

Universidad Empresarial Siglo XXI



Trabajo Final de Grado

**Síndrome de Quemarse por el Trabajo
(Burnout) en Acompañantes
Terapéuticos de patologías graves**

Depetris, Evangelina María

Licenciatura en Psicología

2008

*A mis padres, cuyos legados diarios son el compromiso, la responsabilidad,
la humildad y también mucho humor...*

A mi hermana Cecilia, por su creatividad a la hora de hacerme sonreír...

A Esteban, quien día a día, pone música en mi corazón....

*A mis amigas del corazón Lore y Noe, quienes de muchas maneras que
tienen que ver con el estudio y el amor, siempre me han acompañado...*

A Elvira, por brindarme su ayuda incondicional...

A mis abuelos, por el grato recuerdo de una infancia feliz...

*A Dieguito y Agustín, quienes me demuestran a diario el significado de la
palabra ternura...*

A Amalia Giorgi y Adrián Bueno, por su generosidad...

INDICE

1. FUNDAMENTACIÓN.....	5
2. PROBLEMA.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
4. MARCO TEORICO.....	12
4.1. SINDROME DE BURNOUT-SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO	
4.1.1. Teorías explicativas del Síndrome de Burnout.....	13
4.1.2. Delimitación conceptual del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	18
4.1.3. El SQT en el marco contextualizador del estrés laboral.....	22
4.1.4. Síntomas y Evaluación del SQT.....	24
4.1.5. Determinantes del SQT en las profesiones de servicio.....	26
4.2. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.	
4.2.1. Historia del Acompañamiento Terapéutico.....	29
4.2.2. Múltiples abordajes del Acompañamiento Terapéutico.....	30
4.2.3. El A.T. Definición del rol.....	33
4.2.4. Funciones del Acompañante Terapéutico.....	37
4.2.5. El vinculo Acompañante Terapéutico-paciente.....	40
4.2.6. Acompañamiento Terapéutico y riesgo de SQT.....	42
5. METODOLOGÍA.	
5.1. Tipo de diseño.....	45
5.2. Muestra y procedimiento metodológico.....	45
5.3. Instrumento de recolección de datos.....	45
5.4. Resultados y análisis de datos.....	52
6. RESUMEN/DISCUSSION.....	88
7. REFERENCIAS.....	97
8. ANEXOS.....	105

“Cualquier profesional en el ejercicio cotidiano de la profesión y ante la presencia de un nuevo caso que se le pide resuelva, se ve obligado a poner en relación los datos y los indicadores del caso, su representación o conocimiento operativo, con la sabiduría profesional sedimentada, bien la que interiorizó en los años de aprendizaje de la profesión y su experiencia profesional, bien aquella cuya existencia conoce y busca en publicaciones especializadas”

Fernández de Castro, I. & Gumbert, L.

FUNDAMENTACIÓN

La finalidad de este trabajo consiste, esencialmente, en realizar un aporte desde la psicología al campo del Acompañamiento Terapéutico siendo el objetivo investigar si se manifiesta el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Acompañantes Terapéuticos de patologías graves.

La inclusión de acompañantes como agentes terapéuticos activos en el campo de la práctica clínica responde a la necesidad de proyectar un abordaje más integral de las patologías graves.

La inserción del Acompañante Terapéutico ha tenido sus orígenes en la Argentina, y su mayor difusión se produjo en el ámbito de la práctica clínica privada. Hace solo desde 1971 que las instituciones estatales han comenzado a incorporar Acompañantes Terapéuticos en sus servicios de psicopatología.

El Acompañante Terapéutico es un agente resocializador y una herramienta de apoyo que se puede implementar en situaciones especiales, su función se construye con relación a la demanda, objetivos terapéuticos y necesidades del paciente.

En los últimos años, el acompañamiento se ha ido perfilando como una salida laboral y principalmente buscada por estudiantes universitarios de la carrera de psicología y afines como una manera de adquirir experiencia en las prácticas.

Una de las preocupaciones actuales en el campo del bienestar y la salud en el trabajo es la referida al estrés en los ambientes laborales. Distintos estudios realizados informan que un excesivo estrés relacionado con el trabajo genera tensiones. A modo de ejemplo varios son los reportes que indican que la atención de pacientes con HIV - SIDA provoca un excesivo estrés, fundamentalmente relacionado con la edad de los pacientes y la desesperación de los profesionales médicos y personal de enfermería frente al avance de la enfermedad (Selwyn, 1987, citado en Rojas, E, 2006).

