

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA (PIA)

Título: Estrategias de Afrontamiento del Estrés y Burnout en Trabajadores del Programa de Violencia Familiar de la Ciudad de Córdoba.

Autor: Santander Agustina

Psi-481

Carrera: Licenciatura en Psicología. Orientación Clínica

Universidad Empresarial Siglo 21

Córdoba
Julio 2007

Agradecimientos

*A mi padre, a mi madre y a mis hermanas,
Por su enorme comprensión y apoyo.*

*A Marcelo Gusmaul, Coordinador del Programa de Violencia Familiar,
por su amabilidad y predisposición.*

*A mis profesores: Ana Faas, Beatriz Ergo y Fabián Olaz,
por el tiempo dedicado a asesorarme y a evaluar este trabajo.*

A María José, por ayudarme a clarificar mis ideas.

A Gonzalo, por ser mi amor y mi sostén.

*Y especialmente a mi hijo Lautaro,
por darme la fuerza que necesitaba para avanzar.*

ÍNDICE

Temas	Página
Resumen y Abstract	5
Introducción	6
Planteamiento del Problema y Justificación	8
Objetivos de la Investigación	13
Marco Teórico	14
Asistencia a la Víctima	14
Violencia Familiar: una grave problemática social	16
Efectos de ser testigos de la violencia	19
El estrés desde un enfoque cognitivo	23
Estrategias de Afrontamiento del estrés	26
Burnout: síndrome del “Quemado” por estrés laboral asistencial	30
Metodología	38
Diseño de Investigación	38
Participantes	38
Herramientas e Instrumentos	38
Procedimiento	42
Resultados	44
Análisis descriptivo de las “variables sociodemográficas”	44
Análisis descriptivo de la variable “Síndrome de burnout”	52
Análisis descriptivo de la variable “Estrategias de Afrontamiento”	53
Discusión y Conclusiones	61

Referencias Bibliográficas	65
Anexos	70

RESUMEN

Diversos estudios describen que los profesionales que trabajan en contacto con la temática de violencia son un grupo de alto riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout. En este estudio se evalúa la prevalencia del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por 20 trabajadores del Programa de Violencia Familiar de la ciudad de Córdoba mediante un diseño ex post facto retrospectivo simple. Los instrumentos empleados fueron un cuestionario de datos sociodemográficos de elaboración propia, el Inventario de Burnout de Maslach o MBI y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento o IEA de Tobin, Holroyds y Reynolds. Los resultados ponen de manifiesto la inexistencia de Burnout en la muestra estudiada. Así mismo, indican que las estrategias más utilizadas por los participantes son la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y el apoyo social, es decir, estrategias dirigidas a la acción que resultarían preventivas del síndrome. Finalmente, se discuten la implicancias de los resultados obtenidos para el diseño de intervenciones preventivas del síndrome de Burnout.

ABSTRACT

Several studies describe that professionals who work in contact with the violence topics are in risk of developing Burnout syndrome. This study evaluates, through an ex-post design, the existence of Burnout syndrome and coping strategies used by 20 workers of the Violence Family Program from Cordoba city. The instruments used were a sociodemographic questionnaire data, the Maslach Burnout Inventory or MBI and the Coping Strategies Inventory or CSI from Tobin, Holroyds & Reynolds. The results show that in the studied sample there is no Burnout syndrome. Moreover, they indicate that the most used coping strategies are resolution of problems, restructuring cognition and social support, that means, strategies aimed to action, which probably can be preventive of the syndrome. Finally, it is discuss the implication that the results have on the design of preventive policies of Burnout syndrome.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone investigar una problemática actual que no siempre es tenida en cuenta, se refiere fundamentalmente a los efectos que produce en los profesionales el contacto continuo con víctimas así como a las estrategias de afrontamiento que utilizan.

El Programa de Violencia Familiar creado por la Dirección de Asistencia a la Víctima del Delito y Violencia Familiar, dependiente del Ministerio de Justicia y Seguridad, consta de un equipo interdisciplinario conformado por un psiquiatra, abogados, psicólogos, trabajadores sociales y administrativos. Tiene por misión trabajar en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven y sufren situaciones de violencia intrafamiliar mediante la asistencia directa a mujeres, hombres, niños y ancianos; la capacitación de recursos humanos; la promoción de acciones preventivas, y la articulación y coordinación intra e interinstitucional.

La violencia familiar o doméstica es un fenómeno más común de lo que se cree. Según datos oficiales del registro específico para casos de violencia doméstica, en la ciudad de Córdoba se reciben un promedio de 55 denuncias diarias, es decir, hay más de 2 denuncias por hora (La Voz del Interior, 2007). La violencia en sus distintas modalidades (física, verbal y psicológica) representa el 83% de los motivos de consulta, de acuerdo con datos de la Dirección de Asistencia a las Víctimas del Delito y Violencia Familiar (2005).

La violencia se ha hecho evidente como un grave problema social por los intensos efectos que tiene en la salud física y mental de las personas, comprometiendo su calidad de vida. En consecuencia, la violencia debe prevenirse y tratarse íntegramente mediante una adecuada coordinación interdisciplinaria e interinstitucional, fundamental a la hora de dar respuestas efectivas y eficientes.

Dada la importancia y el crecimiento de la atención hacia las víctimas, no se puede dejar de lado a quienes las asisten. Quienes trabajan en violencia son a la vez sujeto y objeto de estudio, los profesionales también forman parte del campo de la problemática de la violencia.

El escuchar a víctimas provoca efectos como la “traumatización vicaria” (McCann y Pearlman, 1990; citado en López, 2000), “fatiga por compasión”, “síndrome de estrés postraumático secundario” (Figley, 1985; citado en Velázquez, 2003),

“victimización secundaria”, “desgaste por empatía”, etc. Todos términos que se utilizan para denominar al estrés que suelen padecer los profesionales que se enfrentan a diario con situaciones altamente demandantes.

Esto está relacionado con el concepto de Burnout o síndrome del “quemado” (Freudenberger, 1974; citado en Velázquez, 2003), un tipo de estrés laboral crónico que afecta especialmente a profesionales asistenciales, de ayuda a las personas. El término hace alusión a un estado de agotamiento psíquico causado por una larga exposición a situaciones de demandas emocionales. El síndrome adquirió significación para los trabajadores de la salud a partir de las investigaciones de Cristina Maslach desde 1976. Esta autora describe al Burnout como “un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de baja realización personal que puede afectar a los individuos que trabajan con personas” (Maslach y Jackson, 1986).

Los profesionales, para defenderse de los factores estresantes, utilizan una amplia gama de estrategias de afrontamiento, manera en que responden a nivel cognitivo/ conductual ante la situación. En términos generales, Lazarus y Folkman (1986) diferencian las estrategias *dirigidas hacia el problema* (esfuerzo por manejar la causa del estrés) y las *dirigidas hacia la emoción* (mantener bajo control las emociones o el malestar causado por el problema).

Esta investigación se llevará a cabo mediante un diseño *ex post facto* retrospectivo simple en una muestra conformada por abogados, psicólogos, trabajadores sociales y administrativos, todos ellos integrantes del Programa de Violencia Familiar de la ciudad de Córdoba.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Tanto el Burnout como las estrategias de afrontamiento del estrés han sido objeto de estudio de múltiples investigaciones, con diferentes fines y en diversos ámbitos y poblaciones (médicos, enfermeros, docentes, policías, administración pública, trabajadores judiciales, etc.).

Resulta útil mencionar en primer término una serie de investigaciones realizadas en otros países; para luego revisar íntegramente los antecedentes específicos de nuestro medio.

Ponce Díaz, Bulnes Bedón, Aliaga Tovar, Atalaya Pisco y Huertas Rosales (2005) realizaron una investigación con el objetivo de detectar la presencia e implicancia del síndrome de Burnout en un grupo de docentes universitarios de la Universidad de San Marcos pertenecientes a diversas áreas de especialidad. Concluyeron que los docentes relevados presentan evidencias del síndrome por estrés laboral asistencial. Además se apreciaron diferencias significativas en la presencia del Burnout según áreas de especialidad y en relación a las variables: problemas de salud y condición docente.

En otro ámbito, Jaracz, Górna y Konieczna (2005) efectuaron un estudio en Polonia con el propósito de evaluar la prevalencia de Burnout y analizar las correlaciones entre Burnout, percepción subjetiva del estrés y estrategias de afrontamiento en enfermeras hospitalarias de tres especialidades: clínica médica, neurología y guardia psiquiátrica. Los resultados revelan un nivel alto y medio de Burnout, dependiendo del tipo de especialización, encontrándose el nivel más alto en las enfermeras de clínica médica. La correlación entre Burnout y estrategias de afrontamiento es más bien débil pero estadísticamente significativa. Se observó una positiva correlación entre Burnout y estrategias orientadas a la emoción y una negativa correlación entre Burnout y estrategias orientadas al problema. Asimismo es significativa la correlación entre el estrés percibido por las enfermeras y el nivel de Burnout que presentan.

También en el campo de la salud, Maytum, Bielski Heiman y Garwick, (2004) desarrollaron un proyecto piloto de tipo descriptivo cualitativo en una muestra de enfermeras que trabajan con niños en condiciones crónicas de salud y sus familiares. Los autores, se plantearon el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que

estas enfermeras usan para manejar y minimizar la fatiga de compasión y prevenir el Burnout. Los resultados indican que la fatiga de compasión es una experiencia común y episódica en este tipo de profesionales.

Recientemente, se llevó a cabo una investigación sobre el síndrome de Burnout y el afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores en cinco provincias de España (Jenaro Río, Flores Robaina y González Gil, 2007). Los resultados confirman una elevada tasa del síndrome en la muestra estudiada. Además ponen de manifiesto la existencia de asociaciones significativas entre el empleo de estrategias de afrontamiento positivas y una elevada realización personal. Finalmente se constató que algunas variables sociodemográficas y numerosos factores relacionados con las demandas en el puesto de trabajo influyen en los niveles del síndrome en estos profesionales.

Por otra parte, diversos estudios describen que los equipos que trabajan en contacto con la temática de violencia son un grupo de alto riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout, debido a las fuertes presiones que este trabajo implica; así como de padecer los efectos que provoca la temática misma de la violencia como la contaminación temática, la traumatización vicaria y la traumatización de los equipos (Arón y Llanos, 2001; Azar, 2000; Steed y Bicknell, 2001).

Quintana (2005) realizó una investigación en Chile acerca de la percepción del síndrome de Burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave y su relación con aspectos propios de la temática, como factores personales, grupales, organizacionales y del contexto socio-legal. También describe los factores protectores. Los resultados apuntan a que fundamentalmente la falta de políticas públicas consistentes en el área, ligada a dinámicas propias de la temática, es la fuente que más fuertemente incide en la aparición del síndrome de Burnout en estos equipos.

Cabe mencionar una investigación efectuada por Tonon (2002) en Argentina y en Chile sobre el deterioro de la calidad de vida de los profesionales pertenecientes a las profesiones de servicio: trabajo social, medicina y psicología, ante la aparición del síndrome de Burnout y la importancia e incidencia del contexto institucional nacional sobre este problema. Los resultados evidencian la angustia que manifiestan sentir los profesionales al no contar con los recursos necesarios a la hora de atender los problemas que se les presentan cotidianamente.

Resulta indispensable citar como antecedente a un trabajo de López (2000) realizado en nuestro país, en el cual profundiza sobre los efectos de trabajar con víctimas y sobre las maneras de preservar a quienes asisten a víctimas. Con respecto al primer punto, López hace referencia a uno de los primeros estudios llevados a cabo sobre las reacciones de los psicoterapeutas hacia las víctimas sobrevivientes del holocausto nazi. Algunos reaccionaban adormeciéndose o anestesiándose, otros con descreimiento o distanciamiento, etc. Estas reacciones representaban modos de defensa al escuchar las historias del holocausto. Además los profesionales experimentaron sentimientos como culpa, horror, terror, tristeza e incluso furia (Danieli, 1981; citado en López, 2000). En su trabajo López destaca también investigaciones de Figley (1985), Mc Cann y Pearlman (1990) sobre los efectos que provoca el escuchar a víctimas de todo tipo de delitos. Efectos como la traumatización vicaria, fatiga de compasión, síndrome de estrés postraumático secundario, etc., provocan alteraciones en lo psicológico, físico, social y espiritual. Múltiples aspectos de la vida del profesional son afectados ya que pasa a ser como un testigo del trauma del paciente a través de su vívido relato de los eventos traumáticos, absorbiendo gran cantidad de sufrimiento.

Por otro lado, López (2000) señala la importancia de encontrar modalidades de intervención que permitan “cuidar a los que cuidan”, es decir, preservar a los profesionales y a los equipos. La autora sugiere en primer lugar, conocer y reconocer los efectos dolorosos que produce el trabajo con víctimas. También recomienda brindar contención y soporte a los profesionales por medio de grupos de discusión y reflexión; equilibrar la vida privada y la vida profesional; considerar el valor humano del trabajo con víctimas; capacitación específica y permanente; ayuda psicoterapéutica en determinados momentos, etc. Finalmente, López expresa que sólo es posible poner en práctica estas sugerencias si el contexto socio-político provee recursos.

Labrocca y Mendez (2001) efectuaron una investigación de carácter cuantitativo acerca de la incidencia del síndrome de Burnout en asistentes sociales que se desempeñan como peritos del Poder Judicial de la Provincia de Bs. As. Además de conocer las características, implicancias e incidencia del síndrome, otro de los objetivos fue identificar los estresores más relevantes en el ámbito laboral de estos profesionales. Los resultados apuntaron a que si bien los asistentes sociales que formaron parte de la investigación no constituyen un grupo de profesionales que encuadren dentro del síndrome de estrés estudiado, se encuentran en el umbral de inicio del síndrome,

experimentado un mediano cansancio emocional, que de prolongarse y agudizarse podrá llevar a la despersonalización.

Rofe y Funes (1999; citado en Velázquez, 2003) centraron su investigación en la percepción que los trabajadores judiciales tienen sobre las condiciones y ambiente de trabajo y en las vivencias sobre su estado de salud. Los resultados obtenidos evidenciaron dos grandes problemáticas: la primera de carácter cuantitativo, alude a la cantidad de trabajo diario, al apremio de tiempo y a la rapidez en la ejecución de las tareas; la segunda de carácter cualitativo, hace referencia a la presión que se ejerce sobre los empleados (tanto de parte de sus superiores, como de las víctimas y sus familiares) y a la impotencia que experimentan para solucionar las diversas situaciones que se les plantean.

Otra investigación realizada por Martín y Martínez Medrano (1999; citado en Velázquez, 2003) intentó visualizar los padecimientos generales de los trabajadores judiciales clasificados como enfermedades comunes y no reconocidas como enfermedades laborales. Señalan una serie de trastornos derivados de las condiciones de trabajo: trastornos estresantes (cansancio, nerviosismo, angustia, dificultades para dormir, para concentrarse, sexuales, trastornos del apetito, dolor de cabeza, etc); trastornos osteomusculares (dolor de espalda, de nuca, de columna, musculares); problemas digestivos, epidérmicos, de la visión, entre otros. Si bien estas dos últimas investigaciones realizadas en nuestro medio no se refieren específicamente al Burnout, se puede observar que los efectos del trabajo en situaciones estresantes provocan síntomas similares, expresando el riesgo laboral, mental y somático, al que están expuestos los trabajadores.

En general, las investigaciones citadas como antecedentes aunque explican los riesgos de padecer Burnout y otras sintomatologías producto del trabajo con víctimas y otras personas, prácticamente no toman en cuenta los recursos con los que cuentan los trabajadores para hacer frente a estas problemáticas. Además, la mayoría de estos estudios se han realizado en el ámbito anglosajón y europeo, mientras que en Argentina las investigaciones en este tipo de profesionales son más bien escasas y no tan recientes. Por este motivo la presente investigación se propone analizar las estrategias de afrontamiento del estrés y el eventual desgaste por el trabajo o síndrome de Burnout en el personal del Programa de Violencia Familiar.

