase cualitativa a partir de los resultados de fase cuantitativa”* (p.554). Se puede dar prioridad a lo cualitativo, a lo cuantitativo o entregar el mismo peso a ambos. En este caso, se le da prioridad a la etapa cualitativa, ya que ésta dará respuesta al objetivo general de la investigación.

3.3. Universo y Muestra

El Plan de Muestreo para la presente investigación es el Plan no Probabilístico. El cual no es representativa y los resultados obtenidos serán válidos solo para los casos estudiados. Esto debido a la gran cantidad de trabajadores con los que cuenta el Servicio Nacional de Menores, en comparación a la población de muestra de esta investigación.

Las muestras no Probabilistas no son representativas porque carecen de un mecanismo de selección.

La muestra es seleccionada por la técnica llamada *“Por Conveniencia”*. *“Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador”* (Otzen, Manterola, 2017, p.230).

Este tipo de muestreo llamado “Por Conveniencia”, permite al investigador seleccionar de acuerdo a muestras que se encuentren disponibles para su estudio, ya que presentan mayor disposición y accesibilidad para este efecto. Sobre todo, considerando que en la presente investigación, la población es bastante amplia como para seleccionar una muestra representativa de su totalidad. (QuestionPro, s.f).

3.4. Técnicas de Investigación

Para la presente investigación, se aplicarán dos instrumentos. El primero es un instrumento llamado Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson (1981, 1986), siendo el instrumento más utilizado para medir el Burnout, compuesto por 22 ítems que son afirmaciones, sentimientos y actitudes del profesional en relación a su trabajo. Su principal función es la de medir el desgaste profesional, por ende, este instrumento es cuantitativo.

El segundo instrumento a utilizar, responde al objetivo general de la investigación, siendo esta una Entrevista Semi-Estructurada, con la que se podrá recabar información respecto a la percepción y reflexión de experiencias relacionados con Burnout de los trabajadores, entregando con este instrumento los datos cualitativos necesarios.

3.5. Operacionalización de las Variables

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Preguntas
Intervención social con burnout alto	<p>El síndrome de burnout es respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja.</p> <p>Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera.</p>	<p>Persona se siente afectada con síntomas de burnout. Y cómo afecta esto en el trabajo que se realiza.</p> <p>En este caso debe presentar alta puntuación en la subescalas:</p> <p>-Agotamiento emocional: Se expresa en la pérdida paulatina del agrado por la tarea que se realiza. Una sensación de cansancio e incluso disgusto por el trabajo. En esta etapa las personas intentan modificar por sí mismas las sensaciones negativas, sin embargo, no encuentran respuestas adecuadas.</p> <p>-Despersonalización: Es manifestada a través de cambios en las relaciones con los/as consultantes. Se caracteriza por el desinterés, la pérdida de empatía e incluso la culpabilización. Así, se afecta la calidad de la atención y dedicación a las personas, predominando en el/la trabajador/a una baja en su estado de ánimo (ánimo depresivo) y sentimientos hostiles.</p> <p>Y presentar baja puntuación en la subescala de:</p> <p>-Baja realización personal: Sensación cada vez más generalizada de que no tiene sentido implementar cambios, pues no se pueden mejorar las cosas. De esta manera se pierde la ilusión y el idealismo respecto al propio trabajo</p>	Alto	<p>Agotamiento emocional >27 (Mayor que)</p> <p>Despersonalización >10 (Mayor que)</p> <p>Realización personal <33 (Menor que)</p>	<p>En primera instancia, se explicará a cada entrevistado su resultado. Para luego realizar las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué le parece el resultado del instrumento aplicado anteriormente?</p> <p>¿A qué atribuye este resultado?</p> <p>¿Cómo cree que esto podría afectar en el proceso interventivo?</p>
Intervención social con burnout bajo	<p>El síndrome de burnout es respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja.</p> <p>Bajas puntuaciones en las dos primeras subescalas y altas en la tercera</p>	<p>Persona tiene mínimos o nulos síntomas de burnout, por lo que no se siente afectada.</p> <p>En este caso debe presentar baja puntuación en la subescalas:</p> <p>-Agotamiento emocional: Se expresa en la pérdida paulatina del agrado por la tarea que se realiza. Una sensación de cansancio e incluso disgusto por el trabajo. En esta etapa las personas intentan modificar por sí mismas las sensaciones negativas, sin embargo, no encuentran respuestas adecuadas</p> <p>-Despersonalización: Es manifestada a través de cambios en las relaciones con los/as consultantes. Se caracteriza por el desinterés, la pérdida de empatía e incluso la culpabilización. Así, se afecta la calidad de la atención y dedicación a las personas, predominando en el/la trabajador/a una baja en su estado de ánimo (ánimo depresivo) y sentimientos hostiles.</p> <p>Y presentar alta puntuación en:</p> <p>-Baja realización personal: Sensación cada vez más generalizada de que no tiene sentido implementar cambios, pues no se pueden mejorar las cosas. De esta manera se pierde la ilusión y el idealismo respecto al propio trabajo</p>	Bajo	<p>Agotamiento emocional <26 (Menor que)</p> <p>Despersonalización <9 (Menor que)</p> <p>Realización personal >34 (Mayor que)</p>	<p>En primera instancia, se explicará a cada entrevistado su resultado. Para luego realizar las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué le parece el resultado del instrumento aplicado anteriormente?</p> <p>¿Cómo cree usted que el síndrome de burnout podría afectar en el proceso interventivo?</p> <p>3.- ¿Cuáles son los mecanismos o estrategias de protección que usted utiliza para su autocuidado?</p>

3.6. Testeo de Instrumentos

El día 25 de Septiembre se entrevistó a un trabajador de profesión Psicólogo quien lleva 2 años 6 meses en el programa PIE 24 Horas de Renca. Cabe mencionar que esta instancia se estableció como un espacio de autocuidado para el entrevistado.

En primera instancia se le aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), arrojando los siguientes resultados: En agotamiento emocional puntuó 37, el cual se considera alto; en despersonalización puntuó 6, el cual se considera medio y en realización personal puntuó 27, el cual se considera bajo. Por ende, al presentar 2 de 3 sub escalas con puntuaciones que evidencian una posible sintomatología de padecer Burnout, es que se considera finalmente una persona con Burnout alto.

La metodología de la entrevista lleva una descripción previa en donde se explican los resultados del MBI, especificando cada subescala dependiendo de su puntuación. Junto con explicar la definición de esas subescalas

Se aplica la entrevista semiestructurada y se realiza una devolución de los resultados del cuestionario, entregándole un documento con sus resultados, la que se incluye en la parte inicial de la entrevista y luego el detalle de las respuestas del MBI se profundizan a través de la entrevista semiestructurada.

3.7. Plan de Análisis

Para analizar los instrumentos, en primera instancia se evaluará el MBI, donde se realizará la sumatoria de los ítems de cada subescala correspondiente a: “agotamiento emocional”, “despersonalización” y “realización personal”, lo cual entregará un puntaje para cada subescala, siendo catalogado luego como “alto”, “medio” y “bajo”.

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout.

Se analizará minuciosamente cada puntaje para determinar el grado del Síndrome de Burnout, esto, para poder establecer finalmente si resulta con alto o con un bajo padecimiento del síndrome anteriormente mencionado.

En cuanto a la entrevista semiestructura, se podrán distinguir los indicadores que evidencian un alto puntaje y por otra parte aquellos que obtienen una baja puntuación, es decir se realizará un análisis de extremos debido a las características de los resultados obtenidos,

3.8. Proceso de recolección de datos

Durante el proceso de recolección de datos se entrevistó a un total de 11 trabajadores. De ellos, 6 son mujeres y 5 son hombres. En la muestra seleccionada, se encuentran las siguientes profesiones: Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales y Técnicos en Trabajo Social, siendo uno de los Psicólogos Director de Programa. Este último es el único del total de los trabajadores que no pertenece a una dupla interventiva, dado que su función es de coordinación del equipo y de sostener la relación con las distintas redes territoriales y dentro de la Fundación

El rango de edad de los trabajadores se encuentra entre los 27 y 49 años. Se observó que el tiempo de permanencia de los trabajadores en sus programas respectivos varía desde los 6 meses a los 5 años.