El término *Burnout* fue introducido en la literatura científica en los primeros años de la década de 1970. En la actualidad se cuenta con una rica

bibliografía sobre este tema; ejemplo de ello es el trabajo “El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas” (2004) de Ortega Ruiz., y López Ríos, F de la Universidad de Almería, España.

En el presente trabajo se utilizará la denominación “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” frente a otras denominaciones alternativas debido a consideraciones psicosociales del mismo.

La mayor parte de los investigadores coinciden en identificar este síndrome como un estrés laboral asistencial que afecta a los profesionales de diversas ramas, pero que, generalmente, mantienen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación.

En el Instituto Nacional de Oncología y Radiología de Cuba se realizó una investigación de Síndrome de Burnout en enfermeros que brindaban atención a pacientes oncológicos (Chacón Roger, 1997). También se hizo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el comportamiento del Síndrome de Burnout en médicos pertenecientes al Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Cuba, en el período comprendido desde septiembre del 2002 hasta marzo del 2003.

El Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández Campus de San Juan (Alicante) realizó un trabajo de investigación para determinar si el síndrome de Burnout está presente en una muestra de Médicos de Urgencias (Garnier y col, 2004).

Se han investigado (Cebrià y col, 2004) los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en médicos de atención primaria. Se arribó a la conclusión de que algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a

puntuaciones altas de *Burnout*. Existen algunas diferencias entre estos factores internos por sexo.

Entre los años 2001 y 2002 se realiza un estudio de investigación donde se determina que uno de cada cuatro profesionales médicos de la Provincia de Córdoba presenta síntomas de *Burnout* (Fernández, 2003).

El estudio fue efectuado en 400 médicos de diferentes especialidades, tales como, clínicos, cardiólogos, pediatras, ginecólogos y en particular, algunas consideradas críticas como la oncología y la hemodiálisis, y otros profesionales de la salud como enfermeras, kinesiólogos, bioquímicos que se desempeñan en instituciones del ámbito privado y público de la Provincia de Córdoba.

El objetivo de la investigación era determinar la prevalencia del *burnout* y de morbilidad psicológica y su asociación con altos niveles de estrés y de insatisfacción laboral.

Los participantes fueron evaluados con el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) y el General Health Questionary (GHQ-12) que apunta a valorar la presencia de ansiedad y depresión; y aunque los autores advirtieron que la muestra no se tomó en base a criterios estadísticos, consideran que la elevada cantidad de médicos consultados permitiría generalizar los resultados.

El MBI que evalúa agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, manifiesta en los resultados que la presencia del síndrome "completo" se detectó en el 7,7 % de los médicos encuestados. A su vez, la despersonalización y el agotamiento emocional se encontraron en uno de cada tres (29,3% y 28,7% respectivamente), y la baja realización profesional, en uno de cada cuatro (25,4%). Para Neira (2004), la aparición de uno de estos tres elementos es un elemento de alarma. Por otra parte, el GHQ-12 evidencia que el 25% de los profesionales encuestados tenían niveles de ansiedad y depresión más altos que lo considerado normal, y que quienes manifestaban síntomas de *burnout* eran también positivos para los indicadores de morbilidad psiquiátrica.

Del estudio sobre el total de los participantes surgió que los médicos cordobeses presentan mayores niveles de agotamiento emocional y

despersonalización del paciente que los otros miembros del equipo de salud, lo cual puede deberse a que la tarea médica es diferente en el vínculo que se establece con los pacientes, en el particular contacto con la enfermedad y la muerte y también en las expectativas de sentir que se debe poder realizar todo por el paciente (Neira, 2004).

Otra investigación de importancia (Di Marco, 2002) como antecedente para este trabajo, fue la que tuvo como objetivo general elaborar un perfil del equipo de salud del paciente oncológico en su entorno institucional. Su aporte original, es el no haber estudiado el riesgo de padecer Burnout aisladamente sino en relación con la vulnerabilidad. Se trató de un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo y los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron la escala de vulnerabilidad de Weisman (1977) y el inventario MBI de Maslach y Jackson (1996).