Con este análisis se intenta aportar al conocimiento y reconocimiento de los indicadores de riesgo de padecer el síndrome de Burnout así como de los indicadores protectores del mismo. De este modo se estará contribuyendo a la preservación de la salud mental de estos profesionales y con ello, a la salud de las personas a las que asisten.

Este aporte cobra una importancia relevante teniendo en cuenta la grave problemática social que actualmente significa la violencia, especialmente la violencia familiar. Esta problemática para su asistencia integral y prevención, requiere de la formación de equipos interdisciplinarios cuyos miembros estén específicamente capacitados y actualizados en la temática para poder reconocerla, intervenir en forma adecuada y mitigar los efectos subjetivos que genera la asistencia a víctimas de violencia.

Los resultados de este estudio pueden servir también para generar nuevos espacios de reflexión, supervisión y contención para estos profesionales que se enfrentan día tras día con situaciones de gran sufrimiento y estrés.

Finalmente, los resultados de esta investigación podrán servir de base para futuras conclusiones e investigaciones sobre estas y otras temáticas, contribuyendo al desarrollo del conocimiento científico.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Describir y analizar la prevalencia de Burnout y las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los miembros del equipo interdisciplinario del Programa de Violencia Familiar.

Objetivos Específicos

- Estimar la prevalencia de Burnout en el personal de asistencia a víctimas de violencia familiar.
- Describir las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas por los trabajadores.
- Establecer comparaciones entre los miembros que conforman el equipo interdisciplinario (psicólogos, abogados, trabajadores sociales y administrativos) según características sociodemográficas diferenciales.

MARCO TEÓRICO

Asistencia a la Víctima

Con el objetivo de contextualizar la presente investigación es conveniente referirse a algunas cuestiones básicas de la asistencia victimológica, uno de los principales fines del Programa de Violencia Familiar, cuyo equipo interdisciplinario participa de este estudio.

La Victimología es una moderna rama de la criminología que se ocupa del estudio científico de las víctimas del delito, así como de las respuestas asistenciales y preventivas hacia las mismas. El objetivo fundamental de la Victimología es lograr que haya menos víctimas en todos los sectores de la sociedad.

Se considera víctima a la persona que padece un sufrimiento físico, emocional y social a consecuencia de la violencia, de una conducta delictiva, agresiva o antisocial (Marchiori, 1999). En 1985 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció: “Se entenderá por víctimas a las personas que, individual o colectivamente, hayan padecido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de las acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los estados miembros” (Citado en Manual de Asistencia a la Víctima de Delitos, 2006, pp. 4).

La relación autor-víctima del delito es uno de los aspectos más importantes de la conducta delictiva, la cual difícilmente pueda explicarse sin el análisis de la víctima. En esta relación Marchiori distingue tres tipos de víctimas: víctima perteneciente al mismo grupo familiar del autor del delito, víctima conocida y víctima desconocida. Entre los delitos más frecuentes realizados dentro del grupo familiar se encuentran: violencia conyugal, maltrato infantil, homicidio por celos, alcoholismo, incesto, etc. Se advierte en estos casos como la víctima suele ser la depositaria de las tensiones de todo el grupo familiar. El segundo tipo de víctima es conocida para el autor por diversos motivos, tales como: cercanía domiciliaria, de trabajo, porque el autor conoce la situación y costumbres de la víctima, etc. En lo referente al tercer tipo de víctima, desconocida para el autor, se observan con mayor frecuencia los delitos contra la propiedad, estafas, homicidios y delitos sexuales.

La asistencia victimológica se refiere fundamentalmente a los medios para ayudar a la víctima del delito mediante el asesoramiento jurídico, psicológico y social. Tiene como principal objetivo atenuar las graves consecuencias que provoca el delito en la víctima y en su familia. Tiende a detener la violencia y prevenir situaciones aún más irreversibles.

La asistencia se sustenta en una concepción del Estado centrada en el respeto de los derechos fundamentales de las personas, entre los cuales se encuentran el derecho de acceso a la justicia, a la vida, a la integridad física y a la salud. A través de la asistencia se procura reposicionar a la víctima frente a sí misma, frente a la comunidad y frente al Estado, porque lo sucedido no es solamente un hecho individual, sino también un hecho social. Así concebida, la asistencia es una respuesta ante una situación individual y al mismo tiempo tiene un sentido estratégico en lo social: el fortalecimiento de la ciudadanía.

Siguiendo a Hilda Marchiori (1999), la asistencia victimológica comprende dos niveles que operan integralmente:

1. *Nivel asistencial terapéutico*: implica brindar una respuesta institucional-social inmediata para atender el sufrimiento de la víctima. Parte de un trato respetuoso y una actitud de credibilidad del relato victimológico. Incluye atención médica inmediata, ayuda psicológica y apoyo moral.
2. *Nivel de orientación e información*: alude al esclarecimiento de la situación victimal, esto es información básica sobre los derechos de la víctima, también información relativa a las actuaciones policiales y judiciales correspondientes. Además incluye orientación o cooperación jurídica y acompañamiento a las diversas instituciones a las que la víctima debe recurrir.

El tratamiento victimológico es una manera de intervenir en situaciones de crisis generadas por hechos violentos a través de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de diversas disciplinas (psicólogos, abogados, trabajadores sociales, médicos, etc.).

La interdisciplina, es decir, distintas ciencias que se ocupan de un mismo campo u objeto de estudio, en la búsqueda de construir un lenguaje común y una visión integradora, es el modo de abordaje más adecuado a la problemática de la violencia. Ésta debe contar con el aporte de perspectivas múltiples. Tanto la coordinación

interdisciplinaria como interinstitucional resultan clave a la hora de dar respuestas efectivas y eficientes.

Violencia Familiar: una grave problemática social

El Programa de Violencia Familiar, al cual se refiere este estudio, como su nombre lo indica atiende a víctimas de violencia intrafamiliar o doméstica, entendida como aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, de modo que autor y víctima pertenecen al mismo grupo familiar.

Corsi (1994) define la violencia familiar como las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar.

Relación de abuso alude a toda conducta que por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia. Se trata de un vínculo caracterizado por el uso de la fuerza como modo de resolución de los conflictos interpersonales, en un contexto de desequilibrio de poder generalmente dado por el género y por la edad (habitualmente se ejerce desde los más fuertes hacia los más débiles).

Las mujeres en primer lugar y luego los niños son los que más sufren la violencia proveniente de las personas más cercanas, de su círculo más íntimo. También los ancianos son víctimas frecuentes de violencia familiar. En este sentido Corsi delimita tres formas de violencia familiar: la violencia conyugal, el maltrato infantil y el maltrato a ancianos.

La violencia conyugal se caracteriza por la agresión dirigida especialmente a la mujer, en términos cuantitativos el 75% de los casos corresponde a maltrato hacia la mujer (Allegue et al., 2002).

Cristina Vila (1988) explica que la mujer golpeada es una mujer víctima de la violencia física, psíquica, sexual, ejercida por su marido, compañero o novio.

Las situaciones de maltrato se van estructurando a través del ciclo de la violencia conyugal desarrollado por Leonor Walker (1979; citado en Vila, 1988), quien distingue tres estadios: a) acumulación de tensiones de la pareja; b) eclosión aguda de la violencia por parte del golpeador; c) luna de miel o amor arrepentido.

En ocasiones la violencia es recíproca o cruzada, es decir, se produce la violencia física o verbal mutua entre ambos miembros de la pareja, cuantitativamente

corresponde a un 23% del total de casos. Si bien en menor medida, también existe el fenómeno del esposo golpeado, representando el 2% restante (Allegue et al., 2002).

Por otra parte, los niños son considerados víctimas vulnerables, indefensos, precisamente porque el adulto que tiene la responsabilidad de protegerlo, es el autor del delito. De ser un lugar de apoyo, la familia se transforma en un campo destructivo que perturba sus funciones de soporte emocional, protección y adecuada formación de los hijos.

Los niños frecuentemente son víctimas de abuso sexual, incesto, de diferentes tipos de maltrato (físico, psicológico, emocional), abandono o negligencia, niños testigos de violencia familiar (especialmente violencia conyugal), homicidio, etc.

Hoy en día se ha ampliado el concepto de maltrato infantil incluyendo situaciones como la explotación sexual y económica, mendicidad, el uso de niños con fines pornográficos y la prostitución infantil.

La violencia ejercida contra el hijo en el seno de la familia genera una doble responsabilidad: la responsabilidad individual del autor de los hechos del maltrato y la responsabilidad del Estado, que tiene el deber de adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico, mental o sexual (Art.19 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 1990.).

Con respecto al maltrato a ancianos, Corsi (1994) lo define como todo acto que, por acción u omisión, provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia. Comprende agresiones físicas, tratamiento despectivo, descuidos en la alimentación, el abrigo, la salud, abuso financiero, amenazas, etc. por parte de los hijos u otros integrantes de la familia.

Todos estos hechos de violencia comparten algunos elementos básicos característicos: la coerción, la intimidación, la amenaza, la imposición, el abuso, la fuerza, el sometimiento, el control y el poder.

El fenómeno de la violencia familiar debe ser reconocido como un grave problema social; es decir, un problema que no es mero conflicto privado, sino que interesa a la sociedad en su conjunto (Grosman, 2001). Por un lado, viola los derechos humanos a la vida, a la dignidad, a la integridad psicofísica y a la salud de las personas; por otro lado, el modo en que los niños son socializados, el modelo de convivencia y de

relación que aprenden basado en la coerción y en la violencia, daña la formación de las futuras generaciones, perpetuando así el problema.

Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (depresión, enfermedades psicosomáticas, etc.). También se registra una marcada disminución en el rendimiento laboral (ausentismo, dificultades en la concentración, etc.). Los niños y adolescentes que son víctimas o testigos de violencia intrafamiliar, frecuentemente presentan trastornos de conducta y dificultades en el aprendizaje. Además un alto porcentaje de menores con conductas delictivas proviene de hogares donde han sido víctimas o testigos de violencia crónica. Así mismo, gran parte de los asesinatos o lesiones graves ocurridos entre miembros de una familia son el desenlace de situaciones crónicas de violencia doméstica. Éstas son algunas de las razones por las cuales el problema de la violencia familiar no puede seguir siendo entendido como una cuestión “privada”, ya que la salud, la educación, el trabajo y la seguridad son cuestiones públicas.

Contrariamente a lo que se cree la violencia doméstica es un fenómeno que afecta a todas las clases socio-económicas y puede estar presente en todos los niveles educativos y culturales. Las estadísticas muestran la magnitud social del problema: se estima que alrededor del 50% de las familias sufre alguna forma de violencia (Allegue et al., 2002).

Los delitos dentro del grupo familiar constituyen una gran proporción de la cifra negra u oculta o criminalidad desconocida. Denominada así porque está integrada por aquellos delitos que no llegan al conocimiento de las instituciones de la administración de justicia, tiene que ver con las denuncias que no se realizan en el sistema penal.

La violencia familiar es un fenómeno multicausal, consecuencia de un conjunto de factores individuales, familiares y sociales que interviene en cada situación. Por consiguiente, el problema debe ser tratado con un abordaje interdisciplinario, una mirada articulada de los profesionales de la salud, psicólogos, sociólogos, educadores, asistentes sociales y juristas, tanto en el campo de la prevención como del tratamiento.

La asistencia integral de la violencia en los espacios de salud exige, por lo tanto, el compromiso y la intervención interdisciplinaria, intrainstitucional e interinstitucional. Este último concepto significa que cada operador deberá tener información precisa que

le permita derivar a quien consulta a otros profesionales o instituciones que trabajan en violencia.

En definitiva, la problemática de la violencia familiar requiere una capacitación específica para su reconocimiento, para una adecuada intervención y para neutralizar los efectos subjetivos que genera la asistencia de víctimas de violencia.

Efectos de ser testigos de la violencia

Con esta denominación Susana Velázquez (2003) hace referencia a los efectos que provoca en los profesionales el escuchar a víctimas de delitos (sobre todo de violencia familiar), el ser testigos de los hechos de violencia que narran quienes consultan. Los profesionales se convierten en testigos porque escuchan el relato y están en presencia directa de los efectos físicos y psíquicos de la violencia. Se relaciona con situaciones conflictivas, tensiones surgidas por el trabajo sobre violencia que afectan la salud porque dañan la calidad de vida y el desempeño profesional de quienes las padecen.

Estar frente a víctimas “afecta” y precisamente afectar hace alusión a la impresión que hace una cosa en otra causando en ella una alteración. El rol profesional se ve directamente afectado por el impacto que provoca estar en permanente contacto con los relatos de hechos de naturaleza violenta y el profundo sufrimiento de las víctimas. Si el profesional no gradúa ese impacto su tarea se hace imposible: o tiene demasiada ansiedad y entonces no puede actuar, o bien bloquea la ansiedad y su tarea se hace estéril.

Como señala Velázquez (2003), la escucha de los relatos violentos puede situar al profesional entre el exceso y la evitación: o se posiciona demasiado cerca (quedando atrapado en la escena violenta debido a una identificación masiva) u opera desde demasiado lejos sin ningún compromiso afectivo, con una frialdad extrema.

Para la autora ser testigo significa enfrentarse a los hechos de violencia pero estableciendo una distancia óptima entre el impacto y la reflexión. En términos de Bleger (1999) el profesional deberá operar con una adecuada disociación instrumental, es decir, en parte se identificará con quien entrevista y en parte permanecerá fuera de esa identificación para observar y controlar lo que ocurre.

El impacto que provocan ciertos relatos sobre todo de situaciones de alto contenido agresivo, suele crear en los técnicos angustia, temores, ansiedad, inhibición causando un efecto traumático. Por ello es posible que fracase la disociación instrumental y se pongan en juego una serie de mecanismos defensivos dirigidos a contrarrestar ese impacto:

- “Alejarse” de la situación de entrevista mediante actitudes rígidas y estereotipadas. Giberti (1998; citado en Velázquez, 2003) lo denomina “indiferencia resistencial”, cuyo objetivo es eludir lo que se percibe como peligroso para el psiquismo.
- Realizar intervenciones evasivas y rápidas.
- Preguntar de manera reiterada, produciendo constantes interrupciones.
- Efectuar diagnósticos y pronósticos apresurados.
- Realizar derivaciones inadecuadas.
- Hacer silencios prolongados que demuestran que se está invadido por el miedo, la perplejidad o la ansiedad.

Velázquez (2003) describe cinco situaciones de conflicto prototípicas llamadas movimientos de identificación, consistentes en una serie de reacciones manifestadas frecuentemente por los operadores frente a diferentes momentos de su práctica profesional. Representan algunos de los variados efectos que provoca ser testigo del trauma del paciente.

El primer efecto consiste en que quien escucha relatos de situaciones muy graves puede sentirse tan confundido, extrañado y bloqueado como quien los narra a causa de la identificación masiva o sobreidentificación.

La segunda situación reside en que el operador se identifique con lo que la víctima siente: hostilidad y odio, y con lo que querría hacerle al agresor: vengarse. Como consecuencia el operador puede llegar a experimentar sentimientos de salvación y de reparación omnipotente.

Otro efecto del mecanismo de identificación consiste en que se pueden promover en el profesional temores intensos junto con ansiedades paranoides y una intensa angustia de naturaleza persecutoria similares a los que experimenta la víctima consultante.

El cuarto efecto que describe Velázquez se refiere a los sentimientos de lástima y compasión que promueve la persona que consulta, percibiéndola como una víctima

pasiva, vulnerable, sin ningún recurso para enfrentar la violencia. Estos sentimientos provocan en el profesional la necesidad de ayudarla e implican un fuerte compromiso afectivo, pero el riesgo es que se obture la capacidad de pensar y de hacer.