Es relevante señalar que 7 trabajadores se desempeñan en el programa PIE, siendo este parte de un Organismo Colaborador (OCA), mientras que los 4 restantes entrevistados pertenecen al programa FAE de Administración Directa, siendo ambos programas parte del Servicio Nacional de Menores (SENAME).

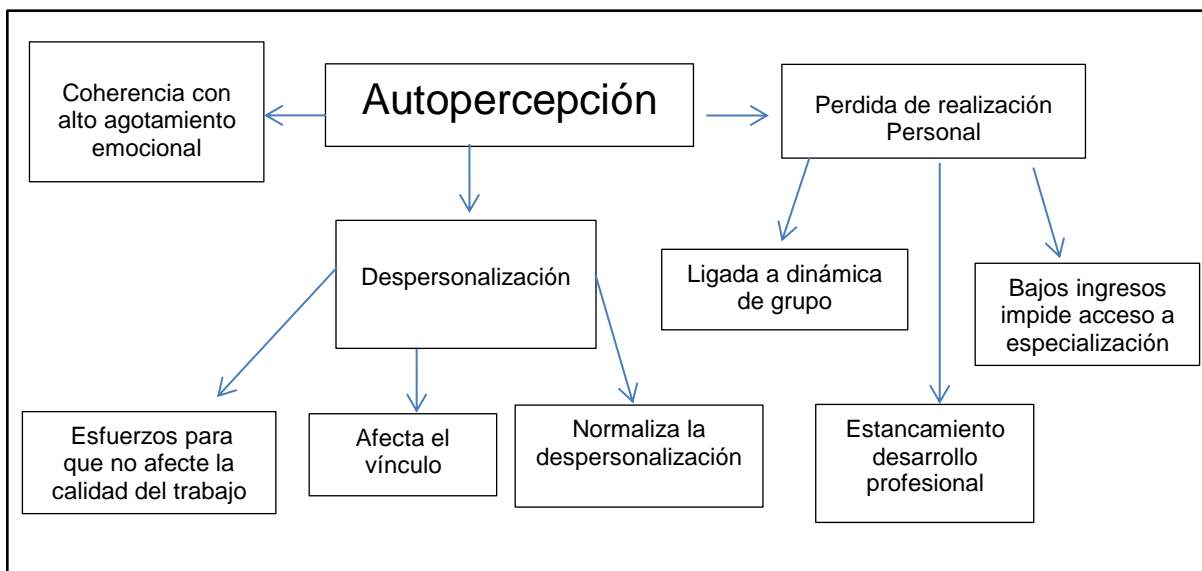
Otro aspecto a destacar, corresponde a la forma de realizar las entrevistas semiestructuradas. Debido a la contingencia sanitaria, éstas fueron hechas vía plataforma Zoom.

Los entrevistados firmaron un consentimiento informado cuyo modelo se encuentra en los anexos de este documento.

CAPÍTULO IV: Resultados

4.1. Análisis Descriptivo

Familia de Códigos N°1: Burnout Alto – Auto percepción.



Este árbol responde a la pregunta: ¿Qué le parece el resultado del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI)?, el que dio como resultado burnout alto.

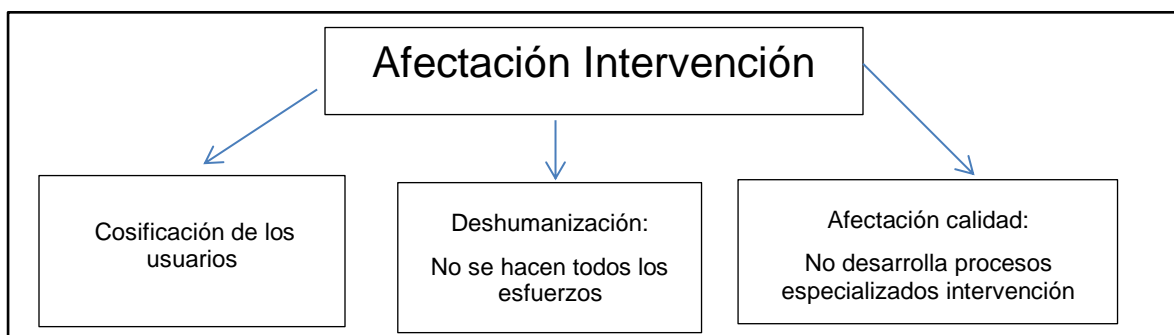
- E1: “Agotamiento Emocional: es algo que está todos los días.”
- E2: “Agotamiento Emocional: me hace harto sentido el tema del agotamiento emocional, porque ahora no se si siento un disgusto con el trabajo en general. A mí el trabajo me gusta. A mí me pasan más cosas en el ambiente laboral.”
- E1: “Despersonalización: quizás se le puede dar la vuelta al tema de la culpa del vínculo con la gente. Si al final trabajamos con personas [...] me imagino que es propio a este tipo de programas”.
- E2: “Con la despersonalización no tengo una crisis, porque en general uno trata también de tener herramientas para poder hacer que tus estados emocionales no

afecten en la calidad del trabajo [...] voy generando estrategias para que no se vean afectados los otros o los usuarios”.

- *E1: Realización Personal: “En mi caso voy a cumplir 30 años y es como ¿estoy haciendo lo que realmente me llena?. La mala paga para mí es súper importante, como que me imposibilita hacer un montón de otras cosas que quiero hacer [...] Entonces no hay movilidad ni flexibilidad con hacer cambios [...] Esto significa que todo esté en SENAINFO y por ende le vamos a pagar la subvención por niño mensual.*
- *E2: Realización Personal: Por la pérdida de realización personal es como les digo, como que no tiene que ver con la función, sino que tiene que ver con el lugar [...] Al espacio físico, al equipo técnico, a la dinámica del equipo. Quizás el agotamiento podría ser menor si no estuviera en pandemia, pero yo creo que igual me hubiese tirado un resultado alto (...) Y la dinámica también afecta harto en este agotamiento, creo yo. Por lo menos a mí me pasa harto en esta pega (...) claramente la dinámica del funcionamiento interno de nuestro equipo como que interfiere harto en el cómo tú te sientes haciendo la pega.*

En este primer cuadro donde se habla del Burnout alto, realizaron un primer test y al momento de conocer su resultado ellos manifestaron que estaban de acuerdo en la parte de agotamiento emocional, haciendo mención a un agotamiento generalizado, el cual tiene conexión con el ambiente laboral. Respecto a la despersonalización, se menciona que existe un esfuerzo consiente para que no afecte al trabajo, mientras que por otro lado se alude a que existe una afectación al vínculo con las personas y una normalización de esta área (despersonalización), el cual sería propio de este tipo de programas. Por último, en cuanto a la pérdida de realización personal, existe referencia a que tiene relación con las dinámicas de grupos, a que existe un estancamiento en el desarrollo profesional y al poco acceso a la especialización debido a los bajos ingresos económicos.