La población en estudio estuvo conformada por el personal del Sanatorio Allende divididos en 10 grupos, a saber: Secretarías; Dermatología; Personal jerárquico; Médicos no-oncólogos; Cardiología; Psicología; Laboratorio; Oncólogos; Enfermería; y Personal de limpieza.

Un aspecto interesante que expresa la autora es que de la totalidad de los posibles entrevistados, solo el 55% responde, a pesar de una preparación previa donde se expone el tema del burnout y donde los asistentes se interesan por la posibilidad del riesgo de padecerlo. En una primera parte del estudio se describen las características generales de la población y se ponen en evidencia aspectos relacionados con lo emocional en torno al desempeño de su rol, así como a las motivaciones de su elección profesional. En una segunda y cuarta parte, la investigación describe aspectos relacionados con el significado, con el área afectiva y la valoración para evaluar la calidad de vida, así como la vulnerabilidad y el riesgo de padecer burnout. La autora del mencionado estudio destaca la dificultad que encontró el equipo médico para diferenciar sentimientos y acciones, dado que ellos mismos expresan que es más lo que hacen que lo que sienten. El grupo de médicos oncólogos, ante la indagación sobre las acciones y sentimientos de su práctica, expresan que intentan no sentir

y/o separar los sentimientos; o bien, ser fríos para conservar la objetividad, ya que los sentimientos cambian según la evolución del caso, de tranquilidad y alegría hasta desazón, sufrimiento, pena, y hasta temor por el futuro (Di Marco, 2002).

El análisis de esta temática muestra la importancia del estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Si bien el mismo aún no se ha llevado a cabo en el campo del Acompañamiento Terapéutico, de allí la relevancia de esta investigación, que pretende realizar un aporte desde la psicología a fin de arribar a futuras conclusiones que aportaran información valiosa para el cuidado de la salud mental de acompañantes terapéuticos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Se manifiesta el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Acompañantes Terapéuticos que se desempeñan con pacientes de patologías graves en la Ciudad de Córdoba? De ser así: ¿Con que características se presenta?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Indagar la presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo y sus principales características en Acompañantes Terapéuticos que se desempeñan con pacientes de patologías graves en la Ciudad de Córdoba.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la situación de empleo de los acompañantes terapéuticos, considerando sus especificidades: horarios, antigüedad, situación laboral, entre otros.
2. Identificar y comparar las características sociodemográficas de los acompañantes terapéuticos tales como sexo, estado civil, edad, etc. en relación al Síndrome de Quemarse por el Trabajo.
3. Indagar las características del empleo de acompañantes terapéuticos que pueden actuar como desencadenantes del SQT.
4. Conocer posibles relaciones entre la antigüedad en el acompañamiento y la manifestación del SQT.
5. Determinar si la diferencia de género presenta relaciones estadísticamente significativas con respecto al SQT.

MARCO TEÓRICO

SINDROME DE BURNOUT –SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

Teorías explicativas del Síndrome de Burnout

Para comenzar, se considera pertinente definir el concepto “estrés” como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”; (Lazarus y Launier (1978), Holroyd (1979) y Coiné y Lazarus (1980) (citados en Lazarus y Folkman, 1984).

El estrés es un resultado del desajuste entre individuo y el ambiente laboral, "entre las habilidades y capacidades disponibles por la persona y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar, y también entre las necesidades de los individuos y los recursos del ambiente disponibles para satisfacerlas" (Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de los Estados Unidos).

Haciendo foco en el ámbito laboral podemos afirmar que el stress laboral presenta tanto síntomas físicos como psíquicos, si la situación se hace crónica puede desembocar en lo que hoy se conoce como Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger. Durante su trabajo en una clínica de toxicómanos, observó que una mayoría de asistentes voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo, así como síntomas de ansiedad y depresión; estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación a los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar a los pacientes de los propios problemas que padecían. Para la descripción de sus observaciones utilizó el término burnout, que usaban para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas.

Freudenberguer lo conceptualizó como:

“estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables”.

La psicóloga social Cristina Maslach y Jackson (1986), estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “Sobrecarga emocional” o “Síndrome del Burnout” (quemado). Esta autora lo describió como *“un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.* Incluye:

-Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.

-Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

-Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal

-Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

-Manifestaciones mentales: Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y /o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia.

-Manifestaciones físicas: cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.