El quinto efecto de ser testigo de violencia está relacionado con la hostilidad que puede llegar a sentir el operador en la situación de entrevista. Ésta se manifiesta de diferentes formas, una de ellas consiste en aislarse emocionalmente utilizando actitudes indiferentes, rígidas y estereotipadas. Otra manifestación de la hostilidad es poner en duda o no creer lo que la víctima narra. En ocasiones los operadores suelen enfrentarse con sensaciones de impotencia que, defensivamente, se transformarán en manifestaciones agresivas y maltratos hacia los que consultan. En este caso está operando en el profesional el mecanismo de identificación con el agresor.

Distintas denominaciones ha recibido la situación de estos profesionales. Una de ellas es la *contaminación temática*, que se refiere al efecto que tiene sobre las personas y los equipos el trabajar con temas de alto impacto emocional, como son el daño y la violencia en todas sus formas. Va produciendo un impacto silencioso que equivale al contagio y la contaminación que ocurre insidiosamente al vivir en contacto cercano con sustancias tóxicas (Arón y Llanos, 2004).

Otra denominación es la acuñada en 1990 por Lissa Mc Cann y Laurie Pearlman: *traumatización vicaria*. Las autoras plantean que los profesionales que trabajan con individuos severamente traumatizados están indirecta o secundariamente en un gran riesgo de presentar los mismos síntomas y sufrimientos que las personas directamente afectadas por el trauma (Citado en López, 2000).

Además puede desarrollarse un fenómeno denominado *traumatización de los equipos*, alude al efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del circuito de la violencia. Es decir, algunos son percibidos por los demás como abusadores, la mayoría se percibe a sí mismo como víctima, los equipos se disocian, se arman coaliciones, triangularizaciones. Circulan emociones como el miedo intenso, sensación de abuso, persecución, etc. (Arón y Llanos, 2001).

Otro autor pionero en el tema es Charles Figley (1985; citado en Velázquez, 2003) quien describe un estado que denomina *fatiga por compasión*, consistente en cierto tipo de emociones y conductas (vivencias de amenaza, temor, angustia) que se presentan cuando una persona se entera de un hecho traumático padecido por otra. Es un estado que deriva de la exposición continua a acontecimientos traumatizantes, y tiene la

característica de aparecer repentinamente. Según este autor tres grupos de síntomas definen la fatiga por compasión: en primer lugar, la reexperimentación: revivencia en el operador de algún hecho traumático de su propia vida que no fue elaborado, trayendo nuevamente temores, ansiedades, pesadillas; en segundo lugar, las conductas evitativas de cualquier estímulo que pueda ser asociado al trauma, que conducen a un progresivo aislamiento y pueden llegar a estados de bloqueo psíquico y por último, la hiperactivación: estados de manifestación progresiva de sobresalto, alerta y vigilancia permanente.

Un profesional que trabaja en violencia, por el efecto de ver el sufrimiento de la víctima y escuchar hechos de gran violencia, puede desarrollar un *trastorno de estrés postraumático secundario*, tal como lo denomina Figley (1985; citado en Velázquez, 2003). Consiste en un desorden continuo de tensión caracterizado por intensos sentimientos de inquietud, temor, vivencias de amenaza y angustia. Se toma el modelo de estrés postraumático porque la sintomatología es similar, la diferencia es que en los casos de trastorno de estrés postraumático secundario el evento traumático experimentado por una persona es el evento traumático para la segunda.

En ocasiones el profesional desarrollará además lo que Figley (1985) denomina *tensión secundaria del trauma*, que comprende emociones y conductas que derivan no sólo de saber sobre un hecho traumatizante sino sobre todo de la tensión que suscita ayudar o querer ayudar a una persona que sufre.

El efecto traumático puede también recaer tanto sobre los familiares del profesional como de las víctimas, a este fenómeno se lo denomina: *trauma secundario o trauma vicario* (Velázquez, 2003).

Todos estos conceptos se refieren a la consecuencia natural resultante de comprometerse empáticamente con un adulto o niño que ha sido traumatizado.

El estrés desde un enfoque cognitivo

Al ser el Burnout un tipo de estrés laboral, es preciso delimitar en primer lugar el concepto de estrés desde el punto de vista de la teoría cognitiva, para luego considerar en detalle las estrategias de afrontamiento del estrés así como el síndrome de Burnout, ambos objeto de evaluación de la presente investigación.

El vocablo inglés “stress” proviene de la física y designa “una fuerza que deforma los cuerpos o provoca tensión”.

La biología y la medicina han incorporado el término estrés como “el proceso o mecanismo general o sistema psiconeuroendocrinológico con el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio en que se desarrolla”.

A partir de los trabajos pioneros del fisiólogo canadiense Hans Selye (1956; citado en Slipak, 1996) el término estrés ha sido extendido al terreno de la psicología, donde la definición de estrés ha sido muy controvertida. Se ha estudiado el estrés desde tres puntos de vista o enfoques diferentes:

1. *Estrés como respuesta*: o reacción orgánica. En los años cincuenta Selye define el estrés como “la respuesta inespecífica del organismo ante toda demanda que se le haga”. Lo llamó Síndrome General de Adaptación (SGA) e incluía tres fases básicas: alarma, resistencia y agotamiento. A la demanda ambiental de un agente nocivo Selye la denominó “estresor” o “alarmador”. Este enfoque del estrés como respuesta es el que ha prevalecido en medicina y biología, interesándose en los procesos internos del sujeto.
2. *Estrés como estímulo*: capaz de provocar una reacción de estrés. Las orientaciones psicológicas y sociales hicieron hincapié en los estímulos y las situaciones generadoras del estrés, focalizándose en el agente externo. Se han estudiado en diferentes momentos tres tipos de situaciones estresantes:
 - Los grandes acontecimientos: en los años sesenta y setenta se estudiaron los acontecimientos catastróficos, traumáticos, extraordinarios o sucesos vitales importantes tales como desastres naturales, accidentes, separación, muerte de un ser querido, etc.
 - Los pequeños contratiempos: que pueden surgir cada día en el trabajo, en las relaciones sociales, etc., fueron estudiados en los años ochenta.

- Los estímulos permanentes: se trata de estresores menores del medio ambiente que permanecen estables, con una menor intensidad pero mayor duración, por ej. ruido, contaminación, hacinamiento, etc.
3. *Estrés como interacción*: entre las características de la situación y los recursos del individuo. Es el enfoque aceptado como más completo en la actualidad, apunta a superar esa dicotomía interno-externo. Considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos y externos) y los recursos disponibles del sujeto. Le da mayor importancia a la valoración que el individuo hace de la situación estresora que a la situación misma.

En este último enfoque se sitúa Richard Lazarus quien define al estrés como “el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986). Si el sujeto interpreta la situación como peligrosa o amenazante, y considera que sus recursos son escasos para hacer frente a estas consecuencias negativas, surgirá una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento para intentar eliminar o paliar las consecuencias no deseadas.

Ahora bien, no todo estrés tiene consecuencias negativas. Sólo cuando la situación desborda la capacidad del control del sujeto, respondiendo en forma insuficiente o exagerada se producen consecuencias negativas. A este resultado negativo Selye en 1974 lo denomina *distrés* o “mal estrés” y lo considera destructivo y perjudicial para la salud. Mientras que denomina *eustrés* o “buen estrés” a un tipo de estrés positivo que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual, resultando protector de la salud (Oblitas, 2003).

Considerar al estrés como producto de la transacción entre el individuo y el ambiente implica tener en cuenta las diferencias individuales. Las personas difieren en su vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacciones ante los mismos.

Desde esta perspectiva interactiva resulta clave la evaluación que el sujeto hace de la situación. En forma específica, Lazarus entiende la evaluación cognitiva como el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento provocará en el individuo (Lazarus y Folkman, 1986). Este autor distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación.

En la primera, el sujeto realiza una valoración de la situación estresante y de cómo lo afecta en términos de beneficio o perjuicio. La evaluación primaria a su vez se clasifica en: a) evaluación irrelevante: cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo; b) evaluación benigno-positiva: tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas y genera emociones placenteras; c) evaluación estresante: incluye aquellas que significan daño / pérdida, amenaza y desafío. El *daño o pérdida* se refiere a que el perjuicio o pérdida ya se ha producido. La *amenaza* es la anticipación de un daño posible, permite el afrontamiento anticipativo pero se acompaña de emociones negativas. Por último, el *desafío* implica una valoración de las fuerzas necesarias para superar un obstáculo u obtener una ganancia y genera emociones placenteras. Las tres últimas modalidades permiten definir sendos tipos de estrés: de pérdida, amenaza y desafío.

Por otro lado la evaluación secundaria es un proceso evaluativo complejo de las opciones afrontativas y su eficacia, dirigido a determinar qué puede hacerse para hacer frente y modificar la situación estresante.

La interacción entre la evaluación primaria y la evaluación secundaria determina el tipo de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta.

Finalmente la reevaluación cognitiva alude a un cambio en la valoración inicial a partir de nuevas informaciones que recibe el sujeto de su interior y/o del entorno (Lazarus y Folkman, 1986). Se trata de los procesos de feedback que permiten realizar las correcciones necesarias.

En el proceso de estrés Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres fases: evaluación primaria (valoración de la situación estresante); evaluación secundaria (valoración de las opciones afrontativas para determinar cómo responderá a la situación) y por último, afrontamiento (manera en que el sujeto responde a nivel cognitivo-conductual ante la situación). Dada la relevancia de esta tercera fase en el marco de la presente investigación, a continuación se la describe en forma específica.

Estrategias de Afrontamiento del estrés

El término “afrontar” significa literalmente hacer frente o enfrentarse a un enemigo, adversario u obstáculo. Webster (1979; citado en Estevan, 2003) define afrontar como “ser capaz de competir con alguien o algo que constituya una amenaza”.

En las últimas décadas se han realizado numerosos estudios científicos sobre cómo las personas afrontan el estrés utilizando una amplia gama de estrategias, que en definitiva modulan su bienestar físico, psicológico y social.

Lazarus y Folkman (1986) plantean la siguiente definición de afrontamiento: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Se trata de conductas dirigidas a dominar, tolerar, reducir o minimizar las demandas excesivas que amenazan al sujeto. Este concepto pone el acento en los esfuerzos que se realizan para manejar las situaciones estresantes.

Estos autores entienden al afrontamiento como un proceso caracterizado por tres aspectos principales: está relacionado con lo que el individuo realmente piensa o hace; es analizado dentro de un contexto específico y es cambiante en la medida que va desarrollándose la interacción con el entorno. Los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la relación individuo-entorno. Es decir que el afrontamiento depende de la evaluación que el sujeto haga de la situación estresante.

Ampliando esta última afirmación, Leibovich de Figueroa, Schmidt y Marro (2000, citado en Ortiz, 2005) concluyen que la manera en que un sujeto afronta una situación de estrés depende de: la evaluación del estrés; los recursos de afrontamiento propios; la relación con los otros y los recursos que provee la cultura.

Por otro lado, Matheny y colaboradores (1986; citado en Estevan, 2003) definen el afrontamiento como “cualquier esfuerzo saludable o malsano, conciente o inconciente, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial”. En esta última definición se puede advertir que los esfuerzos de afrontamiento no siempre son saludables y constructivos. Las personas a veces adoptan estrategias de afrontamiento disfuncionales, que realmente les producen más problemas.

Menaghan (1983; citado en Estevan, 2003) distingue al afrontamiento en tres aspectos de orden superior: a) *recursos de afrontamiento*: conforman el suministro de las estrategias de afrontamiento que caracterizan a la persona y la acompañan en toda situación; b) *estrategias de afrontamiento*: alude a las actuaciones y planes directos empleados para disminuir o eliminar el estrés; y c) *estilos de afrontamiento*: se refiere a las formas habituales o estereotipadas de enfrentarse a una crisis o situación que pueda poner en riesgo su integridad física o psíquica.

De acuerdo a Menaghan (1983) el afrontamiento eficaz depende del conjunto de recursos que dispone el sujeto, quien según su evaluación activará los más indicados a un objetivo. Estos recursos se clasifican en: recursos o rasgos personales (autoeficacia, optimismo, autoestima, percepción de control, etc.); recursos sociales (familia, amigos, trabajo, creencias religiosas y demás sistemas de ayuda y apoyo social); por último, recursos físicos (bienestar económico, buena salud, etc.).

En cuanto a las formas o modos de afrontamiento Folkman y Lazarus (1986) realizan una importante diferenciación entre: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción. Es decir, para estos autores el afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia.

Específicamente el afrontamiento *dirigido al problema* es de tipo racional, está centrado en modificar la causa del estrés. Generalmente está dirigido a la definición del problema, a su resolución, también a la búsqueda de soluciones alternativas. Es más probable que se utilice en situaciones definidas y específicas y cuando se evalúan las condiciones del entorno como susceptibles de cambio. Este modo de afrontamiento incluye las siguientes estrategias: confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones.

Ahora bien, el estrés también puede producir intensas reacciones emocionales. El afrontamiento *dirigido a la emoción* busca mantener bajo control esas emociones y disminuir el malestar afectivo causado por el problema. Este modo de afrontamiento suele aparecer cuando se evalúan las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno como inmodificables, creyendo que nada se puede hacer. Se caracteriza por las siguientes estrategias: autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación.

Cabe resaltar que ambos modos de afrontamiento pueden utilizarse en forma simultánea e incluso potenciarse o interferirse, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro.

Otra clasificación de afrontamiento es la desarrollada por Matheny (1986; citado en Estevan, 2003), quien distingue entre: *afrontamiento combativo*, cuyo objetivo es suprimir el estímulo estresante y *afrontamiento defensivo*, cuyo objetivo es evitar activamente la aparición del estímulo estresante, anticipándose. Las estrategias generales del afrontamiento combativo son: vigilancia del estrés, recursos de organización, tolerancia de estímulos estresantes, ataque a los estímulos estresantes y disminución de la tensión. Con respecto a las estrategias defensivas se mencionan las siguientes: realizar adaptaciones para evitar estímulos estresantes, adaptar las demandas, cambiar las conductas generadoras de estrés y desarrollar más recursos personales de afrontamiento.

Una última clasificación importante es la realizada por los autores Tobin, Holroyd y Reynolds (1984), quienes proponen catorce estrategias de afrontamiento y las dividen en 8 primarias, 4 secundarias y 2 terciarias.

a) Estrategias primarias:

1) *Resolución de problemas*: estrategias cognitivo-conductuales destinadas a eliminar la causa del estrés, modificando la situación estresante.

2) *Reestructuración cognitiva*: estrategias cognitivas destinadas a cambiar el significado de la situación estresante, considerándola en sus aspectos positivos de manera que resulte menos preocupante o molesta.

3) *Expresión de emociones*: implica liberar o expresar a otros las emociones.

4) *Apoyo social*: se relaciona con la búsqueda de apoyo emocional en el círculo social del individuo

5) *Evitación de problemas*: se asocia a la negación de los problemas y a la evitación de pensamientos o acciones acerca de los sucesos estresantes.

6) *Pensamientos ansiosos*: estrategias cognitivas que reflejan la falta de habilidad o rechazo a reconstruir o cambiar la situación.

7) *Autocrítica*: sentimientos de culpa por la situación estresante.

8) *Retirada social*: implica aislamiento del círculo íntimo, especialmente en cuanto a la expresión de las emociones ante una situación de estrés.

b) Estrategias secundarias:

1) *Dirigidas a la acción centradas en el problema*: se trata de estrategias cognitivas y conductuales centradas en la situación estresante, destinadas a cambiarla o bien cambiar el significado que el sujeto le atribuye a la misma.

2) *Dirigidas a la acción centradas en la emoción*: se caracterizan por la comunicación abierta de los sentimientos y por la implicación social. Se centran en las reacciones emocionales ante la situación estresante.

3) *No dirigidas a la acción centradas en el problema*: se refieren a estrategias cognitivas-conductuales tendientes a evitar la situación. Incluyen conductas como la evitación, la negación, la falta de habilidad o rechazo a percibir en forma diferente la situación.

4) *No dirigidas a la acción centradas en la emoción*: incluyen la autocrítica o auto-culpa por lo ocurrido, no manifestar los sentimientos, aislamiento, etc.

c) Estrategias terciarias:

1) *Dirigidas a la acción*: se refieren a intentos por manejar las transacciones estresantes persona-entorno. Mediante las mismas las personas se involucran activamente en los acontecimientos estresantes.