Familia de Códigos N°2: Burnout Alto – Afectación Intervención



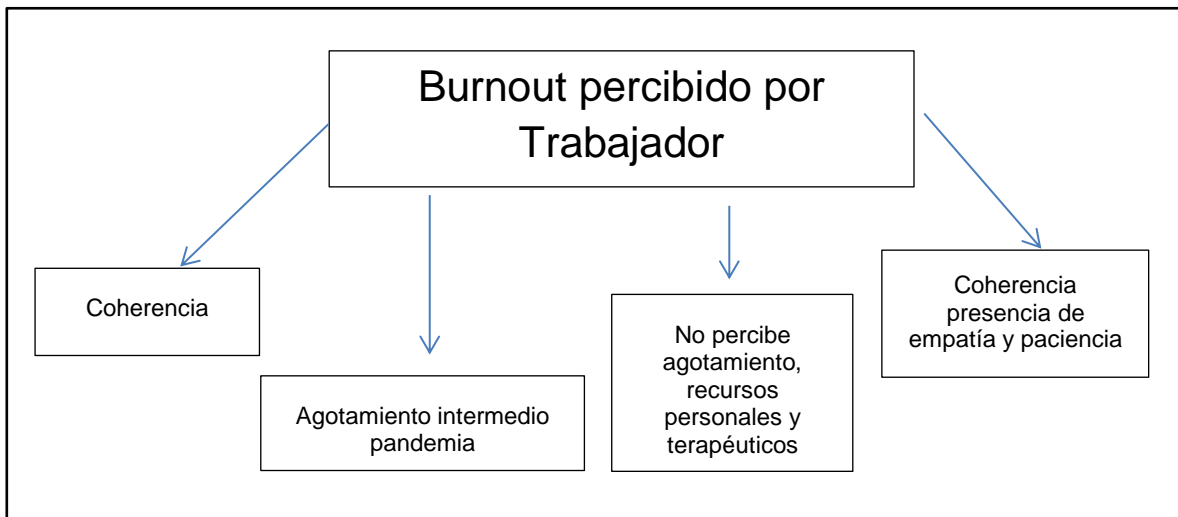
Este árbol responde a la pregunta: ¿Cómo cree que el Burnout puede afectar en el proceso interventivo?.

Cabe mencionar que esta pregunta se realizó a todos los entrevistados que puntuaron tanto con Burnout alto como con Burnout bajo.

- *E1: Creo que podría ser como una cosificación un poco más de los usuarios, en sentido de deshumanizarlos [...] no se despliega todo lo que se podría hacer, porque uno ya está cansado, está chato ya [...] supuestamente a mí se me exige como los proceso interventivos psicológicos individuales más especializados y cuesta, cuesta si uno ya está chato, cuesta la disposición.*
- *E2: Yo creo que sí afecta porque claramente no estoy entregando todo lo que tú tenías, porque finalmente igual hay un agotamiento, igual hay un cansancio, seguro que sí*

Los entrevistados hacen referencia a que si existe una afectación en el proceso interventivo. Relacionándolo con la cosificación de los usuarios como si fueran números. Por otro lado, refieren que existe una deshumanización, es decir, quitar el carácter humano, por lo cual los profesionales no hacen todos los esfuerzos para obtener mejores resultados. Como último aspecto, refieren que no se logran desarrollar los procesos especializados de intervención.

Familia de Códigos N°3: Burnout Bajo – Autopercepción.



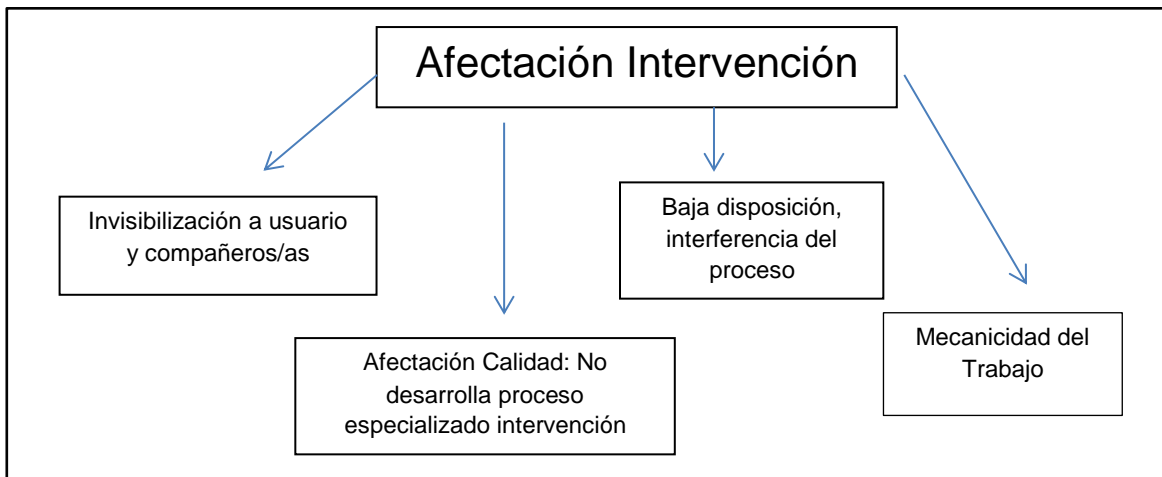
Este árbol responde a la pregunta: ¿Qué le parece el resultado del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI)?, el que dio como resultado Burnout bajo.

- *E1: La verdad, era lo que esperaba en realidad [...] me hubiera llamado más la atención que no hubiera salido así.*
- *E2: Pero si me hace mucho sentido [...] siempre voy a dar como un trato profesional a las personas con que trabajo sin jamás perder la empatía o intervenir como corresponde.*
- *E3: me llama la atención, porque siento que dan con la respuesta que yo estaba dando [...] me siento súper bien emocionalmente [...] Siento que la empatía es clave para nuestros procesos interventivos, de entender ciertas situaciones, de ser también un poquito paciente. Siento que en ningún momento he perdido el control de eso.*
- *E4: que bueno, no estoy despersonalizado o está bajísimo pese a lo que yo pensaba [...] en realidad siento que no me agoto. En general el trabajo no me afecta.*

- *E5: un poco de acuerdo con las características que ustedes van definiendo conceptualmente [...] Claramente hay un agotamiento que es medio [...] yo creo que tiene que ver básicamente con aspectos que están relacionados al contexto que estamos viviendo [...] pandemia, teletrabajo.*
- *E6: Bueno me alegra, me alegra tener ese resultado en la evaluación [...] me siento reflejado digamos, en estos resultados en términos de [...] bajo agotamiento emocional, no me siento agotado emocionalmente respecto de la labor que realizo [...] creo que el apoyo el proceso terapéutico que estoy llevando me ha beneficiado en distintos ámbitos y sin duda que ha impactado en una mayor situación de bienestar y por tanto yo creo una disminución de agotamiento emocional.*
- *E7: creo que fue un buen instrumento para poder darme cuenta que, a pesar de tener, como hablábamos, casos complejos o alguna situación más de estrés, la logro reponer y finalmente logro cumplir la meta que está asociada al trabajo [...] Cómo poder sobrellevar esta tarea, también por los recursos personales que pueda tener cada uno.*

Los entrevistados refieren que existe una coherencia entre su percepción con su resultado obtenido, en donde el agotamiento tiene relación al contexto de pandemia. Otro entrevistado no percibe agotamiento ya que refiere poseer recursos personales adecuados y terapéuticos para no ser afectado. Por otro lado, existe coherencia del resultado por la presencia de empatía y paciencia a la hora de desempeñar sus funciones.

Familia de Códigos N°4 : Burnout Bajo – Afectación Intervención



Este árbol responde a la pregunta: ¿Cómo cree que el Burnout puede afectar en el proceso interventivo?