-Manifestaciones conductuales: predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

La Organización Mundial de la Salud (1994), reconoce que el *“Burnout es un síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que inciden tanto en el staff como en los miembros de una familia”*.

Etiología del Síndrome de Burnout

Respecto a la etiología del síndrome de Burnout; los factores más considerados a la hora de evaluar son:

- **Edad:** aunque parece no influir en la aparición de este síndrome, algunos autores consideran que puede existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en que el profesional sería especialmente vulnerable, que serían los primeros años de carrera profesional, siendo el momento en que se pasa de las expectativas idealizadas hacia la práctica cotidiana.
- **Sexo:** la investigación sobre relación entre Burnout y sexo no ofrece resultados en una única dirección ya que unos estudios indican que las mujeres serían el grupo mas vulnerable. Los estudios sobre sexo muestran la importancia de variables como su presencia o no en el mercado laboral. Así, las mujeres que trabajan fuera de casa, que, siguen asumiendo las mismas responsabilidades en el hogar, experimentan mayor sobrecarga de trabajo en comparación con los hombres que trabajan.

La sobrecarga laboral se relaciona de forma positiva con el agotamiento emocional- una de las dimensiones del Burnout. Por tanto el estar empleada en el mercado de trabajo puede incidir en un mayor Burnout en aquellas mujeres que tengan cargas familiares añadidas (Hakanen, J, 1999).

- **Estado civil:** no hay un acuerdo unánime, aunque se ha asociado que las personas que no tienen pareja estable son más propensas a sufrir del Síndrome de Burnout. En el mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hacen que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.
- **Horario y Turnicidad Laboral:** la turnicidad laboral y el horario laboral pueden conllevar para algunos autores la presencia del Síndrome de Burnout aunque no hay una unanimidad en este criterio. Algunos autores postulan que la enfermería sería la profesión donde hay más prevalencia de este síndrome.
- **Antigüedad Profesional:** algunas investigaciones realizadas en médicos encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burnout presentaron y por ello siguen presentes en el mercado laboral. Pero a esta postura se le contraponen otras investigaciones donde se llegó a la conclusión de que a medida que aumentaba la antigüedad profesional aumentaba el nivel de burnout paralelamente. Otras investigaciones encuentran una relación positiva con el Síndrome de Burnout manifestada en dos momentos, correspondientes a los dos

primeros años de carrera profesional y a los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

- **Sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales:** este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente, y aunque éste es el caso en que la mayoría de los investigadores están de acuerdo, no existen relaciones claras entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de burnout.
- **Salario:** es un factor que ha sido invocado como otra fuente que afectaría al desarrollo de burnout en estos profesionales, aunque no queda clara la relación en las investigaciones realizadas.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT)

Gil Monte y Peiró (1997) utiliza la denominación “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” frente a las otras denominaciones alternativas, como síndrome de estar quemado en el trabajo, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome de estar quemado, síndrome del quemado, estar quemado, o quemazón profesional.

En primer lugar, se sugiere incluir en la denominación el término síndrome, pues este término ayuda a la comprensión del fenómeno, da información sobre su naturaleza al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas. También se desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador. De esta manera se evita estigmatizar al trabajador, al tiempo que se previene el desarrollo de posibles sentimientos de culpa o de vergüenza que pueden agravarle el problema al individuo, al entender éste que es el culpable de lo que le está ocurriendo.

No se puede obviar que el estigma hace referencia a un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1970). Un individuo estigmatizado posee, o cree poseer, atributos o características que le otorgan una identidad devaluada en un determinado contexto social y que le hacen vulnerable frente al grupo (Crocker, 1998).

Las personas estigmatizadas deben enfrentarse, en ocasiones diariamente, con insultos, rechazo, desprecio, e incluso hostilidad abierta. Entre estos tipos de estigmatizados citados por Goffman se encuentran aquellos estigmas que tiene su origen en algún aspecto del carácter del individuo. Este tipo de estigma está relacionado con la personalidad o la conducta desarrollada por una persona, y tiene que ver con la falta de voluntad de las personas. En esta categoría se puede englobar a los trabajadores etiquetados como “quemados”.