2) *No dirigidas a la acción*: aluden a la falta de implicación activa en la transacción persona-entorno. Las personas no expresan sus sentimientos, evitan pensar acerca de las situaciones estresantes y no inician conductas que podrían cambiar la situación.

Concluyendo, lo esencial para un afrontamiento exitoso del estrés es el papel activo del sujeto en el reconocimiento del problema que produce estrés. Es preciso desarrollar nuevas estrategias adaptativas y eficaces para afrontar las situaciones que se evalúan como estresantes. En general se consideran estrategias funcionales las orientadas a focalizarse en el problema, la búsqueda de soluciones y de apoyo social, el autocontrol, la reestructuración positiva, el afrontamiento activo, la planificación, el optimismo, el buen humor, etc.; en tanto se estiman disfuncionales estrategias como la autoinculpación, la negación, el pesimismo, las conductas y pensamientos evasivos o de escape (consumo de sustancias, refugio en la fantasía o pensamiento mágico), entre otras.

Burnout: síndrome del “Quemado” por estrés laboral asistencial

“Burnout” es un término inglés que traducido al castellano significa *quemarse, apagarse, quedar fuera de servicio, sobrecargado, exhausto*. Ha recibido diversas denominaciones: síndrome del “quemado”, síndrome de desgaste o agotamiento profesional.

Fue descrito por primera vez en 1974 por el psicoanalista alemán Herbert J. Fredeunberger como “un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía” (Citado en Sellanes, 2004). El psicoanalista se desempeñaba en una clínica de Nueva York en la asistencia de toxicómanos. Allí observó en los profesionales de asistencia la pérdida progresiva de interés en el trabajo, agresividad hacia los pacientes, hasta llegar al agotamiento, junto con la aparición paulatina de ansiedad y síntomas de depresión. Adoptó a esta sintomatología el término “burnout”, que se utilizaba para referirse a los efectos que ocasionaba el consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso.

En ese mismo año Von Ginsburg también se refiere al síndrome como “un agotamiento psicofísico de trabajadores en organizaciones de ayuda”.

Poco tiempo después, en 1976 el síndrome de Burnout adquirió significación y un ferviente interés para los trabajadores de la salud a partir de los estudios de la psicóloga social Cristina Maslach, publicados en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA). Esta autora considera el Burnout como un proceso de estrés crónico por contacto y lo describe como “un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de baja realización personal que puede afectar a los individuos que trabajan con personas” (Maslach y Jackson, 1986).

El *agotamiento o cansancio emocional* constituye el elemento central del síndrome, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga y sentimiento de estar abrumado emocionalmente.

La *despersonalización* se refiere a una respuesta impersonal y fría a través de conductas deshumanizadas, de insensibilidad, distanciamiento y cinismo hacia los receptores del servicio prestado.

Y la *falta de realización personal* en el trabajo alude a la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con el reproche de no haber alcanzado los objetivos

propuestos, con sentimientos de insatisfacción e inadecuación profesional y baja autoestima personal.

Alrededor de la tríada central se despliega una constelación de síntomas cuyas consecuencias afectan en primer lugar al profesional en todas las áreas de su vida, pero también impactan negativamente en la calidad de la atención que dispensan. Sus manifestaciones habituales son:

- *Síntomas físicos de estrés*: como fatiga, malestar general, trastornos del sueño y gastrointestinales, cefaleas, contracturas, taquicardia, hipertensión, etc.
- *Manifestaciones emocionales y cognitivas*: sentimientos de vacío, agotamiento, desamparo, fracaso, impotencia y baja autoestima. Dificultad para la concentración, ansiedad, irritabilidad, comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y familia.
- *Manifestaciones conductuales*: mala comunicación. Predominio de conductas adictivas o evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales. Ausentismo laboral, bajo rendimiento, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, agresión, cinismo y frecuentes conflictos interpersonales dentro y fuera del trabajo.

Gervás y Hernández (1989; citado en Velázquez, 2003) mencionan un trastorno similar al que denominan “síndrome de Tomás”, en recuerdo de Tomás el neurocirujano frustrado, protagonista de la novela *La insostenible levedad del ser* de Milan Kundera. Señalan que los profesionales afectados por este síndrome se sienten incapacitados para dar respuestas eficaces a los problemas que presenta la asistencia en salud. En consecuencia, es frecuente que ejerzan una práctica rutinaria sin entusiasmo, o que intenten encontrar otros estímulos fuera de la profesión tales como el alcohol y las drogas como satisfacción compensatoria.

Por otro lado, Pines y Aronson (1988; citado en Velázquez, 2003) señalan que el Burnout “es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”. Es decir, se refieren al síndrome como el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso hacia los demás, durante un período de tiempo prolongado.

El Burnout afecta principalmente a los operadores cuyo trabajo está basado en una relación de sostén y de ayuda a las personas. Los profesionales considerados en situación de riesgo de padecer Burnout son aquellos cuya tarea consiste en exponerse permanentemente a demandas de asistencia: médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, abogados, policías, docentes, entre otros.

El síndrome de Burnout puede surgir cuando la realidad del trabajo diario no responde a las expectativas profesionales. La impotencia que se experimenta al no poder resolver todas las situaciones planteadas y la consiguiente frustración pueden provocar el sentimiento de fracaso profesional. También cuando el compromiso y la prosecución de los ideales de una profesión provocan una gran autoexigencia y un intenso involucramiento personal. En este sentido, Edelvich y Brodsky (1980; citado en Velázquez, 2003) consideran el Burnout como una “patología de la idealidad”, lo describen como un proceso de desilusión progresiva como consecuencia de las condiciones laborales. La pérdida del idealismo con relación al trabajo va acompañada por una disminución de la energía.

Es importante destacar que el Burnout es un proceso que se va manifestando a lo largo del tiempo. Se trata de un progreso insidioso, esto es, emerge de forma paulatina, poco a poco, aumentando su severidad. La progresión es más bien cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que la persona puede experimentarlo con intensidad variable en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo.

En 1980 Chernis (Citado en Sellanes, 2004) describe el desarrollo del síndrome de Burnout en tres fases evolutivas:

En la primera fase, ocurre un desbalance entre las demandas y los recursos, dando lugar a una situación de estrés psicosocial.

En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica con diversas manifestaciones psicosomáticas anteriormente descritas.

Y en la tercera fase se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, tendiendo a tratar a los pacientes en forma distanciada, rutinaria y mecánica, con un cariz pesimista o cínico, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio prestado.

En relación a la etiología del síndrome de Burnout no hay unanimidad de criterios. Teniendo en cuenta que es un proceso multicausal y altamente complejo se

han identificado diferentes variables intervinientes o facilitadoras del síndrome tanto individuales como organizacionales o institucionales.

En general, las variables más estudiadas son las siguientes:

Edad: Parece existir un período de sensibilización en los primeros años de la carrera en los que el joven profesional sería especialmente vulnerable a niveles altos de Burnout. En este período se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las esperadas. En contrapartida, los profesionales de más edad han desarrollado mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales.

Sexo: Para algunos autores serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea en el hogar. Otros autores sostienen que las mujeres sobrellevan mejor las situaciones conflictivas en el trabajo. Por otro lado, investigaciones muestran que los varones puntúan más alto en la dimensión despersonalización, lo cual puede tener relación con los roles socialmente asignados a varones y mujeres. Por lo general, nuestra cultura exige que el hombre no debe expresar sus emociones, mientras que pone énfasis en el rol femenino en lo referente a la habilidad en las relaciones interpersonales. Es así que las mujeres son moldeadas socialmente para cuidar, educar y encargarse de los niños, la pareja y los ancianos, tal vez por esa razón, sean menos proclives a responder en forma irritable a las personas con problemas.

Estado civil: Si bien no hay acuerdo unánime parece ser que las personas con pareja estable e hijos son más resistentes al síndrome, quizá porque conservan el equilibrio necesario para afrontar situaciones conflictivas. Sin embargo, no es la situación de casado/soltero la que influye sino el nivel de apoyo emocional que la familia brinda al profesional.

Existencia o no de hijos: Aquí tampoco los resultados son concluyentes, aunque se piensa que los sujetos sin hijos puede que tengan mayor tendencia a usar el trabajo como fuente de vida social, lo que los haría implicarse excesivamente con la gente del ámbito laboral y presentar un mayor riesgo de estrés laboral.

Antigüedad profesional: Presenta características similares a la edad, es decir que los que menos años tienen de ejercicio profesional y de antigüedad en el puesto de

trabajo puntúan más alto. Con la experiencia se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión laboral.

Personalidad: Se observa que las personas con mayor dedicación profesional, idealistas, susceptibles a identificarse con los problemas de los demás, sensibles, obsesivos y con baja autoestima son más proclives al Burnout. En tanto que sujetos con expectativas de eficacia y competencia en el trabajo presentan mayor puntuación en la sub-escala de realización en el trabajo y menor puntuación en las sub-escalas de agotamiento emocional y despersonalización (Tonon, 2003).

Por otra parte se han desarrollado estudios que muestran que las personas con una personalidad resistente (hardiness) son menos propensas al Burnout porque se enfrentan de forma activa y comprometida a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes. La personalidad resistente, desarrollada por Kobasa, es medida por tres dimensiones: compromiso, control y reto. El compromiso se caracteriza por la implicación personal y la tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo. El control se refiere a la convicción de poder influir en el curso de los acontecimientos. Y el reto alude a la percepción de los estímulos potencialmente estresantes, como oportunidades de crecimiento y cambio (Kobasa, 1982; citado en Moreno Jiménez, Morett Natera, Rodríguez Muñoz y Morante Benadero, 2006).

Estrategias de Afrontamiento: Parece existir un amplio acuerdo respecto del papel modulador de las estrategias de afrontamiento en la etiología del Burnout. Diversos estudios describen que los sujetos que emplean estrategias positivas o centradas en el problema u orientadas a la acción reflejan menor Burnout que los individuos que utilizan estrategias consideradas como negativas o centradas en la emoción o pasivas.

Específicamente en la tarea de violencia Susana Velázquez (2003) reconoce una serie de indicadores predisponentes para padecer Burnout y los efectos de ser testigos de hechos violentos, tanto de orden individual como institucional, que representan distintos grados de riesgo para los profesionales.

De orden individual:

1. Suele suceder que algunos operadores se incorporan a un servicio de trabajo en violencia para “tener un lugar para trabajar”, más que por un verdadero interés por desempeñarse en esta área específica; por lo tanto estarán más expuestos a sentirse afectados por la tarea.

2. La información insuficiente sobre la práctica profesional y la tarea a desarrollar dentro de un equipo de trabajo en violencia. Es posible que el profesional experimente una tensión sostenida por el esfuerzo permanente de adecuación al grupo y a la tarea tratando de articularlo con los propios intereses de logro vocacional.
3. La escasa formación que pueden tener los profesionales que se inician en esta área específica de trabajo. La falta de conocimientos teóricos y técnicos adecuados para desempeñarse con eficacia, expone a los operadores a un mayor riesgo de ser impactados por los relatos de violencia.
4. La susceptibilidad de un profesional puede exponerlo a un mayor riesgo de ser afectado por la tarea, utilizará entonces diferentes mecanismos defensivos para disminuir la angustia como conductas evitativas y distantes.

De orden institucional:

1. El espacio para atender a las víctimas no suele ser el más apropiado. En general no se cuenta con la privacidad necesaria. Esto conduce a un esfuerzo por parte del profesional para garantizar seguridad y protección a quien consulta mientras ambos están expuestos a interrupciones e intromisiones.
2. La falta de recursos materiales y humanos indispensable para ejercer una asistencia adecuada constituye una sobrecarga física y emocional.
3. Los horarios que exceden el tiempo de trabajo estipulado provocando un incremento de tensión que puede tornarse inmanejable.
4. El trabajo efectuado en forma voluntaria o con una retribución económica insuficiente muchas veces no concuerda con el esfuerzo realizado.

Velázquez (2003) también menciona los indicadores desencadenantes de extrema tensión que propician el desgaste profesional en la tarea de violencia. Estos indicadores serán considerados desencadenantes cuando se manifiesten en forma reiterada en una persona que ya cuenta con indicadores individuales de riesgo.

Indicadores desencadenantes:

1. Las demandas continuas que exceden las posibilidades concretas de respuestas apropiadas a la asistencia.
2. Las situaciones difíciles de solucionar y las urgencias.

3. La exigencia, la crítica, la queja o la disconformidad de las personas asistidas o sus familiares.
4. El temor y la incertidumbre que provocan las amenazas de un agresor.
5. No disponer de los espacios adecuados para derivar a la víctima y sus hijos con el fin de garantizar su protección.

Es necesario que el equipo de trabajo o la institución implementen medidas de prevención, protección y resguardo de los profesionales llamadas *el cuidado de los cuidadores* (Velázquez, 2003).

Se debe garantizar una forma de funcionamiento que facilite la cohesión grupal, el intercambio productivo entre sus miembros y la apertura de espacios de contención y reflexión privilegiados para la elaboración de las tensiones individuales y grupales que ocasiona la tarea en violencia. Un modelo de trabajo propuesto por López (2000) consiste en dividir el tiempo entre la discusión de los casos y un tiempo para hablar y reflexionar acerca de los sentimientos y reacciones que les provoca el material, intentando liberar las emociones para que no queden ligadas al material traumático.

La posibilidad de prevenir la aparición del síndrome de Burnout y los efectos de ser testigos de violencia en uno o más miembros del equipo de trabajo, conduce a revisar las formas de organización del trabajo, el tiempo dedicado a la tarea y al descanso, el manejo de las urgencias, la remuneración económica y los límites individuales e institucionales.

Las propuestas de abordaje del problema son numerosas. La solución de problemas es una técnica que facilita a las personas el reconocimiento de los problemas y la identificación de alternativas de resolución a los mismos. Los programas de entrenamiento para manejar eficazmente el tiempo en el trabajo, estableciendo prioridades en la realización de las tareas. El distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, a partir de actividades que permitan la relajación como los hobbies y la práctica de deportes, como una manera de equilibrar la vida privada y la vida profesional. Asimismo, se recomienda la asistencia a congresos y jornadas científicas, así como el desarrollo de investigaciones a fin de aumentar la competencia profesional y lograr la actualización permanente.

La propuesta que desarrolla Tonon (2003) como respuesta al síndrome de Burnout se basa en el apoyo social en el trabajo. Entiende por tal, la asistencia

disponible a las personas y grupos que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar capacidades de afrontar problemas como elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos.

Al ser un concepto complejo y dinámico, el apoyo social puede clasificarse en cuatro tipos de apoyo:

- *Apoyo emocional*: sentimiento de ser amado, de poder contar con alguien, de poder ser escuchado.

- *Apoyo instrumental*: recursos materiales o de servicio con los que cuenta el profesional.

- *Apoyo informativo*: información, consejo y/o guía para el conocimiento de una situación y la resolución de los problemas.

- *Apoyo evaluativo*: feedback de las acciones que el profesional va emprendiendo y permite procesar su efectividad.

El apoyo social en el trabajo aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora las actitudes y conductas negativas del sujeto hacia los demás (Gil Monte y Peiró, 1997). Este apoyo puede provenir de diferentes fuentes: los compañeros de equipo, los grupos informales y hasta los jefes.

No caben dudas que todas estas propuestas sólo pueden ponerse en práctica si el contexto socio-político provee los recursos necesarios a fin de mejorar el trabajo y la calidad de vida personal y profesional.

METODOLOGÍA

Diseño de Investigación

Siguiendo a León y Montero (2003), se trata de un diseño *ex post facto* retrospectivo simple, que permite contribuir a aportar datos sobre el problema a investigar: Evaluar la prevalencia de Burnout y las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas por los trabajadores del Programa de Violencia Familiar. Requiere de una consideración multidimensional mediante una descripción completa y detallada de las variables en estudio.