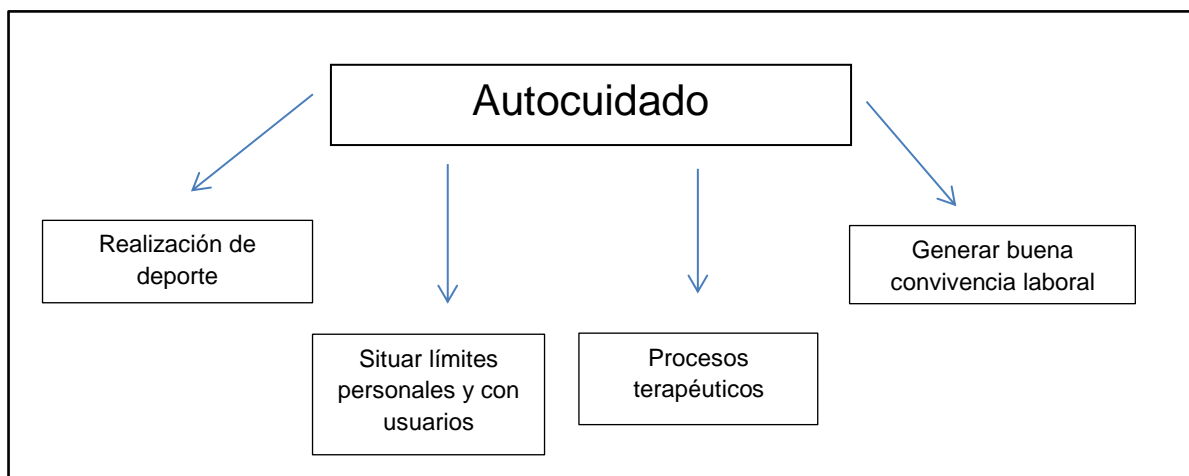
- *E1: No logra ver a los usuarios, no logra ver al compañero [...] donde tú dejas de ver como las cosas positivas de la familia del niño, niña y/o adolescente y solamente lo ves como un número, un número más*
- *E2: [...] siento que si una persona no está bien emocionalmente y físicamente, no puede entregar un buen trabajo [...] entonces creo que influye lamentablemente súper negativamente en el proceso interventivo, porque no trabajas bien, no le das espacio, no contienes, que yo creo que muchas veces se hace eso y tampoco puedes orientar porque en realidad estás muy bajo de energía.*
- *E3: también puede generarse con los usuarios no lograr relacionarse de buena manera [...] al final se vuelve algo mecánico al momento de generar alguna acción en beneficio de la familia.*
- *E4: no voy a estar para escuchar a otra persona o para intervenir [...] si estoy agotado, creo que las cosas te pueden dejar de importar [...] no vas a estar muy ahí [...] a lo mejor vas a cumplir o escuchar, pero en realidad no vas a estar*

realmente involucrado en la tarea que se debe realizar y no se va a generar un impacto, va a ser como una intervención de forma, pero no de fondo.

- *E5: Sí, yo creo que afecta, evidentemente [...] si una persona está extremadamente agotada en su trabajo, va mermando su capacidad de respuesta, su predisposición, su capacidad de empatía, en definitiva y en el fondo su capacidad de gestión [...] Pero yo creo que, sobre todo, el cansancio es una cosa que de alguna u otra manera va a tener alguna manifestación directa o indirecta. Y yo creo que en la intervención evidentemente tu predisposición no es, ni va a ser lo mismo.*

Los entrevistados evidencian que existe afectación en el proceso interventivo, esto en relación a que se invisibiliza tanto al usuario como a los compañeros/as de trabajo. Expresan también una afectación a la calidad de la labor, ya que no se desarrolla un proceso especializado de intervención. Sumado a que hay una baja disposición por parte del trabajador por lo que no existen esfuerzos por entregar una intervención profesional de calidad. Por último, se visualiza una mecanicidad de la tarea a realizar, lo que significa que no se observan las necesidades específicas de los usuarios y se ejecuta una tarea sólo para cumplir lo mínimo estandarizado y/o exigido.

Familia de Códigos N°5: Burnout Bajo – Formas de autocuidado



Este árbol responde a la pregunta: ¿Cuáles son los mecanismos o estrategias de protección que usted utiliza para su autocuidado?

- *E1: demarcar límites es súper importante en cuanto a no trabajar el fin de semana, marcar tus horas [...] ya sea el deporte, las plantas, pero sin lugar a dudas el movimiento, lo que tú quieras hacer [...] me gusta compartir con mis amigos después del trabajo [...] plantar me gusta también [...] de apagar el computador del trabajo como que mentalmente a mí me sirve.*
- *E2: yo siempre he estado de la política el deporte. Siento que el deporte es clave para bajar los niveles de ansiedad, los niveles de estrés [...] siempre trato de tener muy buena relación con mis compañeros de trabajo.*
- *E3: Para mí una cosa es el trabajo y otra cosa es lo que pasa fuera del trabajo y la idea que esas dos cosas se mantengan lo más separada posible, así como la relación con el usuario.*
- *E7: ahora he estado haciendo yoga [...] tener una conversa grata, cosa que a mí me provoca la posibilidad de distenderme. Escuchar música, disfrutar de las cosas que yo quiero disfrutar, o sea. Estar con la gente que me hace bien, me gusta reírme, me gusta harto conversar.*

- *E8: ejemplo inicié un proceso terapéutico [...] el hacerme cargo de mis propios temas creo que ha sido una muy buena estrategia de autocuidado [...] que también hay una serie de elementos que contribuyen al autocuidado [...] por ejemplo normas y límites, saber tener claro cómo proceder es algo que genera autocuidado en mí.*

Las formas de autocuidado se enfocaron en la realización de deporte, donde también se destacan las caminatas y movimiento del cuerpo en general. Existe además el ejercicio de la colocación de límites personales y con el usuario, esto tiene que ver con la delimitación de los horarios labores y horarios de descanso. Otro punto relevante que se visualizó, fue el de llevar a cabo procesos terapéuticos personales. Por último, se evidencia la generación de una buena convivencia laboral, es decir establecer relaciones labores saludables.

4.2. Análisis Interpretativo

Para comprender el fenómeno esencial sobre la afectación que puede ocasionar el síndrome de Burnout en profesionales que intervienen al interior de programas de atención a la infancia en Chile, primeramente, debemos introducirnos y observar la panorámica que nuestro país ofrece en relación a los programas que intervienen con los niños y niñas víctimas de graves vulneraciones. En este sentido la fenomenología es el paradigma que mejor nos conduce a la comprensión de dicha afectación como fenómeno, siendo una metodología que comprende la o las experiencias de vida, sucesos, desde la mirada del sujeto en sí. Se recuerda lo siguiente: *“Para: el Fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo”* (Taylor y Bodgan, 2000, p.9)

El organismo responsable en nuestro país de velar por el cumplimiento respecto de la protección y restitución de derechos de todos los niños y niñas que residen en Chile es el Servicio Nacional de Menores, SENAME, organismo estatal responsable de garantizar la protección y la prevención de eventuales vulneraciones en todas las áreas que conforman la vida de niños, niñas y adolescentes. La UNICEF (2020) refiere que, en “protección de la infancia, el enfoque de derechos significa el desarrollo de un entorno protector que

identifica y refuerza los componentes principales que pueden proteger a los niños y niñas (familias, comunidades, leyes, medios de comunicación”) Si consideramos esta visión como el primer eje de trabajo profesional psicosocial, que deben desarrollar en sus procesos interventivos los profesionales tratantes de los múltiples programas supervisados por SENAME o administrados directamente por dicha institución, como es el caso de los programas PIE y FAE, se subentiende la complejidad que estos procesos interventivos poseen per se.