Hay que tener presente que los individuos que padecen el síndrome de quemarse por el trabajo, sienten que su capacidad para controlar las situaciones

está mermada, por lo que desisten o no se esfuerzan de manera adecuada para afrontar los problemas laborales y los síntomas que les genera el estrés laboral percibido. Ésta es una variable relevante a la hora de dar un trato a los individuos estigmatizados, pues los individuos que poseen estigmas que se supone que son controlables son más despreciables, más rechazados, y tratados de manera más desagradable que las personas con estigmas no controlables (Crocker, 1998).

Denominaciones como síndrome de estar quemado, síndrome del quemado, dirigen el foco de atención hacia el individuo y refuerzan el estigma, generan categorizaciones y pueden inducir actitudes que discriminen a los individuos considerados y etiquetados como quemados. Por esta razón, y considerando el deterioro psicológico que conlleva el estigma sobre las personas, no parecen denominaciones recomendables.

Aunque en menor grado, algo similar puede ocurrir con denominaciones como síndrome de estar quemado en el trabajo y síndrome de quemarse en el trabajo. En estos casos, aunque el complemento circunstancial de lugar “en el trabajo” indica la vinculación de la patología al hecho de trabajar, no termina de informar que es la actividad laboral la causante del síndrome y no el trabajador. La preposición “en” denota lugar pero no causa, no indica que el contexto es el origen del problema, sólo indica que el problema ocurre en ese contexto.

Por el contrario, el empleo de la preposición “por”, antes de trabajo, en su lugar denota causalidad, y de esta manera se establece que la causa del síndrome de quemarse es el trabajo, no el trabajador. Esto es la preposición “por” denota que la patología se debe al trabajo, no que sea una patología que aparece mientras se trabaja, aunque el trabajo actúe como coadyudante. El síndrome de quemarse por el trabajo es causado directa y exclusivamente por un riesgo (psicosocial) del medio ambiente de trabajo.

Una tercera ventaja que tiene utilizar la denominación síndrome de quemarse por el trabajo es que se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial. Utilizar una denominación coloquial para aludir a un proceso patológico de consideraciones mucho más serias ha contribuido a la

difusión, al reconocimiento, y a la aceptación del fenómeno en el mundo laboral y legal.

Esto es, el síndrome de quemarse por el trabajo no es lo que coloquialmente se entiende por estar quemado; por el contrario, va mucho más allá, es un proceso insidioso que tiene consecuencias severas para el individuo. Cuando un trabajador dice que está quemado, habitualmente quiere dar a entender que no se encuentra satisfecho en su trabajo. Un gran número de trabajadores identifican estar quemado con sentirse agobiado, estar harto o a disgusto, pero no contempla la verdadera sintomatología del síndrome, ni mucho menos su cronicidad o la intensidad de sus síntomas en sus fases más avanzadas, si contemplan los síntomas con los que el proceso de quemarse por el trabajo se inició, su fase inicial. Así, lo que para esos trabajadores es el final de un proceso, pues entienden que han llegado al estado de estar quemado, realmente es el inicio del proceso de quemarse por el trabajo.

Para Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) el proceso de desarrollo del SQT se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Como señala Rodríguez Martín (1995) desde la perspectiva psicosocial, el síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones psicosociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismo. Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional –cliente y en la relación profesional-organización.

Al abordar la definición del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) es importante subrayar que esta patología debe ser entendida como una

situación en la que el trabajador se ve desbordado y se percibe impotente para hacer frente a los problemas que le genera su entorno laboral, en especial su entorno social (Gil Monte, 2005).

Los individuos se sienten desgastados y agotados por la percepción continuada de presión en su trabajo. Por lo tanto, el SQT tiene su origen en el entorno laboral.

EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN EL MARCO CONTEXTUALIZADOR DEL ESTRÉS LABORAL

El síndrome de quemarse por el trabajo debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto (v.g. afrontamiento activo, evitación.) y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.

En los modelos de estrés laboral, las respuestas al estrés se sitúan como variables mediadoras entre el estrés y sus consecuencias o efectos a más largo plazo. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con enfermedades psicosomáticas (v.g., alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigo) y para la organización (v.g., deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono).

Tomando como referencia los modelos transaccionales (Peiró y Salvador, 1993:6, citado en Gil Montes, 1997), se ha elaborado un modelo, para incluir el síndrome de quemarse como respuesta al estrés laboral.

Los estresores laborales facilitarán una serie de estrategias de afrontamiento que, en el caso de los profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado que los sujetos deben tratar diariamente con esa fuente de estrés. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos hacia los que se destina el trabajo. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Ante estos

sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento.

De otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, bien a través de estrategias activas, centradas en la emoción, o de cualquier otro tipo y dado que no los puede evitar, desarrolla sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal y posteriormente actitudes de despersonalización.

Debido que para estos profesionales el rol laboral prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia los usuarios, la despersonalización no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés, es necesario que los estresores se perpetúen en el tiempo para que los sujetos la adopten.

SÍNTOMAS Y EVALUACIÓN DEL SÍNDROME

Según el Diccionario de Lengua Española (RAE, 1992), un síndrome es el conjunto de síntomas característicos de una enfermedad, mientras que un síntoma es el fenómeno revelador de una enfermedad o una señal, indicio de algo que está sucediendo o va a suceder.

En terminología médica un síndrome es un cuadro o conjunto sintomático; serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado. Un síntoma es la manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable por el médico o por el enfermo.

La delimitación de los síntomas es un punto de partida adecuado para definir qué es el Síndrome de Quemarse por el Trabajo, pues nos permite describir la patología.

La literatura presenta más de cien síntomas asociados al síndrome. Estos síntomas afectan negativamente a los afectos y emociones (por ejemplo, agotamiento emocional, irritabilidad, odio), a las cogniciones (por ejemplo baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso profesional), a las actitudes (por ejemplo, cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, suspicacia), a las conductas (por ejemplo, comportamiento suspicaz, aislamiento, consumo de tranquilizantes, quejas constantes, aumento de accidentes, ausentismo), y al sistema fisiológico del individuo (por ejemplo, cansancio, insomnio, dolor de cabeza, dolor de espalda, fatiga, hipertensión) (Benevides-Pereira, 2002; Dolan, 1987; Einsiedel y Tully, 1982; citado en Gil Monte, 1997).

En cuanto a la evaluación psicométrica, el Maslach Burnout Inventory (MBI) ha demostrado ser un instrumento válido y fiable, y con una gran aceptación internacional (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte 2005).

El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981), está

constituido por veintidós ítems que se distribuyen en tres escalas que evalúan aspectos cognitivos (realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) de la psique.

DETERMINANTES DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN LAS PROFESIONES DE SERVICIO

El síndrome de Quemarse por el Trabajo se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios. El objetivo de estas profesiones es cuidar los intereses, o satisfacer las necesidades del usuario y se caracterizan por el trabajo en contacto directo con las personas a las que se destina ese trabajo.

Los profesionales sanitarios (v.g., de enfermería, medicina o fisioterapia), los profesionales de la educación (v.g., profesores, maestros, educadores o cuidadores), los trabajadores sociales, los funcionarios de prisiones o los policías, han sido identificados como colectivos ocupacionales proclives al desarrollo del SQT (Tonon, 2003).

Son profesiones en las que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, dolor, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del SQT. Identificar las variables antecedentes del SQT supone considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de estas profesiones.

Al hablar de los antecedentes del SQT del *entorno social*, Mallet (1991) señala que en los últimos años, en la profesión de enfermería han surgido nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, al mismo tiempo se han formulado nuevos procedimientos para las tareas y funciones, han aparecido cambios en los programas de educación y formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, y aumento de las demandas de servicios de salud por parte de la población.

En el caso de la educación, Jenkins y Calhoun (1991) recogen un gran número de variables que aumentan el estrés laboral y los sentimientos de quemarse en maestros del sector público.

Desde un *nivel organizacional*, las profesiones señaladas se caracterizan por desarrollar un trabajo en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Según Mintberg (1988) este tipo de organizaciones cuenta para su organización con la estandarización de las habilidades de sus miembros. Contrata a profesionales preparados y entrenados para la realización de las tareas y les otorga un control considerable sobre su propio trabajo. Además, estos profesionales trabajan con cierta independencia respecto de sus colegas y muy vinculados a sus clientes.

Para Mintberg (1988), las burocracias profesionalizadas requieren una serie de condiciones en el ambiente y en clima organizacional para ser funcionales. Así, el ambiente en el que está inmersa la organización debe ser un ambiente estable para permitir que las habilidades y procedimientos puedan llegar a estandarizarse.