La metodología a implementar es de tipo cuantitativa, a partir de la aplicación de una batería de cuestionarios que engloba: un cuestionario de datos sociodemográficos de elaboración propia; el Inventario de Burnout de Maslach o MBI (1981) y por último, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento o IEA de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984).

Participantes

La muestra está formada por un total de 20 personas (1 abogado, 2 trabajadores sociales, 13 psicólogos y 4 administrativos) que representan el 67% del total de trabajadores (30) que conforman el equipo interdisciplinario del Programa de Violencia Familiar, en la ciudad de Córdoba. Con un rango de edades comprendidas entre 25 y 60 años. Pertenecientes a ambos sexos (varones y mujeres). Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo accidental.

Herramientas e Instrumentos

- **Cuestionario de datos sociodemográficos.** Creado a los fines de relevar datos sobre los participantes con respecto a las siguientes variables personales y profesionales: sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios alcanzado, profesión u ocupación, antigüedad en el empleo, tipo de empleo o cargo, sector laboral, tipo de tarea, carga horaria semanal, ingresos y grado de conformidad con la tarea.

Todos estos indicadores sociodemográficos fueron seleccionados en base al marco teórico de la presente investigación y a la literatura revisada para la elaboración del mismo. Muchas de las variables individuales y organizacionales incluidas en el cuestionario han sido identificadas como intervinientes o facilitadoras del síndrome de Burnout y de otros efectos producto del trabajo con víctimas.

Cabe aclarar que previamente a la realización de las encuestas definitivas con los trabajadores del Programa de Violencia Familiar, se ejecutó un *pretest* o encuesta piloto a un grupo reducido de profesionales y docentes psicólogos y abogados a fin de poner a prueba un borrador del cuestionario para comprobar el grado de comprensión de las preguntas, las opciones de respuestas, la duración y la codificación.

- ***Maslach Burnout Inventory, MBI*** (Maslach y Jackson, 1981). Adaptación realizada en Madrid por Moreno, Oliver y Aragoneses (1991). Se trata de un cuestionario autoadministrado en un tiempo aproximado de 10-15 minutos; constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia las personas. Mide tres dimensiones del síndrome de Desgaste Profesional o Burnout:
 1. *Cansancio Emocional (CE)*: sentimiento de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
 2. *Despersonalización (DP)*: respuesta impersonal, de frialdad y distanciamiento hacia las personas que asiste.
 3. *Realización Personal (RP)*: sentimientos de competencia, autoeficacia y éxito en el trabajo con personas.

Presenta un formato de respuesta tipo Likert, con una escala de frecuencia (0=nunca/ 6=todos los días). Se le pide al sujeto que conteste a cada ítem en base a la escala, indicando así la frecuencia con que ha experimentado ese sentimiento.

Consta de baremos en puntuaciones centiles y típicas en cada sexo y en el total de una muestra de población general y estadísticos descriptivos de varios subgrupos de la población asistencial.

El criterio utilizado para interpretar las puntuaciones del instrumento está basado en los percentiles de la escala original. Las autoras establecieron como puntos de cortes los percentiles 33 y 66 que derivaron en una clasificación tripartita del nivel de Burnout: alto, medio y bajo para cada dimensión del síndrome. Pertenecen a la categoría *baja* las puntuaciones de los sujetos ubicadas por debajo del percentil 33; en la categoría *media* se encuentran las puntuaciones situadas entre el percentil 33 y el 66 y por encima del percentil 66 se ubica la categoría *alta*.

Con respecto a la confiabilidad de la escala de Maslach, los estudios originales estimaron la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach en una muestra de 1.316 casos, obteniéndose los siguientes índices: 0,90 en CE; 0,79 en DP y 0,71 en RP. Otros dos análisis originales también emplearon el procedimiento de *test re-test*. En el primero, con una muestra de 53 graduados en servicios sociales y un intervalo de dos a cuatro semanas entre ambas aplicaciones, los índices fueron de 0,82 en CE; 0,60 en DP y 0,80 en RP. En el segundo, sobre una muestra de 248 profesores y un intervalo de un año, los índices fueron: 0,60 en CE; 0,54 en DP y 0,57 en RP. Todos estos índices son moderados pero significativos al nivel de confianza del 1%.

En relación a la validez del instrumento, los estudios originales aportaron evidencia de la estructura interna, viendo que los elementos que componen el MBI definen una estructura tridimensional que apunta posiblemente a esas mismas dimensiones. En cuanto a la validez convergente, se recogieron tres tipos de análisis en los que las puntuaciones del MBI se pusieron en relación con: a) las evaluaciones del comportamiento hechas por una persona que conozca al sujeto examinado; b) la presencia de algunas características laborales que normalmente provocan estrés y c) las medidas en otras variables que hipotéticamente están relacionadas con este estrés.

Si bien el MBI es el instrumento por excelencia utilizado para medir Burnout en los profesionales a nivel mundial, no deja de ser una limitación de la presente investigación que el cuestionario no esté adaptado al contexto cultural argentino, lo cual puede generar una serie de dificultades que constituirían fuentes de sesgo, por ejemplo el constructo medido, las instrucciones de administración o determinados ítems pueden no ser idénticos o tener diferentes significados en

distintas culturas. No obstante, previo a ser administrado el cuestionario, se verificó que las características sociodemográficas de la muestra estudiada sean similares a las de la muestra original.

- ***Coping Strategies Inventory, CSI*** (Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 40 ítems en forma de afirmaciones sobre las estrategias que el sujeto utiliza ante situaciones de estrés.

Este instrumento fue empleado para identificar respuestas cognitivas y conductuales que los individuos utilizan para afrontar problemas recientes o situaciones estresantes.

El inventario categoriza tres subescalas:

1. *Primarias* (8): resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones, apoyo social, evitación de problemas, pensamientos ansiosos, autocrítica y retirada social.
2. *Secundarias* (4): dirigida a la acción centrada en el problema, dirigida a la acción centrada en la emoción, no dirigida a la acción centrada en el problema y no dirigida a la acción centrada en la emoción.
3. *Terciarias* (2): dirigidas a la acción y no dirigidas a la acción.

Presenta un formato de respuesta tipo Likert, con una escala de valoración (1=nunca la utilizo/ 5=la utilizo siempre). Se le pide al sujeto que indique con qué frecuencia utiliza alguna de esas estrategias para hacer frente al estrés.

En los estudios originales la confiabilidad del inventario fue medida con el coeficiente alfa de Cronbach, estimado para la escala total resultó de 0,91.

En cuanto a la validez, los mismos estudios determinaron que es convergente con el Inventario *Ways of Coping, WOCQ* de Lazarus y Folkman (N = 382, r = 0,78, p< 0,001).

También se aportó evidencia de la estructura interna realizando un análisis factorial mediante el método de Rotación Varimax, encontrando que los 8 factores de las escalas primarias son explicativos del 74,88% de la varianza acumulada. Además se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,8529.

Se considera una limitación del presente trabajo de investigación que el inventario no haya sido adaptado a nuestro contexto cultural, lo cual podría constituir una fuente de sesgo. La traducción del test del idioma inglés al español

constituye un claro ejemplo, otra dificultad sería que algunos ítems pueden cambiar su significado a través de las culturas.

Procedimiento

Las pruebas fueron realizadas por los trabajadores en su lugar de trabajo y cumplimentadas en forma individual y anónima. Todos los participantes en este estudio fueron invitados a participar en forma voluntaria. Previamente recibieron información acerca del objeto de la presente investigación.

Al utilizarse metodología cuantitativa, se llevó a cabo un análisis estadístico de los datos. Éste permite analizar las frecuencias de los fenómenos y sus distribuciones. Cada variable es analizada mediante un estadístico descriptivo, en concordancia con el nivel de medición de dicha variable (nominal, ordinal, intervalar o proporcional). También se apela a la expresión gráfica de los datos para favorecer una mejor comprensión de los mismos.

Cabe aclarar que se empleó el programa informático de administración y análisis de datos de encuestas denominado SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Resulta importante detallar cómo se obtuvieron las puntuaciones de los cuestionarios administrados:

La puntuación en las escalas del **Inventario Burnout de Maslach (MBI)** es el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas.

Puntuaciones altas en las dos primeras escalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome (Maslach y Jackson, 1981).

Los elementos que comprende cada escala se especifican en la Tabla 1.

Tabla 1: Composición de las escalas del MBI

Escala	Elementos
Cansancio Emocional (CE)	1 2 3 6 8 13 14 16 20
Despersonalización (DP)	5 10 11 15 22
Realización Personal (RP)	4 7 9 12 17 18 19 21

Para obtener la puntuación correspondiente a cada una de las 8 escalas primarias del **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA)**, se debe sumar la puntuación anotada para cada uno de los 5 ítems y dividir este total por 5. De este modo se obtiene la puntuación media de cada una de las 8 estrategias de afrontamiento al estrés.

Los valores próximos a 5 significan que esa estrategia se utiliza habitualmente y los próximos a 1 lo contrario (Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984).

Las distintas estrategias que componen este instrumento y los ítems correspondientes a cada una de ellas se describen en la Tabla 2.

Tabla 2: Composición de las escalas del IEA

Estrategias	Ítems
Resolución de Problemas	1 9 17 25 33
Reestructuración Cognitiva	2 10 18 26 34
Expresión de Emociones	3 11 19 27 35
Apoyo Social	4 12 20 28 36
Evitación de Problemas	5 13 21 29 37
Pensamientos Ansiosos	6 14 22 30 38
Autocrítica	7 15 23 31 39
Retirada Social	8 16 24 32 40

RESULTADOS

Análisis descriptivo de las “variables sociodemográficas”

A continuación se detallan mediante tablas y gráficos de barras los resultados de la investigación. Los mismos se obtuvieron mediante un análisis descriptivo de la composición del grupo muestral, utilizándose estadísticos de frecuencia para cada una de las variables sociodemográficas tomadas en cuenta.

En relación a la variable género, de los 20 participantes encuestados un 85% es mujer, es decir que predomina el género femenino, tal como puede observarse en la Tabla 1 y Gráfico 1.

Con respecto a la edad, el 45% de los sujetos que conforman la muestra están entre los 30 y 39 años de edad, mientras que un 35% tiene entre 25 y 29 años, el porcentaje restante abarca trabajadores de 40 años o más (Tabla 2 y Gráfico 2).

Tabla 1: *Frecuencia y porcentaje del género de los participantes*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	17	85%
Masculino	3	15%
Total	20	100%

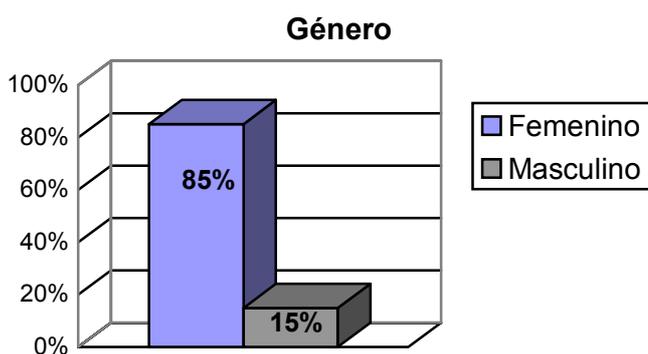


Gráfico 1: *Distribución por género de la muestra. Las barras representan el porcentaje.*

Tabla 2: *Frecuencia y porcentaje de edad de los participantes*

Edad por décadas	Frecuencia	Porcentaje
20 a 29 años	7	35%
30 a 39 años	9	45%
40 a 49 años	2	10%
50 a 60 años	2	10%
Total	20	100%

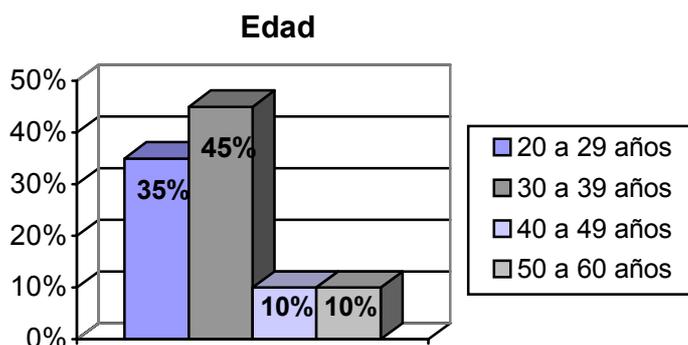


Gráfico 2: *Distribución por edad de la muestra.*

Con respecto a la variable estado civil, se observa que el 45% de los participantes se encuentra soltero, el 40% casado y el restante 15% está divorciado (Tabla 3 y Gráfico 3).

En cuanto a la cantidad de hijos de los trabajadores, la Tabla 4 y Gráfico 4 evidencian que la mayoría no tiene hijos (55%), en tanto que un 25% tiene un hijo, un 10% tiene dos hijos y el resto tiene entre tres y cuatro hijos.

Tabla 3: *Estado civil de los trabajadores*

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	45%
Casado	8	40%
Divorciado	3	15%
Total	20	100%

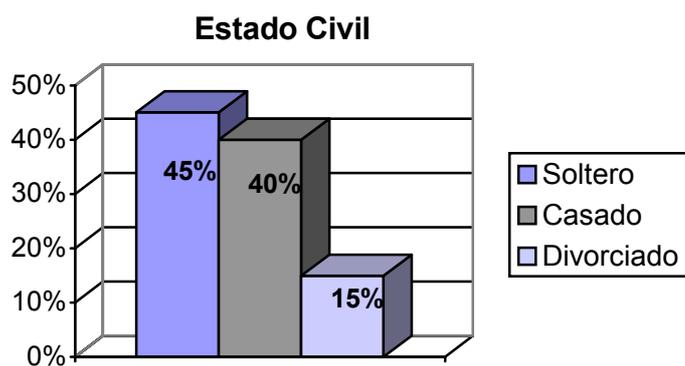


Gráfico 3: Estado Civil de los trabajadores. Las barras representan el porcentaje.

Tabla 4: Cantidad de hijos de los participantes

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	11	55%
1	5	25%
2	2	10%
3	1	5%
4	1	5%
Total	20	100%

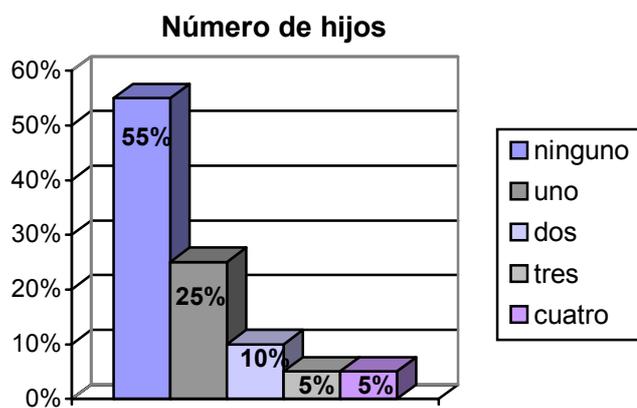


Gráfico 4: Distribución del número de hijos de los participantes en porcentaje.

Otra de las variables tomadas en cuenta es el nivel de estudios alcanzado. En la Tabla 5 y Gráfico 5 se puede observar que la gran mayoría de los sujetos encuestados tiene un nivel universitario (70%), un 20% tiene estudios secundarios y un 10% ha realizado cursos de postgrado.

Con respecto a la profesión u ocupación de los participantes, el análisis de datos revela que la mayoría de los sujetos encuestados es psicólogo/a, representando un 65% de la muestra, el segundo lugar lo ocupan los administrativos con un 20%, los trabajadores sociales representan un 10% de la muestra y sólo un 5% es abogado.