Chile hace ya varias décadas ha ratificado mediante la convención internacional de derechos del niño los compromisos adquiridos por el Estado en lo que se refiere a la niñez. El SENAME, cuya perspectiva de intervención es, el niño (a) como sujeto de derecho y no como objeto (visión arcaica de intervención) desarrolla y supervisa el actuar de sus programas y proyectos tanto de administración directa como de aquellos que operan mediante organismos colaboradores (OCAS). Sin embargo y a pesar que el Estado ha logrado cubrir áreas centrales para la protección infantil continúan pendientes reformas significativas en temas estructurales y que repercuten en que los programas de intervención en niños y niñas no alcancen cambios en los principales ejes que beneficien plenamente a los NNA. Esta clase de necesidades o “temas pendientes en la agenda política infantil” repercute en los procesos interventivos y por ende en los profesionales de atención, la presente investigación lo visualiza a través de lo reportado por los entrevistados cuando nos refieren frases tales como: “¿estoy haciendo lo que realmente me llena? La mala paga para mí es súper importante, como que me imposibilita hacer un montón de otras cosas que quiero hacer [...] Entonces no hay movilidad ni flexibilidad con hacer cambios [...] Esto significa que todo esté en SENAINFO y por ende le vamos a pagar la subvención por niño mensual”. En este sentido el profesional se siente agotado debido no solo al factor económico, que claramente no se condice con su nivel de exigencia en el trabajo, sino que además su agotamiento emocional pasa por temas más profundos, el sistema se niega a realizar cambios estructurales, ¿en qué aspectos nos podemos preguntar?, en políticas de infancia por ejemplo, nos encontramos al debe con una Ley de garantías de derechos de la niñez, que en el fondo asegure mediante un conjunto normativo el cumplimiento de la protección infantil y adolescente.

Es en este escenario entonces, donde se encuentran los programas FAE y PIE, que han dado pie a la presente investigación y por ende a los resultados que esta nos entrega. Ambos programas buscan dar cumplimiento a los lineamientos de acción exigidos por el Servicio Nacional de Menores, a sus orientaciones técnicas y finalmente al cumplimiento de atender el interés superior del niño, cualquiera sea la situación que esté interrumpiendo dicho interés. Por ende, hablamos de niños y niñas cuyas vidas se han visto fracturadas a causa de graves vulneraciones, presentando un perfil de usuario complejo, caracterizado por el abandono familiar, negligencias de uno o ambos padres, víctimas de maltrato físico y/o psicológico leve o grave, víctimas de abuso sexual y violación, testigos de violencia intrafamiliar física y/o psicológica, deserción escolar, conductas no constitutivas de delitos, socialización callejera, etcétera, lo que finalmente implica que los trabajadores que intervienen en estos casos deban diseñar y ejecutar estrategias de trabajo especializadas a nivel individual y familiar con los usuarios, las que no siempre resultan exitosas debido a una multiplicidad de factores que se manifiestan durante los procesos interventivos o que suelen verse afectadas por dichos factores. Uno de los profesionales manifiesta incluso que entre estos factores está el económico que no le permite especializarse en su área de trabajo lo que finalmente también precariza su intervención o proceso terapéutico. De lo anteriormente expuesto podemos desprender que nos enfrentamos a tres fenómenos altamente complejos para el profesional que interviene en esta línea de programas, primero un perfil de usuario cuya historia de vida es extremadamente difícil, en segundo lugar en cómo ese profesional debe enfrentar y direccionar su intervención para lograr la adherencia de los usuarios y finalmente cumplir con los objetivos planteados y en tercer lugar dar respuestas a todas las instituciones que actúan coactivamente, como es el caso de los Tribunales de Familias, (Ley N° 19.968 de 2004).

Los trabajadores sociales, psicólogos y técnicos sociales son principalmente aquellos profesionales responsables de desplegar aquellas acciones que dan vida a la intervención psicosocial, en los programas FAE y PIE, cada uno de ellos centrado en su rol como trabajador y agente de cambio hacen frente a la situación problema que aqueja al sujeto de intervención, mirándolo desde el modelo ecosistémico de Bronfenbrenner, en el que el desarrollo de los individuos se basa en los diferentes ambientes con los cuales este va interactuando, y que a su vez estos van influyendo coherentemente en sus cambios,

desarrollo cognitivo, moral y relacional, es el entorno inmediatamente más significativo donde se generan las problemáticas o quiebres que interrumpen el estado de bienestar de los usuarios, donde se origina el sujeto de atención que principalmente trabajadores sociales y psicólogos buscan devolver (al NNA y su familia) a una situación de estabilidad emocional, social, familiar, educativa, de salud, relacional y comunitaria . Si bien el sello del trabajo social es la intervención en sí, lamentablemente en la realidad misma de los procesos interventivos, procesos sistemáticos y organizados que buscan generar un impacto positivo determinado, no siempre se logra este objetivo supremo en condiciones normales de intervención, se interpreta a la luz de los hallazgos encontrados en este estudio que un trabajador social, psicólogo u otro profesional al verse afectado o padecer de ciertos indicadores de burnout tendrá menos posibilidades de desplegar todas sus capacidades técnicas para ejecutar un proceso exitoso, refiriendo deshumanización o cosificación de los usuarios, menor disposición hacia los mismos u otros factores obstaculizadores o amenazantes para la intervención. El burnout es un síndrome que claramente los entrevistados señalan como un elemento negativo para la intervención, cuando este se manifiesta en algún profesional, trabajador o funcionario y su ambiente laboral.

Se levanta la pregunta sobre como los equipos que desarrollan atención directa con usuarios están protegidos frente a este síndrome de burnout, y según lo que se informa en este ámbito de la salud, en el año 2013, se aprueba el protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales, que principalmente busca mediante un cuestionario, levantar medidas de prevención para este tipo de riesgos, lamentablemente durante la realización de esta investigación se encuentra que en el caso del programa PIE nunca se ha realizado este tipo de cuestionario, y en el caso del programa FAE, si bien no se pregunta directamente por el cuestionario en sí, los entrevistados (de ambos programas) hacen referencia solo a prevención o mecanismos de autocuidado personal, como estrategias de precaución para no quemarse en el espacio laboral, lo que nos da a entender de cierto tipo de abandono frente al trabajador que desarrolla sus funciones bajo fuertes presiones que afectan la salud emocional debido a la naturaleza que conlleva la propia labor interventiva y terapéutica de trabajadores sociales y psicólogos, así como de técnicos del área social y de otros profesionales de trato directo y tiene directa relación con las cifras

entregadas por el Servicio Nacional de Menores, según la Ley de Transparencia, en el marco de la Ley N° 20.285, sobre Acceso a la Información Pública, se reporta lo siguiente:

-Al 31 de diciembre del 2019 el total de funcionarios es de 4.615, contratados en cargos de Planta y Contrata.

-Funcionarios que se desempeñan en atención directa en centros de administración directa del SENAME de cuidado alternativo (CREAD, Residencia Familiar y FAE) es de 940 funcionarios/as. Sumando a 65 funcionarios/as de programas FAE AADD, que cumplen funciones, tipificadas como gestión de soporte a través de las Direcciones Regionales (Región Metropolitana, Valparaíso y del Bio Bío).

Al 31 de diciembre del 2019, a nivel nacional, se tramitaron un total de 17.658 licencias médicas, correspondientes a 3.644 funcionarios/as, que abarcan un total de 185.643 días de reposo.

-En cuanto a licencias médicas presentadas por parte de los trabajadores que se desempeñan en atención directa de NNA, en centros de administración directa del SENAME CREAD, Residencia Familiar y FAE. Se tramitaron 4.100 licencias médicas que corresponden a 814 funcionarios/as. No en vano los entrevistados en este sentido señalan en sus declaraciones la realización de actividades tales como deportes, caminatas, práctica de yoga, incluso el hecho de someterse a sus propios procesos terapéuticos con la finalidad de conservar un equilibrio entre las presiones de su trabajo y la salud mental.