Otra variable importante en este nivel es la socialización laboral. Según Peiró (1986), la socialización laboral es “el proceso mediante el cual el nuevo miembro (de una organización) aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora”. En diferentes trabajos se ha señalado que el síndrome de quemarse por el trabajo se contagia entre los profesionales a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral (Edelwich y Brodsky, 1980; citado en Gil Monte, 1997).

En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas o prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse (McGrath, Reid y Boore, 1989).

A *nivel del individuo*, las características de personalidad van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo

acentuados por la forma en que una parte importante de estos profesionales abordan su profesión, podrían facilitar el proceso de quemarse (Edelwich y Brodsky, 1990). Este idealismo y los sentimientos altruistas, llevan a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas.

Se considera que, el trabajo de las ocupaciones del sector servicios, se caracteriza por ser una actividad que demanda al individuo un esfuerzo emocional muy intenso, esto puede pensarse desde el campo del Acompañamiento Terapéutico, donde “el Acompañante permite entender su figura como la de quien, en el marco de una estrategia clínica, viene a ocupar ante el paciente, el sitio de alguien y de algo que faltó. Hay una ausencia, pues, que el acompañante soporta y a la que, denunciándola al prestarle el cuerpo, ayuda a reconfigurar y a transformar en materia de trabajo”... (Kovadloff, 2003).

ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO

Historia del Acompañamiento Terapéutico.

El Acompañamiento Terapéutico nace en la Argentina en los años sesenta de la mano del psiquiatra Eduardo Kalina, y se utiliza ante las problemáticas planteadas en el tratamiento de pacientes graves o en crisis, que eran difíciles de sostener y para los que resultaban insuficientes las respuestas clínicas tradicionales.

En diferentes países, luego de la segunda guerra mundial, se comienzan a implementar experiencias de sistemas abiertos como alternativa ante la internación clásica psiquiátrica. Se elaboraron tratamientos en los que se intentaba conservar la inserción social y productiva del paciente. En la Argentina se crea en 1957 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Aráoz Alfaro de Lanús, Pcia de Buenos Aires, dirigido por el Dr. Mauricio Goldemberg.

Al comienzo el Acompañante Terapéutico era denominado “amigo calificado”. Poco tiempo después este primer nombre fue sustituido por el de Acompañante Terapéutico. Este cambio de denominación tiene importantes consecuencias para la definición del rol.

El Dr. Garcia Balaracco, jefe del servicio de psiquiatría del Hospital J. Borda, trabaja como acompañante terapéutico desde 1960 y considera que “el acompañamiento terapéutico es una técnica usada desde hace muchos años en países como EEUU, porque no es intrusiva ni invasiva y resulta altamente continente” (Pulice y Rossi, 1997)

El Dr. Juan Carlos Stagnaro (2000) menciona que como terapeuta necesitaba en ocasiones recurrir a otras personas debido a las dificultades que se le presentaba para sostener un tratamiento y utilizaba para esto recursos cercanos a la familia o de la realidad social inmediata. Ligada a un trabajo “extramuros”, realizando actividades relacionadas con la contención en

momentos de crisis, o el uso de tiempo libre, o actividades de animación grupal o socialización.

Se observa que el trabajo clínico con Acompañantes Terapéuticos fue respondiendo a diferentes necesidades clínicas y orientándose de manera diversa.

Múltiples abordajes del AT.

Se habla de abordajes múltiples cuando se combinan intervenciones que integran discursividades diversas. Se piensa en dispositivos como montajes complejos, construcciones conjuntas del equipo tratante-paciente, donde el vínculo es el que va haciendo aparecer las diferentes figuras del dispositivo.

El dispositivo es una construcción con los pacientes, y su “ingeniería” promueve la creatividad del conjunto generando combinatorias variadas. Los dispositivos pueden considerarse entonces como una diversidad de instrumentos a disposición del equipo tratante, dentro de un marco estipulado por los acuerdos del contrato terapéutico.

Cada dispositivo se construye como tramos de una trama en una labor, en un trabajo conjunto y en colaboración. No es fijo, sino que puede variar en función de una regla inmanente. Un “entre varios” que habilita la producción de aperturas inéditas. La clave es la validación en la lectura a posteriori a través de sus efectos.

En la noción de proceso, el tramo es un segmento que forma parte de una recta que está configurada como parte de una totalidad. En el proceso se van enhebrando sucesivos momentos de una serie a partir de un comienzo y hasta su finalización.