Tabla 5: *Frecuencia y porcentaje del nivel de estudios alcanzado*

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Secundario	4	20%
Universitario	14	70%
Postgrado	2	10%
Total	20	100%

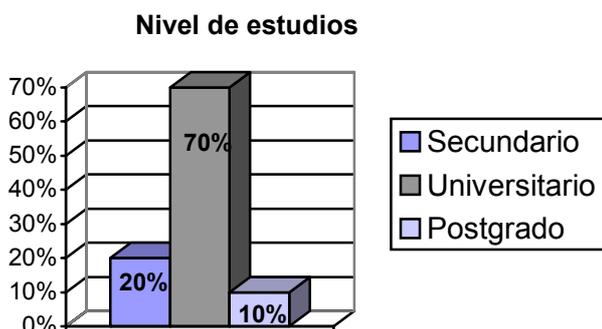


Gráfico 5: *Porcentaje del nivel de estudios alcanzado.*

Tabla 6: *Profesión u ocupación de los participantes*

Profesión u ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Psicólogo	13	65%
Abogado	1	5%
Administrativo	4	20%
Trabajo Social	2	10%
Total	20	100%

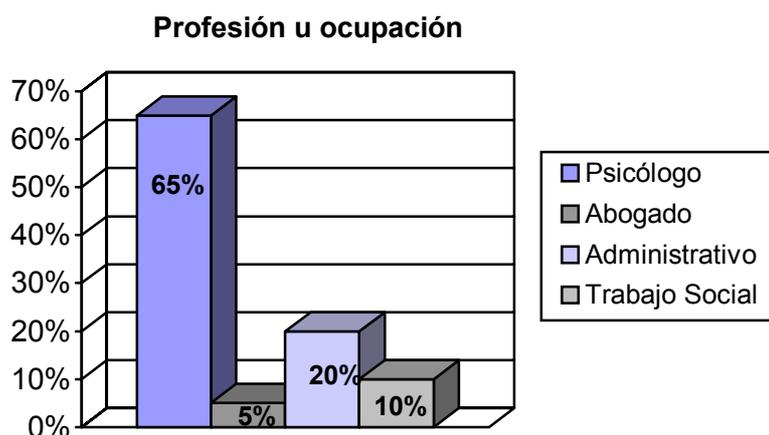


Gráfico 6: *Profesión u ocupación de los participantes. Las barras corresponden al porcentaje.*

Con respecto a la antigüedad en el empleo, los datos muestran que un 45% de los trabajadores del Programa de Violencia Familiar tienen una antigüedad en el puesto actual de algunos meses, es decir, inferior al año. Un 15% de trabajadores tiene 3 años de antigüedad, igual porcentaje manifiesta tener 5 años de antigüedad, un 2% posee 2 años en el empleo y el resto se distribuye entre 1 año, 7 y 22 años de antigüedad (ver Tabla 7 y Gráfico 7).

En cuanto a la carga horaria semanal, en la Tabla 8 y Gráfico 8 puede observarse que la mayoría (90%) de los trabajadores encuestados trabaja un promedio de 21 a 30 horas por semana, mientras que el 10% restante trabaja de 31 a 40 horas semanales.

Tabla 7: *Antigüedad en el empleo*

Antigüedad en el Empleo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	9	45%
1 año	1	5%
2 años	2	10%
3 años	3	15%
4 años	0	0%
5 años	3	15%
6 años	0	0%
7 años	1	5%
Más de 7 años	1	5%
Total	20	100%

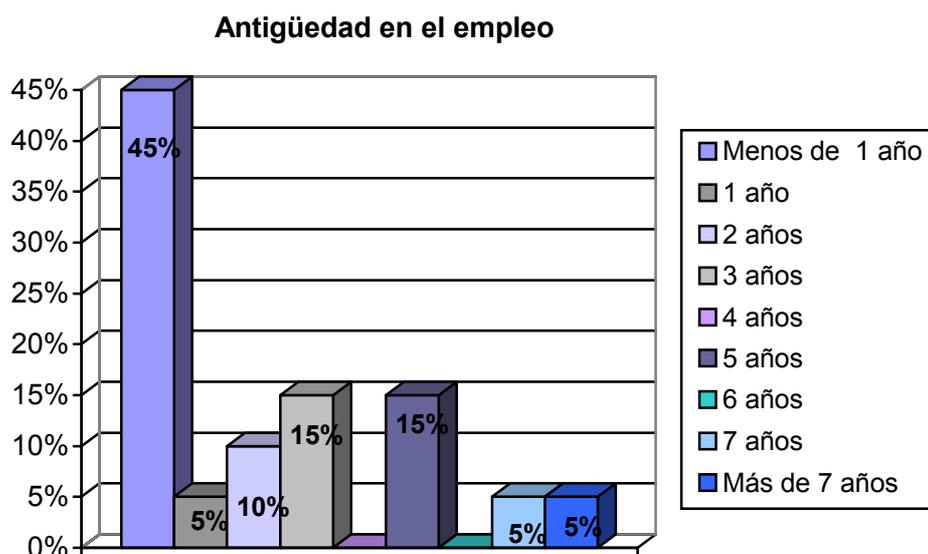


Gráfico 7: *Antigüedad en el empleo en porcentaje.*

Tabla 8: *Frecuencia y porcentaje de horas semanales laborales*

Horas Semanales	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 20	0	0%
21 a 30	18	90%
31 a 40	2	10%
Más de 40	0	0%
Total	20	100%

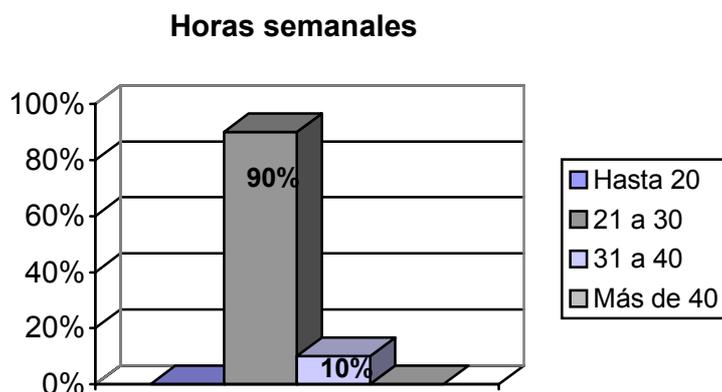


Gráfico 8: *Horas semanales laborales.*

En relación al nivel de ingresos mensuales, se advierte que la mayoría de los trabajadores encuestados, esto es, un 85% cobra de \$501 a \$1000 mensuales. El resto gana entre \$1001 a \$2000 por mes (ver Tabla 9 y Gráfico 9).

La última variable sociodemográfica analizada es el grado de conformidad con la tarea realizada, la cual es una medida de satisfacción laboral. Los resultados representados en la Tabla 10 y Gráfico 10 indican que la mayoría de los operadores se encuentra conforme o bastante conforme con la tarea que realizan, el resto manifiesta estar totalmente conforme. De modo que ningún trabajador presenta disconformidad con la tarea.

Tabla 9: Nivel de ingresos mensuales

Ingresos Mensuales	Frecuencia	Porcentaje
De \$0 a \$500	0	0%
De \$501 a \$1000	17	85%
De \$1001 a \$2000	3	15%
De \$2001 a \$3000	0	0%
Más de \$3000	0	0%
Total	20	100%

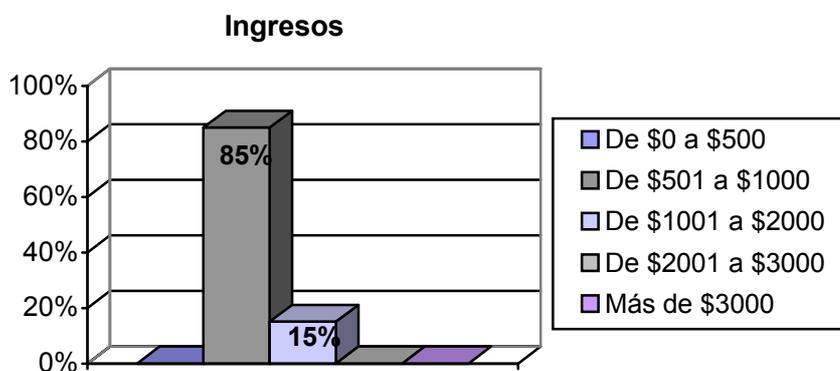


Gráfico 9: Porcentaje de ingresos mensuales.

Tabla 10: *Grado de conformidad con la tarea realizada*

Conformidad con la tarea	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente conforme	4	20%
Bastante conforme	8	40%
Conforme	8	40%
Poco conforme	0	0%
Totalmente disconforme	0	0%
Total	20	100%

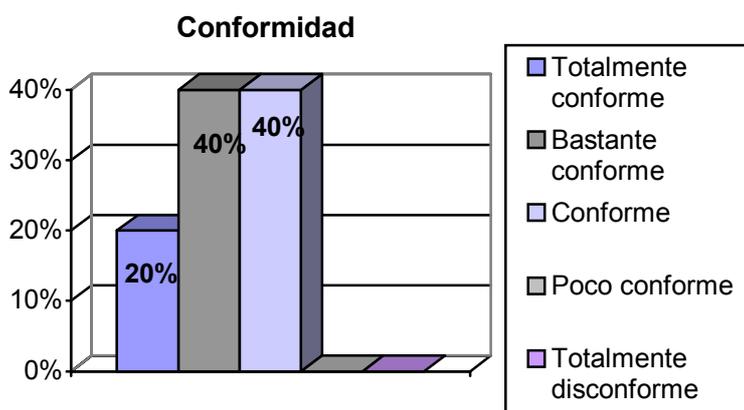


Gráfico 10: *Grado de conformidad con la tarea realizada. Las barras representan el porcentaje.*

Análisis descriptivo de la variable “Síndrome de Burnout”

A continuación, se presentan mediante tabla y gráfico de barras las frecuencias obtenidas en cada uno de los niveles de las dimensiones del Burnout.

Es importante destacar que valores altos en las dos primeras dimensiones y bajos en la tercera definen la presencia del síndrome.

En la Tabla 11 y Gráfico 11 se puede apreciar que no se encontró Burnout en la muestra estudiada. Concretamente, el 60% de los participantes presenta bajos niveles de cansancio emocional y de despersonalización, en contraste con una alta realización personal.

Tabla 11: *Frecuencia y porcentaje de los niveles o categorías de las dimensiones del Burnout*

Cansancio Emocional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	60%
Medio	5	25%
Alto	3	15%
Despersonalización		
Bajo	12	60%
Medio	5	25%
Alto	3	15%
Realización Personal		
Bajo	4	20%
Medio	4	20%
Alto	12	60%

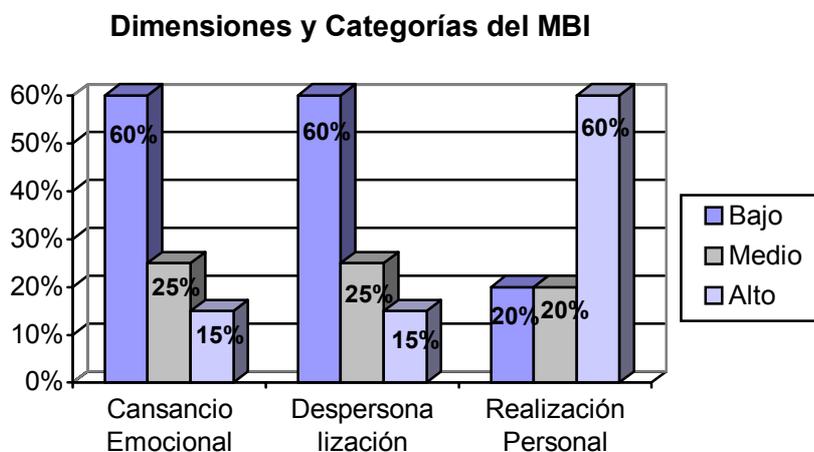


Gráfico 11: *Dimensiones y categorías del Burnout obtenidos en la muestra. Las barras representan el porcentaje.*

Análisis descriptivo de la variable “Estrategias de Afrontamiento”

En primer lugar se evaluaron las 8 subescalas primarias descritas por Tobin, Holroyd y Reynolds. Las mismas recorren un rango posible de 1 a 5, cabe recordar que los valores próximos a 5 significan que esa estrategia se utiliza habitualmente, mientras que los valores próximos a 1 significan lo contrario. Posteriormente se evaluaron las subescalas secundarias y terciarias. Los datos fueron analizados mediante el empleo de los siguientes estadísticos descriptivos: media, mediana y desviación estándar.

Respecto a la primer subescala, se observa que la estrategia de afrontamiento primaria más utilizada por los trabajadores encuestados es el Apoyo Social con un promedio de 3,81. El segundo y tercer lugar lo ocupan la Reestructuración Cognitiva y la Resolución de Problemas con medias de 3,69 y 3,62 respectivamente. Por otro lado, la estrategia en promedio menos utilizada es la Retirada social, $M=1,95$ (Tabla 12).

Tabla 12: *Estrategias de afrontamiento primarias*

Estrategias Primarias	Media	Mediana	Desviación Estándar
Resolución de Problemas	3,62	3,5	0,5386
Reestructuración Cognitiva	3,69	3,7	0,8091
Expresión de Emociones	3,16	2,9	0,7612
Apoyo Social	3,81	3,9	0,8012
Evitación de Problemas	2,53	2,7	0,5038
Pensamientos Ansiosos	2,41	2,1	0,7181
Autocrítica	2,35	2,2	0,8307
Retirada Social	1,95	2	0,3993

Dentro de las subescalas secundarias, los datos estadísticos muestran que las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en la estrategia dirigida a la acción centrada en el problema (M= 3,655). En tanto, las puntuaciones promedio más bajas se obtuvieron en la estrategia no dirigida a la acción centrada en la emoción, tal como se especifica en la Tabla 13.

En relación a las estrategias de afrontamiento terciarias, en la tabla 14 puede observarse que la estrategia dirigida a la acción fue la más empleada por los participantes con un promedio de 3,57.

Tabla 13: *Estrategias de afrontamiento secundarias*

Estrategias Secundarias	Media	Mediana	Desviación Estándar
Dirigida a la acción centrada en el problema	3,655	3,65	0,60652
Dirigida a la acción centrada en la emoción	3,485	3,35	0,69379
No dirigida a la acción centrada en el problema	2,47	2,4	0,44022
No dirigida a la acción centrada en la emoción	2,19	2,05	0,61976

Tabla 14: *Estrategias de afrontamiento terciarias*

Estrategias Terciarias	Media	Mediana	Desviación Estándar
Dirigida a la acción	3,57	3,35	0,58566
No dirigida a la acción	2,33	2,27	0,44379

Las tablas y gráficos subsiguientes son representativos de la frecuencia con la que los trabajadores emplean cada una de las 8 estrategias de afrontamiento primarias, como así también de la frecuencia con que emplean las 4 estrategias secundarias y las 2 terciarias.

Concretamente, puede observarse que entre un 85% y un 95% de la muestra utiliza habitualmente, esto es, con bastante frecuencia, casi siempre o siempre, las estrategias resolución de problemas, apoyo social y reestructuración cognitiva, de modo que estas son las tres estrategias primarias más utilizadas por los operadores. También se registra que un 50% de los participantes emplea habitualmente la expresión de emociones frente a una situación de estrés. Por otra parte, se observa que ningún participante utiliza en forma habitual la retirada social y sólo un 10% de la muestra utiliza la autocrítica habitualmente, de modo que éstas dos estrategias son las menos utilizadas por el grupo muestral. Otras estrategias poco utilizadas son evitación de problemas y pensamientos ansiosos (ver Tabla 15 y Gráfico 15).