Si observamos la información señalada anteriormente desde lo que define el Protocolo que regula la medición de riesgos psicosociales en el trabajo, en donde refiere que aquellas situaciones y condiciones inherentes al trabajo, relacionadas a la ejecución de la tarea y que afectan de manera positiva o negativa la salud y el bienestar psíquica, social o física del trabajador, podemos comprender de mejor manera lo que han expresado los entrevistados cuando hacen alusión a factores en su experiencia laboral como lo es el agotamiento emocional, señalado como “algo que está todos los días”, o “ me hace hartos sentido el agotamiento emocional” cuando se refieren a ciertas señales que indican un mayor nivel de afectación por burnout, expresando claramente sentimientos de

resignación hacia lo que se encuentran padeciendo, además llama poderosamente la atención que los profesionales que dan mayores índices de padecer burnout sean aquellos que pertenecen al área psicológica responsables de realizar los procesos terapéuticos con los usuarios, quienes claramente se ven mayormente afectados debido a la carga emocional que su rol de terapeuta conlleva. Respecto de trabajadores sociales y a la luz de lo señalado por el mismo protocolo, el área de salud/asistencia social presenta un 5,1%, siendo este último el segundo más alto dentro de las áreas de trabajo similares entre sí. Ambos tipos de profesionales entrevistados confirman que el síndrome de burnout sí puede afectar sus intervenciones, al señalar que se puede incluso llegar a la invisibilización tanto del usuario como de compañeros de trabajo, realizando un trabajo mecánico y lejos de alcanzar procesos interventivos especializados.

No por nada varios autores y principalmente de la psicóloga Cristina Maslach, quien define al síndrome de burnout como una *“respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se (...) y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional (p.16)*. Señala además tres dimensiones específicas a través de las cuales este se expresa en índices mayores o menores de afectación, la autora se refiere al agotamiento emocional, como la pérdida del agrado por la tarea, la despersonalización manifestada a través de cambios en las relaciones con los consultantes junto con pérdida de empatía y culpabilización hacia este y a la pérdida de la realización personal como una sensación cada vez más generalizada de que no tiene sentido implementar cambios, ya que las cosas no podrían mejorar. Entendiendo al síndrome de burnout bajo esta definición y características que señala la autora, sin duda nos encontramos frente a una visión de un fenómeno muy complejo de ser padecido por cualquier trabajador y cuanto más por aquellos trabajadores que ofrecen sus servicios en beneficio de terceros. Afortunadamente los profesionales de ambos programas se preocupan de realizar actividades en sus áreas personales como forma de descomprimir toda la carga emocional que conlleva la función de terapeutas, tanto el psicólogo/a como los y las trabajadores sociales, sin embargo, se encuentra al debe, por lo que señalan los trabajadores de FAE y PIE el compromiso de las instituciones por cuidar a sus equipos de trabajo, en especial aquellos que pertenecen a la administración directa del Estado, donde incluso las actividades de auto y mutuo cuidado son pagadas por los propios

funcionarios, una de las entrevistadas señala en una de sus declaraciones la importancia de mantener espacios de trabajo saludables, refiriendo lo siguiente: “Y la dinámica también afecta mucho en este agotamiento, creo yo. Por lo menos a mí me pasa mucho en esta pega (...) claramente la dinámica del funcionamiento interno de nuestro equipo como que interfiere mucho en el cómo tú te sientes haciendo la pega”, la entrevistada habla claramente de la necesidad de mantener dinámicas relacionales saludables dentro del espacio de trabajo, y esto se logra descomprimiendo al equipo con espacios constantes de auto y mutuo cuidado que deberían ser desplegados por las instituciones y no por los mismos trabajadores.

CAPÍTULO V

5.1. Conclusiones

Si bien esta investigación ha sido tomada con una población pequeña de trabajadores sociales, psicólogos y técnicos sociales, la información que estos profesionales han entregado mediante sus entrevistas nos parece tremendamente significativa para los equipos de trabajo a la que cada uno de ellos pertenece. Se ha analizado el síndrome de burnout desde las implicancias que pudiera tener esta afectación de la salud mental, en un proceso interventivo psicosocial, entregando aportes a la investigación de un fenómeno que solo en el año 2019 se incluyó en la Organización Mundial de la Salud, como un “problema que se asocia al empleo o al desempleo”

Dentro de todos los hallazgos que se pueden destacar es posible señalar que solo 2 de 11 profesionales presentaron burnout alto, siendo este el 18% de la muestra total. Ambos son psicólogos, y si bien no pertenecen a la misma línea de programa de protección, se infiere que se encuentran interviniendo sin adecuadas estrategias de autocuidado. Ambos profesionales refieren dentro de su autopercepción agotamiento emocional, despersonalización frente al usuario, pérdida de la realización personal, en este punto un entrevistado lo relaciona principalmente con el equipo técnico y la dinámica que se genera al interior de este. Si bien estos profesionales han realizado esfuerzos propios para no sentirse quemados en sus trabajos, igualmente han presentado altos índices de burnout, llegando a normalizar en alguna medida la despersonalización y por otro lado el estancamiento de desarrollo profesional en el que se encuentran.

Ningún entrevistado hizo mención espontánea a los autocuidados propiciados por sus propias instituciones, por lo que existe mayor valoración en cuando a estrategias más bien personales. Dentro de esta área se indaga en diversas estrategias de auto cuidado como el hecho de practicar deporte los fines de semana o después de la jornada laboral, así como también otras estrategias más relacionadas con encuadrar y separar actividades laborales con actividades personales. Dentro de este aspecto de la investigación y en concordancia con las respuestas entregadas por algunos trabajadores, no se puede dejar de mencionar la emergencia sanitaria por COVID-19 que comienza en nuestro país a

comienzos del mes de marzo del año en curso, la cual como es de conocimiento público se introduce en Chile procedente de países asiáticos y europeos principalmente. Esta pandemia es mencionada por algunos participantes de este estudio como un factor significativo en la organización de sus tiempos laborales, familiares y personales debido al cambio en la jornada de trabajo del modo presencial a teletrabajo, se hace mención la dificultad de separar al interior del hogar las dinámicas familiares y las laborales, extendiendo o aplazando el tiempo dedicado a funciones netamente del trabajo.

Es importante señalar por otro lado que se refleja entre quienes obtuvieron un bajo índice de burnout su concordancia en torno a dichos resultados, ya que en ningún momento se sintieron sorprendidos de sus buenos resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento MBI y de la entrevista semi estructurada, lo que indica el positivo trabajo que los entrevistados realizan para protegerse y prevenir el burnout al encontrar coherencia entre sus estrategias de autocuidado y los resultados con bajos indicadores del síndrome en los instrumentos aplicados. Los evaluados se sienten conformes con sus resultados lo que se refleja en los bajos indicadores que arrojaban las distintas sub escalas de padecer o no este síndrome, como es el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

Para ir cerrando el tema, es llamativo y lamentable de algún modo, que este padecimiento no se ha tomado con la seriedad debida al interior de los equipos de trabajo, más bien pareciera ser un asunto que solo compete a quien se ve afectado por él, como un problema personal que el propio trabajador debe hacerse cargo, siendo un síndrome tan frágil de trapazar la delgada línea entre un funcionario saludable emocionalmente y otro con manifestaciones de padecer burnout.

La declaración de principios de todo trabajador social, comienza con “Fomentar el bienestar del ser humano y estimular su desarrollo integral para lograr la equidad económico-social y la justicia social.” (Código de ética para Trabajadores Sociales de Chile, 2014). Nos habla de una tarea titánica pero no imposible de lograr con las herramientas técnicas y la especialidad necesaria que debe comprometer a cada trabajador social, sin embargo, un verdadero trabajador social nunca debe olvidar que el principal actor de su propio cambio es el usuario en sí mismo, motivarlo a conseguir su

propio cambio y evolución de sí,. en las distintas áreas que le pueden estar afectando y apartándolo de su estado de confort, no resultará muchas veces en una tarea sencilla, pero cuando existe la voluntad y el esfuerzo personal el propio ser humano que logra dar el primer paso de muchos, termina por ser el mayor beneficiado. Ese resultado sin duda es alentador para el terapeuta que hace una intervención comprometida, con visión centrada en la persona como sujeto de derecho, con dignidad y respeto. Defender y promover los derechos humanos, ya sea los individuales o colectivos, respetar a la persona cualquiera sea su condición de raza, etnia, religión u opción política debe llevarse como estandarte del accionar profesional de cada trabajador social, dignificar a la persona en la máxima expresión posible, no debe ser un sueño por cumplir sino un compromiso que se renueve a diario en el desempeño de cada trabajador social. Todo lo anterior sin dejar de lado la autonomía propia de cada persona, en si esto no suena fácil de hacer, por ello es justo y necesario aquel compromiso hecho a diario por cada profesional en su área de trabajo.