Tabla 15: *Estrategias de afrontamiento primarias más utilizadas por los participantes*

Estrategias Primarias	Porcentaje
Resolución de Problemas	95%
Reestructuración Cognitiva	85%
Expresión de Emociones	50%
Apoyo Social	90%
Evitación de Problemas	20%
Pensamientos Ansiosos	25%
Autocrítica	10%
Retirada Social	0%

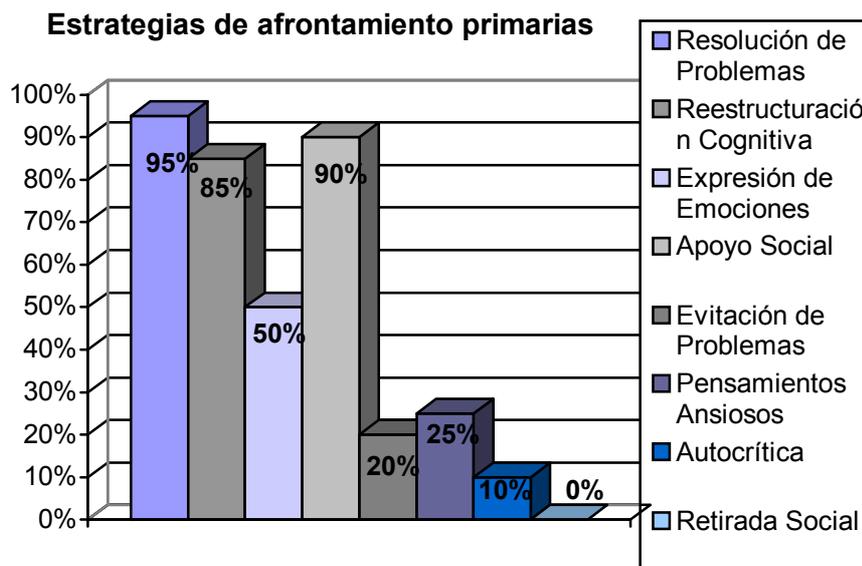


Gráfico 15: *Porcentaje de las estrategias de afrontamiento primarias.*

En relación a las estrategias de afrontamiento secundarias, se observa que un 90% de la muestra utiliza habitualmente estrategias dirigidas a la acción centradas en el problema, de manera que ésta es la estrategia secundaria más utilizada por los participantes. Otra estrategia empleada frecuentemente por un 80% del grupo muestral es la dirigida a la acción centrada en la emoción. El resto de estrategias secundarias son muy poco o nunca utilizadas por los trabajadores (Tabla 16 y Gráfico 16).

Finalmente, se advierte en la Tabla 17 y Gráfico 17 que la estrategia dirigida a la acción es la estrategia terciaria más frecuentemente utilizada por el 90% de la muestra.

Tabla 16: *Estrategias de afrontamiento secundarias utilizadas habitualmente*

Estrategias Secundarias	Porcentaje
Dirigida a la acción centrada en el problema	90%
Dirigida a la acción centrada en la emoción	80%
No dirigida a la acción centrada en el problema	10%
No dirigida a la acción centrada en la emoción	10%

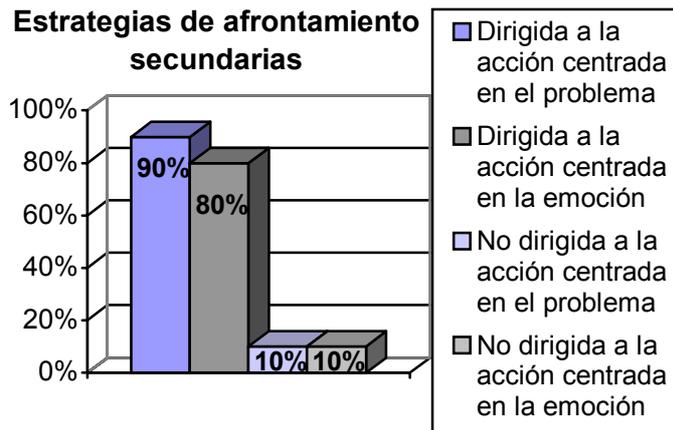


Gráfico 16: *Estrategias de afrontamiento secundarias más utilizadas.*

Tabla 17: *Estrategias de afrontamiento terciarias utilizadas frecuentemente*

Estrategias Terciarias	Porcentaje
Dirigida a la acción	80%
No dirigida a la acción	10%

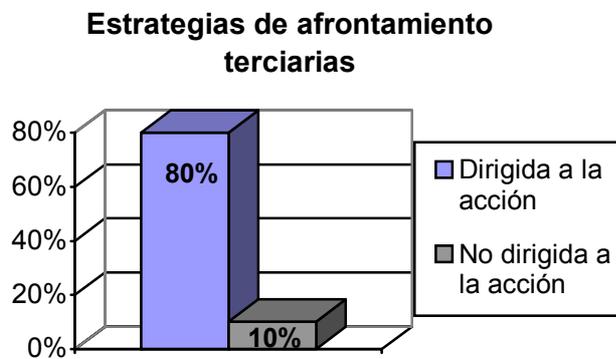


Gráfico 17: *Porcentaje de estrategias de afrontamiento terciarias.*

En los siguientes gráficos se analiza la frecuencia con la que los trabajadores del Programa de Violencia Familiar emplean cada una de las estrategias de afrontamiento primarias, secundarias y terciarias descritas por Tobin, Holroyds y Reynolds. Es decir, se representa gráficamente la distribución de las estrategias en las 5 alternativas de respuesta del IEA: nunca la utilizo, la utilizo poco, la utilizo bastante, la utilizo casi siempre y la utilizo siempre.

En relación a las estrategias primarias, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la resolución de problemas es bastante utilizada por un 70% de la muestra y casi siempre utilizada por un 20% de la misma, de modo que puede aseverarse que se trata de una estrategia muy frecuentemente utilizada por los trabajadores. Otras estrategias muy empleadas son la reestructuración cognitiva y el apoyo social ya que entre el 35% y el 45% de los trabajadores las utiliza bastante o casi siempre. La expresión de emociones es una estrategia poco utilizada para un 50% de la muestra, sin embargo, un 15% de los trabajadores la utiliza casi siempre y un 35% la utiliza bastante. El resto de las estrategias de afrontamiento primarias son en general poco utilizadas. Específicamente, un 55% del grupo muestral utiliza poco la estrategia pensamientos ansiosos, un 20% nunca la utiliza y un 20% la utiliza bastante. Las estrategias evitación de problemas, autocrítica y retirada social son las menos utilizadas por la mayoría de los trabajadores, de hecho un 65% de los mismos las utiliza poco. Además puede afirmarse de acuerdo a los datos estadísticos que la retirada social es la estrategia primaria menos utilizada, un 35% de la muestra nunca la utiliza. Estos resultados son representados en el Gráfico 18.

Estrategias de afrontamiento primarias

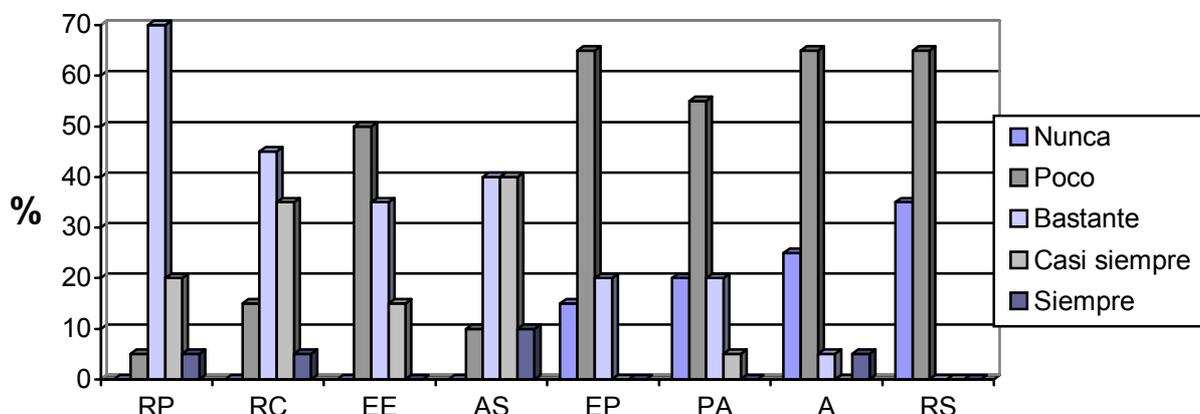


Gráfico 18: *Frecuencia de empleo de cada estrategia primaria en porcentaje.*

- RP: Resolución de Problemas
- RC: Reestructuración Cognitiva
- EE: Expresión de Emociones
- AS: Apoyo Social
- EP: Evitación de Problemas
- PA: Pensamientos Ansiosos
- A: Autocrítica
- RS: Retirada Social

Respecto a la frecuencia con que los participantes utilizan las estrategias secundarias frente a una situación de estrés, se observa que la estrategia dirigida a la acción centrada en el problema es la más utilizada, esto significa que es casi siempre utilizada por el 30% de la muestra y bastante utilizada por la mitad de los trabajadores. Otra estrategia secundaria bastante utilizada es la dirigida a la acción centrada en la emoción (50%). La estrategia no dirigida a la acción centrada en el problema es poco utilizada por más del 80% de los trabajadores, a diferencia de la estrategia no dirigida a la acción centrada en la emoción poco y nunca utilizada por la mayoría, tal como expresa el Gráfico 19.

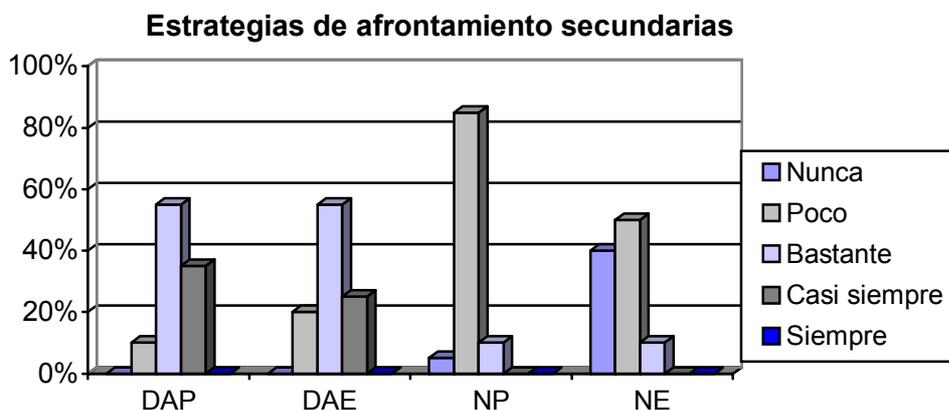


Gráfico 19: *Porcentaje de empleo de cada una de las 4 estrategias de afrontamiento terciarias.*

- DAP: Dirigida a la Acción centrada en el Problema
- DAE: Dirigida a la Acción centrada en la Emoción
- NP: No dirigida a la acción centrada en el Problema
- NE: No dirigida a la acción centrada en la Emoción

Por último, en el Gráfico 20 se advierte que dentro de las subescala terciaria, la estrategia dirigida a la acción es la más empleada por los sujetos encuestados, la mitad de los mismos la utiliza bastante y el 30% la utiliza casi siempre. En contraste, la estrategia no dirigida a la acción es poco y nunca utilizada por la mayoría de los trabajadores.

Estrategias de afrontamiento terciarias

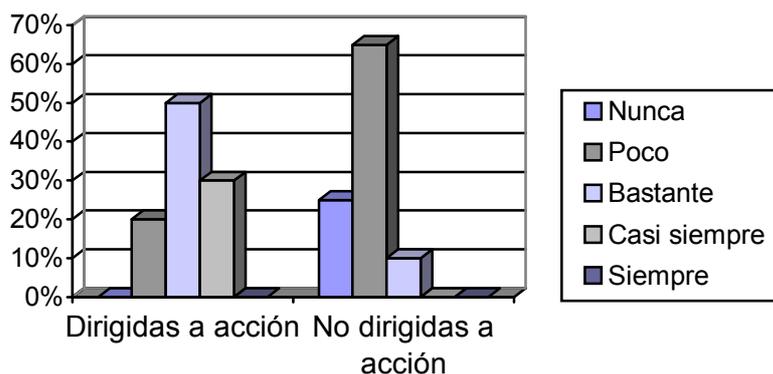


Gráfico 20: *Frecuencia del empleo de estrategias de afrontamiento terciarias. Las barras representan el porcentaje.*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como principal objetivo describir y analizar la prevalencia de Burnout y las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas por el personal del Programa de Violencia Familiar.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que no se encontró Burnout en la muestra estudiada. Concretamente, se hallaron bajos niveles de cansancio emocional y de despersonalización, en contraste con una alta realización personal.

Estos resultados contrarios a los esperados posiblemente se deban a que las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas por los participantes son aquellas que resultarían preventivas del síndrome, en tanto que las estrategias disfuncionales que podrían ser predictoras del Burnout son muy poco frecuentes.

Específicamente en la muestra estudiada se encontró que las estrategias de afrontamiento primarias más frecuentemente empleadas son la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva, ambas se emplean a fin de modificar las situaciones estresantes, ya sea eliminando su causa o cambiándoles el significado al considerarlas en sus aspectos positivos, respectivamente. Asimismo el apoyo social, cuya finalidad es básicamente la búsqueda de apoyo emocional en el círculo social del individuo, es otra de las estrategias primarias más utilizadas por los participantes de esta investigación y también es considerada una estrategia funcional en tanto aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora las actitudes y conductas negativas del sujeto hacia los demás.

Respecto a las estrategias de afrontamiento secundarias, el análisis de datos revela que la estrategia dirigida a la acción centrada en el problema es la más utilizada por la mayoría de los trabajadores. Otra estrategia frecuentemente empleada, aunque en menor medida, es la dirigida a la acción centrada en la emoción. Ambas estrategias están centradas en la situación estresante, la primera intentando eliminar o modificar la causa del problema y la segunda intentando controlar las reacciones emocionales o el malestar causado por el mismo.

Dentro de las estrategias terciarias, la dirigida a la acción es la más frecuente entre los participantes, ya que se involucran activamente en los acontecimientos estresantes.

Las estrategias predominantemente utilizadas por los trabajadores al ser resolutivas y dirigidas a la acción, aumentan el sentimiento de realización personal, experimentando competencia, autoeficacia y éxito en el trabajo con personas. A su vez, este sentimiento los hace más aptos para mantener y desarrollar estrategias de afrontamiento saludables o protectoras de la salud. Por este motivo, las estrategias que predominan en el grupo muestral son consideradas estrategias funcionales y por lo tanto preventivas del síndrome de Burnout.

Esta explicación es congruente con otras investigaciones que hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre el empleo de estrategias de afrontamiento positivas y una elevada realización personal (Jenaro Río, Flores Robaina y González Gil, 2007); como así también una negativa correlación entre Burnout y estrategias orientadas al problema (Jaracz, Górna y Konieczna, 2005).

Por otra parte, es posible realizar ciertas inferencias respecto al papel que juegan en la ausencia de burnout obtenida en la muestra algunas de las variables sociodemográficas analizadas en esta investigación.

En relación al género, el hecho de que predominen las mujeres podría significar que éstas sobrellevan mejor las situaciones conflictivas en el trabajo, tal vez por los modelos sociales que llevan a que sean ellas las encargadas del cuidado de los demás.

En cuanto a la edad de los participantes, alrededor de la mitad de la muestra tiene entre 30 y 39 años, edad suficiente como para desarrollar estrategias de afrontamiento funcionales y expectativas profesionales más realistas, que explicarían la no existencia del síndrome. Sin embargo, buena parte de la muestra es más joven y tiene poca antigüedad profesional y en el puesto actual, por ende menor experiencia y mayor vulnerabilidad al estrés laboral, de modo que se refutaría la explicación anterior.

En la variable estado civil la muestra se distribuye en forma pareja entre casados y solteros, no obstante esto parecería no influir, sí en cambio el nivel de apoyo emocional que la familia brinda al profesional. Como se demostró el apoyo social, estrategia preventiva del Burnout, es una de las más utilizadas por los participantes.

Otra variable tomada en cuenta como una medida de la satisfacción laboral es la conformidad con la tarea, que de acuerdo a los resultados es alta, ya que la mayoría de los participantes se encuentra conforme o bastante conforme. Podría inferirse que los profesionales al estar satisfechos con su trabajo presentarían menor riesgo de desarrollar el Burnout.

Es preciso señalar varias limitaciones del presente trabajo. En primer lugar, lo reducido de la muestra limita las posibilidades de generalizar los resultados a otras poblaciones que trabajan en la asistencia a la víctima; así mismo ha impedido el empleo de pruebas estadísticas más sofisticadas que permitieran un análisis más completo de los datos.