A continuación, se dará a conocer la respuesta a cada objetivo específico en relación al grupo de trabajadores que puntuó Burnout alto:

Al Objetivo: Pesquisar indicios del Síndrome de Burnout en Director/a y profesionales que trabajan en intervención directa con NNA y Familia, a través del Instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). Este grupo expresa estar exhausto emocionalmente (Agotamiento emocional); reconocen además actitudes de frialdad y distanciamiento (Despersonalización); y por último refieren tener sentimientos de baja eficacia y realización personal (Pérdida de realización personal).

Al Objetivo: Determinar en Director/a y profesionales que trabajan en intervención directa con NNA y familia, indicadores asociados al Síndrome de Burnout. El grupo evidenció presentar Burnout alto debido a que lo relacionan con el factor económico, siendo baja en relación al perfil de usuarios y a la carga laboral; la existencia de rigidez frente a los cambios, ya que no ha sido posible realizar cambios cuando se ha sugerido; condicionamiento del trabajo frente a las metas, esto en relación a que se ejecuta la tarea sólo por cumplir la meta que solicitan y no se reflexiona en torno al proceso interventivo; las dinámicas laborales poco sanas, ya que han existido conflictos al interior del equipo de

trabajo y por último también se evidenció la afectación en torno a la pandemia a nivel mundial del COVID-19, lo cual modificó formas de trabajo, relaciones entre grupo de pares y las relaciones familiares.

Al Objetivo: Evidenciar la afectación en los procesos interventivos de Director/a y profesionales de trabajo directo, que arrojasen indicadores del Síndrome de Burnout. El grupo refirió que sí existe una afectación, lo cual es evidenciado a través de la cosificación y deshumanización que se produce hacia los usuarios de atención (niños, niñas y adolescentes y sus familias) y que no se desarrollan los procesos especializados correspondientes a la necesidad al sujeto de atención referido.

Por otro lado, se dará a conocer a continuación la respuesta a cada objetivo específico en relación al grupo de trabajadores que puntuó Burnout bajo:

Al Objetivo: Pesquisar indicios del Síndrome de Burnout en Director/a y profesionales que trabajan en intervención directa con NNA y Familia, a través del Instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). Este grupo al puntuar bajo en el MBI, es posible considerar para efectos de esta investigación que no prima ningún indicio.

Al Objetivo: Determinar en Director/a y profesionales que trabajan en intervención directa con NNA y familia, indicadores asociados al Síndrome de Burnout. Debido a que este grupo de trabajadores puntuó Burnout bajo no se observan indicadores.

Al Objetivo: Evidenciar mecanismos de autocuidado para evitar el síndrome de burnout en aquellos trabajadores que puntúan bajo en el MBI. Este grupo mencionó cómo formas de autocuidado la realización de deporte y movimiento del cuerpo en general; la imposición de límites tanto con los usuarios como con propios compañeros de trabajo (horarios de atención y respeto por el horario de almuerzo principalmente); además se destaca que los profesionales están o han llevado procesos terapéuticos propios; y la generación de una buena convivencia laboral, establecimiento una sana dinámica entre los compañeros de trabajo.

Por último, si bien el objetivo de evidenciar la afectación en los procesos interventivos era para los trabajadores que puntuaron Burnout alto, se consideró relevante poder conocer la visión de los trabajadores que puntuaron Burnout bajo en relación a cómo creen ellos que el padecer de este Síndrome ya mencionado puede afectar al proceso interventivo. Resultó que los profesionales expresan que se invisibiliza al usuario y a los propios compañeros de trabajo, por lo cual el aporte u opinión de ambos grupos no es considerado; no se desarrollan los procesos especializados a la necesidad de cada niño, niña y/o adolescente; y además existiría una baja disposición por parte del trabajador lo cual finalmente resulta en la mecanicidad del trabajo, no considerando las particularidades de cada sujeto de atención

5.2. Nuevos temas o Preguntas de Investigación

Si bien, los resultados de la mayoría de los entrevistados resultaron con burnout bajo, es posible señalar que en el área de “realización personal” se presenta una tendencia de ser media a o baja. Por lo que exige una preocupación por parte de los cargos más bien directivos, ya que al parecer es una tendencia de visualizar que no existen mejoras en sus lugares de trabajo, por lo que se genera un estancamiento profesional y por ende una disminución en el sentimiento de competencia y de éxito.

Otro punto a evaluar, sería la de verter energías y recursos a mejorar las dinámicas de grupo, ya que esto generaría dificultades a nivel relacional y por ende de desinterés por la labor.

Al ser los dos psicólogos los que resultaron con burnout alto, habría que reflexionar la importancia que esto conlleva debido a que dichos profesionales mantienen una intervención de psicoterapia con niños, niñas y jóvenes. Por lo cual su rol es activo en cuanto a la reparación de las diversas vulneraciones.

Por otro lado, si bien en la pregunta que tiene relación con experiencias de autocuidado, ninguno de los profesionales abordó los autocuidados institucionales que se realizan a cada cierto tiempo, por lo que es posible evidenciar que no tienen mayor relevancia en su vida profesional. Entonces, ¿Existirá una buena ejecución de dichos

autocuidados institucionales? ¿Tendrá un adecuado foco? Son preguntas a considerar, para así aprovechar de una mejor manera dichos espacios de encuentro. Respecto a este punto, los autocuidados solo se encuentran en las orientaciones técnicas del PIE 24 Horas, siendo este el programa que ha encargado de establecer estas jornadas de manera sistemática. Por el contrario el programa FAE no realiza estas actividades de forma periódica, sino más bien aisladas.

BIBLIOGRAFÍA

- Barría, J. (2011). Síndrome de Burnout en Asistentes Sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana. *Psykhé*, 12(1). 213-226. Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/332>.
- Bilbao, M., Martínez-Zelaya, G., Pavez, J., & Morales, K. (2018). Burnout en trabajadores de ONGs que ejecutan política social en Chile. *Psicoperspectivas*, 17(3), 1-26. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue3-fulltext-1454>
- Carballeda, A (2010). *La Intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales.* (1), 46-59. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/viewFile/23881/22460>.
- Carlin. M. (2014). El síndrome de burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro. Madrid: Wanceulen Wditorial Deportiva, S.I.
- Chul, B. (2016). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder
- Frías, M., López, M. & Díaz, S. (2003). *Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico*, 8(1), 15-24. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17231.pdf>
- García, F. (2001). *Modelo Ecológico /Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Murcia. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80, Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5257/525752962004>.
- Ministerio de Justicia (2005) Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME, y su régimen de subvención: Ley NUM. 20.032. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/N?i=240374&f=2019-01-31&p=>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. SENAME (2020). Carta n° 673: solicitud de información pública n° AK0004t-0004358 de fecha 19 de octubre de 2020. Departamento Jurídico del SENAME.
- Ministerio de Salud (2013). Aprueba Protocolo de Vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo: exenta n° 336.

-Ministerio de Salud (2017). *Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo*. Santiago: Departamento de Salud Ocupacional-División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Subsecretaría de Salud Pública.

-Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

-Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2010). *Guía Técnica para la Evaluación del Trabajo Pesado*. 1ª Edición. Santiago: Publicación del Laboratorio de Ergonomía, Facultad de Medicina, UCH.

-Organización de las Naciones Unidas (2018). *Informe de la investigación relacionada a Chile en virtud del art. 13 del Protocolo Facultativo la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a un procedimiento de comunicación: versión preliminar sin editar*. ONU. Recuperado de: <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/03/2018-Informe-del-Comit%C3%A9-de-los-Derechos-de-la-Ni%C3%B1ez.pdf>

-Otzen, T., Manterola, C. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*, 15(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

-Saavedra, Juan. (2015). Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social. *Cinta de moebio*, (53), 135-146. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000200003>

-Seissus, E., López, A. & Carvacho, P. (2019) *Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores*. UNICEF. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/sites/unicef.org.chile/files/2019-12/UNICEF-WD-Programas-Ambulatorios.pdf>.

-SENAME (2017). Orientaciones técnicas para concurso de proyectos. Programa de Protección Especializada modalidad programas Integrales de Intervención Especializada (PIE). Recuperado de: https://www.sename.cl/wsename/p8_24-04-2017/OT-PIE.pdf

-Taylor, S (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (3ª Ed.) Barcelona; Paidós.

-UNICEF (2019). Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores.

- Colegio de Asistentes Sociales de Chile, Código de Ética Profesional, (1959)

Webgrafía:

-<https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-no-probabilistico/>

-<https://www.sename.cl/web/>

ANEXOS

Anexo N°1: Maslach Burnout Inventory (MBI)

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI – HSS)

Edad:
Área de Trabajo :

Sexo/género:
Tiempo de Trabajo:

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca / Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Poca veces al mes
- 4 = Bastantes veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4.- Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5.- Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6.- Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7.- Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8.- Siento que mi trabajo me está desgastando							
9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10.-Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12.-Me tiendo muy energético							
13.- Me siento frustrado por mi trabajo							
14.- Siento que estoy trabajando demasiado							
15.- No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16.- Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17.- Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19.- He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20.- Me siento como si estuviera el límite de mis posibilidades							
21.- En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22.- Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas.							

Anexo N°2: Pauta de Entrevista semiestructurada Burnout Alto

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Edad:		Sexo/Género:	
Área de Trabajo:		Tiempo de Trabajo:	

Valoración:

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Se le dan a conocer los resultados en un documento adjunto, los cuales son consignados en esta transcripción. La persona individualizada anteriormente obtiene los siguientes resultados:

Resultados:

Agotamiento Emocional		
Despersonalización		
Realización Personal		

Es decir: La persona resultó con Burnout Alto

Agotamiento emocional: Se expresa en la pérdida paulatina del agrado por la tarea que se realiza. Una sensación de cansancio e incluso disgusto por el trabajo. En esta etapa las personas intentan modificar por sí mismas las sensaciones negativas, sin embargo, no encuentran respuestas adecuadas.

Despersonalización: Es manifestada a través de cambios en las relaciones con los/as consultantes. Se caracteriza por el desinterés, la pérdida de empatía e incluso la culpabilización. Así, se afecta la calidad de la atención y dedicación a las personas, predominando en el/la trabajador/a una baja en su estado de ánimo (ánimo depresivo) y sentimientos hostiles. Además de tener sentimientos distantes hacia otras personas.

Pérdida de la realización personal: En la que se produce una sensación cada vez más generalizada de que no tiene sentido implementar cambios, pues no se pueden mejorar las cosas. De esta manera se pierde la ilusión y el idealismo respecto al propio trabajo. Disminución de sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas.

Mientras transcurre la entrevista, la persona tiene en sus manos la información anterior en un documento. Ante lo cual lo cual se le realizan las siguientes preguntas:

1.- ¿Qué le parece el resultado del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI)?, el cual fue aplicado anteriormente.

R1:

2.- ¿A qué le atribuye este resultado?

R2:

3.- ¿Cómo cree que esto podría afectar en el proceso interventivo?

R3:

Anexo N°3: Pauta de Entrevista semiestructurada Burnout Bajo

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Edad:		Sexo/Género:	
Área de Trabajo:		Tiempo de Trabajo:	

Valoración:

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Se le dan a conocer los resultados en un documento adjunto, los cuales son consignados en esta transcripción. La persona individualizada anteriormente obtiene los siguientes resultados:

Resultados:

Agotamiento Emocional		
Despersonalización		
Realización Personal		

Es decir: La persona resultó con Burnout Bajo

Agotamiento emocional: Se expresa en la pérdida paulatina del agrado por la tarea que se realiza. Una sensación de cansancio e incluso disgusto por el trabajo. En esta etapa las personas intentan modificar por sí mismas las sensaciones negativas, sin embargo, no encuentran respuestas adecuadas.

Despersonalización: Es manifestada a través de cambios en las relaciones con los/as consultantes. Se caracteriza por el desinterés, la pérdida de empatía e incluso la culpabilización. Así, se afecta la calidad de la atención y dedicación a las personas, predominando en el/la trabajador/a una baja en su estado de ánimo (ánimo depresivo) y sentimientos hostiles. Además de tener sentimientos distantes hacia otras personas.

Pérdida de la realización personal: En la que se produce una sensación cada vez más generalizada de que no tiene sentido implementar cambios, pues no se pueden mejorar las cosas. De esta manera se pierde la ilusión y el idealismo respecto al propio trabajo. Disminución de sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas.

Mientras transcurre la entrevista, la persona tiene en sus manos la información anterior en un documento. Ante lo cual lo cual se le realizan las siguientes preguntas:

1.- ¿Qué le parece el resultado del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI)?, el cual fue aplicado anteriormente.

R1:

2.- ¿Cómo cree usted que el síndrome de burnout podría afectar en el proceso interventivo?

R2:

3.- ¿Cuáles son los mecanismos o estrategias de protección que usted utiliza para su autocuidado?

R3:

Anexo N°4: Consentimientos Informados

Yo, _____ Trabajador del Programa de Intervención Integral Especializada de la Comuna de Renca, perteneciente a la Fundación Creseres, expreso mi voluntad de participar como entrevistado en la Investigación: ***Burnout en la intervención psicosocial de profesionales del equipo interventivo y director/a del Programa Familias de Acogida Especializada (FAE) de la Comuna de Santiago y Programa de Intervención Integral Especializada (PIE) de la comuna de Renca***, la cual se enmarca en el trabajo de tesis para optar al título de Trabajador Social y grado de Licenciado en Trabajo Social de la Universidad Miguel de Cervantes de Santiago de Chile.

Las respuestas serán confidenciales, siendo utilizadas sólo para la presente investigación y para los evaluadores de esta. Quedando su identidad en total resguardo, evitando de esa manera la exposición ante cualquier entidad.

Declaro haber leído y comprendido la información que se me ha entregado y que mis preguntas sobre la temática a investigar han sido respondidas de manera satisfactoria.

He recibido información clara acerca de la investigación y estoy consciente que mi participación es voluntaria, por tanto, firmo este consentimiento informado y voluntariamente.

Firma del Participante

Santiago, 2020

Yo, _____ Trabajador del Programa Familias de Acogida Especializada de la Comuna de Santiago, perteneciente a Administración Directa del Servicio Nacional de Menores, expreso mi voluntad de participar como entrevistado en la Investigación: ***Burnout en la intervención psicosocial de profesionales del equipo interventivo y director/a del Programa Familias de Acogida Especializada (FAE) de la Comuna de Santiago y Programa de Intervención Integral Especializada (PIE) de la comuna de Renca***, la cual se enmarca en el trabajo de tesis para optar al título de Trabajador Social y grado de Licenciado en Trabajo Social de la Universidad Miguel de Cervantes de Santiago de Chile.

Las respuestas serán confidenciales, siendo utilizadas sólo para la presente investigación y para los evaluadores de esta. Quedando su identidad en total resguardo, evitando de esa manera la exposición ante cualquier entidad.

Declaro haber leído y comprendido la información que se me ha entregado y que mis preguntas sobre la temática a investigar han sido respondidas de manera satisfactoria.

He recibido información clara acerca de la investigación y estoy consciente que mi participación es voluntaria, por tanto, firmo este consentimiento informado y voluntariamente.

Firma del Participante

Santiago, 2020