En segundo lugar, el empleo de dos instrumentos (Inventario Burnout de Maslach o MBI e Inventario de Estrategias de afrontamiento o IEA) no adaptados al contexto argentino pudo haber sesgado en parte los resultados. Ésta podría ser una de las razones por la cual ninguno de los trabajadores que formaron parte de la investigación encuadraron dentro del síndrome de estrés estudiado. Ello justifica la necesidad de realizar en futuras investigaciones adaptaciones locales de los cuestionarios mencionados.

Otra de las limitaciones de este estudio es el uso de metodología puramente cuantitativa, lo cual restringe las posibilidades de un análisis más profundo acerca del Burnout, e incluso de otros efectos del trabajo con víctimas. Un análisis más completo podría hacerse en próximas investigaciones que incluyan por ejemplo entrevistas en profundidad sobre las situaciones de estrés, la satisfacción laboral, las condiciones de trabajo, el estrés percibido, el contexto institucional y otras variables personales y profesionales.

En el afán de conocer esta problemática a nivel nacional, se debe promover no sólo estudios de replicación de la presente investigación, sino también la realización de nuevos estudios correlacionales y longitudinales que consideren muestras más amplias y diferentes variables como las ya mencionadas. De esta forma se estará contribuyendo a enriquecer la teoría existente sobre este tipo de estrés laboral y a la vez justificando la implantación de programas de intervención que promuevan la salud y prevengan la aparición del Burnout.

Más allá de las limitaciones aludidas, la presente investigación realiza un aporte fundamental al brindar información útil sobre una manera de prevenir el síndrome de Burnout a través del mantenimiento y desarrollo de aquellas estrategias utilizadas con mayor frecuencia por el grupo muestral, ya que las mismas permiten eliminar o mitigar la fuente de estrés. De manera que los resultados obtenidos tienen un valor no sólo descriptivo sino también preventivo.

Ampliando esta última afirmación, y en consonancia con las autoras López (2000) y Velázquez (2003), los datos obtenidos llevan a plantear la necesidad de “cuidar a los que cuidan”, es decir, implementar medidas de prevención, protección y resguardo de los profesionales de asistencia; por ejemplo, fomentando el empleo de estrategias de afrontamiento funcionales, tales como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y el apoyo social ante situaciones de gran sufrimiento y estrés como las que enfrentan día a día los equipos que trabajan con víctimas de violencia familiar. De este modo se estará contribuyendo a la preservación de la salud mental de estos profesionales, y con ello, a la salud de las personas a las que asisten.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegue, R., Batista, M., Carril, E., Gioscia, G., Kohen, V. y Tejería, S. (2002). *La violencia doméstica: una encrucijada disciplinaria*. Recuperado el 19 de Enero de 2007, de <http://www.psiquiatria.fmed.edu.uy/images/Material%20descarga/Rosario%20Allegue.ppt>
- Almendro Padilla, C. y De Pablo González, R. (2001). *Síndrome de Burnout*. Plataforma 10 minutos. Recuperado el 23 de Abril de 2006, de <http://www.diezminutos.org/burnout.html>
- Arón, A. M. y Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares, año 20 (1-2)*, 5-15. Recuperado el 5 de Febrero de 2007, de http://www.puc.cl/psicologia/buentrato/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf
- Azar, S. (2000). Preventing burnout in professional and paraprofessional who work with children abuse and neglect cases: A cognitive behavioral approach supervision. *Journal Psychotherapy in Practice, 56 (5)*, 643-663.
- Bleger, J. (1999). *Temas de psicología (Entrevista y Grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cano Vindel, A. (2002). *Estrés Laboral*. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Recuperado el 12 de Mayo de 2006, de http://ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm
- Cerezo Huerta, H. (2005). *El triángulo rescatador- víctima –persecutor. Implicaciones para los profesionales que atienden víctimas de violencia*. Recuperado el 25 de Abril de 2006, de <http://www.casa-amiga.org/TrianguloRVPviolenciadomestica.doc>
- Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1990). Recuperado el 18 de enero de 2007, de http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm
- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.

- Estevan, M. V. (2003). *Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en los profesionales médicos*. Tesis de licenciatura no publicada, Carrera de Psicología, Universidad Empresarial Siglo 21.
- Gil-Monte, P. y Peiró J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gobierno de Córdoba. Ministerio de Justicia y Seguridad. (2005). *Dirección de Asistencia a la Víctima del Delito y Violencia Familiar*. Recuperado el 16 de Mayo de 2006, de <http://www.cba.gov.ar/vercanal.jsp?idCanal=32539>
- Grosman, C. P. (2001). Violencia familiar. Un golpe bajo. *Encrucijadas UBA*, 11, 83-91.
- Guerrero Barona, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19 (1), 145-158. Recuperado el 27 de Abril de 2006, de http://um.es/analespv/v19/v19_1/14-19_1.pdf
- Hernández Zamora, G. L., Olmedo Castejón E., e Ibáñez Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336. Recuperado el 10 de Junio de 2006, de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf
- Jaracz, K., Górna, K. & Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*, 50 (1), 216-219. Recuperado el 30 de Abril de 2007, de http://www.amb.edu.pl/roczniki/roczniki_2005_supl_1/volumes/55_Jaracz_Gorna.pdf
- Jenaro Río, C., Flores Robaina, N. y González Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 107-121. Recuperado el 20 de Abril de 2007, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33770108.pdf>
- Labrocca, M. y Mendez, R. (2001). Una aproximación al Burn-Out: estudio comparativo del caso particular de los Asistentes Sociales de la Pcia. de Bs. As.,

con asiento en las ciudades de Bahía Blanca y Mar del Plata. *Newsletter Estrés y Salud*, 6. Recuperado el 16 de Enero de 2007, de

http://www.sames.org.ar/web/Principal_articulos.htm

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- León, O. G. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- López, A. B. (2000). Trabajar con víctimas. *Nuestra Ciencia*. 30-39.
- Manual de Asistencia a la Víctima de Delitos. (2005, Noviembre). Los derechos de las víctimas. *La Nación*, 1, 1-15.
- Marchiori, H. (1999). *Criminología –Introducción-*. Córdoba: Marcos Lerner.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto. C.A.: Consulting Psychologists Press (Versión española en TEA ediciones).
- Maytum, J. C., Bielski Heiman, M. & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18 (4), 171-179. Recuperado el 26 de Abril de 2007, de <http://www.jpedhc.org/article/PIIS0891524503003092/abstract>
- Moreno Jiménez, B., Morett Natera, N. I., Rodríguez Muñoz, A. y Morante Benadero, M. E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18 (3), 413-418. Recuperado el 29 de Abril de 2007, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72718313.pdf>
- Oblitas, L. A. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Ortiz, A. (2005). *Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento ante el estrés y el síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Infantil Municipal de Córdoba*. Tesis de licenciatura no publicada, Carrera de Psicología, Universidad Empresarial Siglo 21.
- Plut S. T. (2000). Estrés laboral: revisión y propuestas. *Actualidad Psicológica*, 280, 12-17.

- Ponce Díaz, C. R., Bulnes Bedón, M. S., Aliaga Tovar, J. R., Atalaya Pisco, M. C. y Huertas Rosales, R. E. (2005). El síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *IIPSI, Revista de Investigación en psicología*, 8 (2), 87-112. Recuperado el 5 de Febrero de 2007, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Investigacion_Psicologia/v08_n2/PDF/a07.pdf
- Quintana, C. G. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave. *Psykhe*, 14 (1), 55-68. Recuperado el 20 de Mayo de 2006, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000100005&script=sci_abstract
- Rodríguez V. M. (2003). *Guía breve para la preparación de un trabajo de investigación según el manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (APA)*. Recuperado el 20 de Abril de 2007, de <http://biblioteca.sagrado.edu/pdf/guia-apa.pdf>
- Sellanes, M. (2004). *Nuevos retos para la salud de los profesionales sanitarios: El síndrome de burnout o desgaste profesional*. Recuperado el 2 de Junio de 2006, de <http://www.buenafuente.com>
- Slipak, O. E. (1996). Estrés Laboral. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 4 (19). Recuperado el 29 de Abril de 2006, de http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_03.htm
- Steed, L. & Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: The experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. Recuperado el 23 de Abril de 2007, de <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2001-1/steed.htm>
- Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S. y Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 153, 18-21. Recuperado el 15 de Mayo de 2006, de http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.htm

- Tobin, D. L., Holroyd, K. A. & Reynolds, R. V. C. (1984). *Users manual for Coping Strategies Inventory*. Athens, OH. Department of Psychology: Ohio University Press.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de Vida y Desgaste Profesional. Una mirada del síndrome del Burnout*. Buenos Aires: Espacio.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., Olaz, F. y Fernández, A. (2004). *Introducción a los tests psicológicos*. (3ª ed.). Córdoba: Brujas.
- Valla de Domenech, I. y Muzlera de López, S. (2002). Padecimientos de quienes trabajan en alto impacto emocional. El trabajo con la violencia. *Revista de la APPFG*.
- Valla de Domenech, I. y Muzlera de López, S. (2002, Junio). *El grupo de profesionales como espacio de apuntalamiento ante la crisis*. Trabajo presentado en la Jornada “Los vínculos en tiempo de crisis”. FAPCV y APPFG. Mendoza
- Varela, B. y Bernardi, R. (2000). Defensas ante el estrés y defensas ante los conflictos ¿Estamos ante el mismo concepto? *Actualidad Psicológica*, 280, 18-21.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias Cotidianas, Violencias de Género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia.
- Vila, C. (1988). *Violencia Familiar (Mujeres Golpeadas)*. Opúsculo de derecho penal y criminología. Córdoba: Marcos Lerner.
- Violencia Familiar. En Córdoba hay más de 2 denuncias por hora. (2007, 2 de Enero). *La Voz del Interior On Line*. Recuperado el 6 de Marzo de 2007, de http://www.lavoz.com.ar/07/01/02/secciones/sociedad/nota.asp?nota_id=32296

ANEXOS

Cuestionario de datos sociodemográficos

1. Sexo:
2. Edad:
3. Estado Civil:
4. Número de hijos:
5. Nivel de estudios alcanzado:
6. Profesión u ocupación:
7. Tipo de empleo o cargo:
8. Antigüedad en el empleo:
9. Sector laboral en el que se desempeña:
 - Área Administrativa:
 - Área Social:
 - Área Psicológica:
 - Área Legal:
 - Otro..... Especificar.....
10. Tipo de tarea que realiza:
11. Cantidad de horas de trabajo semanales:
 - Hasta 20:
 - 21 a 30:
 - 31 a 40:
 - Más de 40:
12. Nivel de ingresos mensuales:
 - De \$0 a \$500
 - De \$501 a \$1000
 - De \$1.001 a \$2.000.....
 - De \$2.001 a \$3.000
 - Más de \$3.000
13. Grado de conformidad con la tarea realizada:
 - Totalmente conforme
 - Bastante conforme
 - Conforme
 - Poco conforme
 - Totalmente disconforme

Inventario "Burnout" de Maslach

- 1) A continuación se le proponen frases relacionadas con los sentimientos que Ud. experimenta en su trabajo.
 2) Lea la escala que se presenta al costado.
 3) Califique cada afirmación en relación a la escala de 0 a 6.
 4) Marque con un círculo (O) el número que crea le corresponde a cada afirmación.
 5) Asegúrese de haber contestado correctamente todas las afirmaciones antes de entregar.

		Nunca	Algunas veces en el año	Una vez al mes	Algunas veces en el mes	Una vez por semana	Algunas veces en la semana	Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
4	Comprendo fácilmente como se sienten las personas que atiendo	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas de las personas que atiendo	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento "quemado" por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me endurezca emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a las personas que atiendo	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Puedo crear facilmente una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22	Siento que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Estrategias de Afrontamiento de Estrés

<p>1) Lea la escala que se presenta al costado. 2) Califique cada afirmación en relación a la escala de 1 a 5. 3) Marque con un círculo (O) el número que crea le corresponde a cada afirmación. 4) Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, cada persona enfrenta el estrés de diferente forma. 5) Anteponga la frase "Ante una Situación de estrés..." antes de cada afirmación. 6) Asegúrese de haber contestado correctamente todas las afirmaciones antes de entregar.</p>		Nunca la utilizo	La utilizo poco	La utilizo bastante	La utilizo casi siempre	La utilizo siempre
1	Permanecí firme y luche por lo que quería o pensaba hacer	1	2	3	4	5
2	Pienso que no hay mal que por bien no venga, trato de ver el lado bueno de las cosas.	1	2	3	4	5
3	Dejé escapar mis sentimientos para reducir la tensión. Me desahogué.	1	2	3	4	5
4	Encontré a alguien que me supo escuchar y me calmó.	1	2	3	4	5
5	Me mantuve como si nada me hubiese ocurrido.	1	2	3	4	5
6	Esperé que ocurriera un milagro o que el problema se resolviera solo.	1	2	3	4	5
7	Me di cuenta de que yo mismo me hubiera creado un problema.	1	2	3	4	5
8	Pasé más tiempo solo	1	2	3	4	5
9	Elaboré un plan de acción y lo seguí paso a paso.	1	2	3	4	5
10	Miré las cosas de modo diferente y traté de hacer lo que estuviese a mi alcance.	1	2	3	4	5
11	Dejé aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4	5
12	Hablé con alguien acerca de cómo me estaba sintiendo.	1	2	3	4	5
13	Traté de olvidar toda la situación y de pasar a otra cosa.	1	2	3	4	5
14	Deseé intensamente que la situación terminase de alguna manera.	1	2	3	4	5
15	Me culpé a mi mismo de lo que había ocurrido.	1	2	3	4	5
16	Evité estar con mi familia y amigos.	1	2	3	4	5
17	Me entregué de lleno al problema.	1	2	3	4	5
18	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no eran tan malas.	1	2	3	4	5
19	Dejé ir mis emociones.	1	2	3	4	5
20	Consulté o hablé con un familiar o amigo.	1	2	3	4	5

Ante una Situación de estrés:		Nunca la utilizo	La utilizo poco	La utilizo bastante	La utilizo casi siempre	La utilizo siempre
21	No permití que me venciera el problema. Traté de no pensar demasiado en el problema.	1	2	3	4	5
22	Deseé que la situación nunca hubiese empezado.	1	2	3	4	5
23	Me critiqué a mi mismo por lo sucedido.	1	2	3	4	5
24	Evité estar con gente por un tiempo.	1	2	3	4	5
25	Sabía lo que tenía que hacer, así que traté por todos los medios que todo fuera bien.	1	2	3	4	5
26	Me convencí a mi mismo de que las cosas no son tan malas como parecen.	1	2	3	4	5
27	Mis sentimientos de enojo y bronca explotaron.	1	2	3	4	5
28	Dejé que mis amigos me ayudaran.	1	2	3	4	5
29	Evité a la persona que me estaba causando el problema.	1	2	3	4	5
30	Pensé acerca de cómo terminarían las cosas.	1	2	3	4	5
31	Dado que lo ocurrido fue por mi culpa me di un gran sermón.	1	2	3	4	5
32	Gasté mucho tiempo en mi mismo.	1	2	3	4	5
33	Trabajé para resolver los problemas planteados en esta situación.	1	2	3	4	5
34	Volví a analizar la situación de modo que las cosas no parecieran tan malas.	1	2	3	4	5
35	Me di cuenta de cuáles eran mis sentimientos y los dejé salir a flote.	1	2	3	4	5
36	Le pedí a un familiar o amigo que me diera un consejo.	1	2	3	4	5
37	Evité pensar hacer algo con respecto a la situación.	1	2	3	4	5
38	Tenía la esperanza de que si esperaba lo suficiente las cosas se resolvería solas.	1	2	3	4	5
39	Me di cuenta de que yo era el responsable de lo que pasaba y me enojé conmigo.	1	2	3	4	5
40	No dejé que otras personas supiesen como me estaba sintiendo.	1	2	3	4	5