Pero el tramo también puede ser un módulo, una unidad que forma parte de una trama.

A cada tramo corresponde una construcción del dispositivo. Así, resulta evidente que las ideas de tramo-trama (labor conjunta) y construcción del dispositivo resultan solidarias.

Dispositivos clínicos de múltiple abordaje, son propuestas clínicas que se ofrecen buscando integrar las diversas lenguas en un cuerpo de equipo.

En el Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple en Psiquiatría (CETAMP) dirigido por el Dr. Eduardo Kalina, se comenzó a trabajar desde el año 1971 en un equipo especializado en las denominadas terapias de abordaje múltiple. Dicho equipo tomaba a su cargo pacientes severamente perturbados que, por lo general, promovían las consultas en momentos de crisis. Muchos de ellos presentaban historias de tratamientos anteriores fracasados, y oponían marcadas resistencias a someterse a cualquier tipo de psicoterapia.

El abordaje múltiple se aplica a pacientes graves con tendencia a interrumpir el tratamiento.

Cuando se hace referencia al abordaje múltiple se hace en un doble sentido: en relación al múltiple sujeto de la enfermedad y desde las múltiples formas de abordarlo.

Se postula que para que el abordaje múltiple sea factible es necesario, por un lado, que el profesional al que consulta el paciente y/o su familia pueda instrumentar múltiples recursos y, a su vez, que ambos, paciente y familia, se presten a ello.

El múltiple sujeto de enfermedad se refiere al hecho de que el profesional no sólo recibe a un paciente grave en crisis, sino, igualmente, a una familia que también está en crisis desde el momento en que no le bastan los recursos propios de contención. En síntesis, se considera al paciente que enferma no sólo como una estructura individual, sino también como síntoma de una estructura familiar igualmente comprometida (Kuras de Mauer y Resnizky, 2004).

El abordaje múltiple lo realiza un equipo terapéutico que desempeña diferentes funciones en distintas áreas. El equipo se transformará en una red terapéutica y es por eso que la relación entre sus miembros adquirirá enorme significación en el curso del proceso terapéutico. Las funciones y responsabilidades de los miembros de un equipo son interdependientes pero no simétricas. Las tareas de trabajo deben estar claramente diferenciadas. La

heterogeneidad y la cooperación entre los miembros de un equipo terapéutico son los factores fundamentales que permitirán operar a lo largo y en pro del proceso de tratamiento del paciente. El equipo está integrado básicamente por un psicoterapeuta, que se hace cargo del abordaje familiar, un administrador psiquiátrico, que coordina la tarea médica si ello es necesario; un psicoterapeuta individual y uno o más acompañantes terapéuticos de acuerdo a los requerimientos del paciente (Kuras de Mauer y Resnizky, 2004).

El Acompañante Terapéutico asiste al paciente en crisis y puede hacerlo desde la fase diagnóstica y/o a través de todo el proceso terapéutico. Su labor no puede cumplirse en forma aislada. Ella siempre está inscripta en el seno de un equipo. Es la pertenencia al mismo y la identificación con el esquema referencial y las pautas de trabajo que de él emanan, lo que permitirá perfilar su quehacer clínico con claridad.

Para que exista un equipo psicoterapéutico es necesario que por lo menos dos personas se ocupen de un paciente o –más exactamente- del paciente y de su entorno, comunicándose con regularidad constante y confiable. Además, esta comunicación intra-equipo debe ser conocida por el paciente y su familia (Korin, 2003).

El Acompañante Terapéutico. Definición del rol.

En la década de 1960 el psiquiatra Eduardo Kalina definió al acompañante terapéutico como “amigo calificado”, pero en el transcurso de la experiencia surgió la necesidad de cambiar la definición, pues de esta manera se acentuaba el componente amistoso del vínculo. Esto, que en un principio aparece como facilitador del vínculo, luego se tornaría en un elemento distorsionador del proceso terapéutico, hasta puede incluso conducir a la interrupción del mismo.

Kuras de Mauer y Resnisky (2004) sostienen que para diferenciar de la primera calificación, el rol del Acompañante Terapéutico se encuadra en un trabajo asimétrico, no es un amigo aunque pueda establecer lazos afectivos con el paciente.

El Acompañante Terapéutico forma parte de un equipo psicoterapéutico, realiza una tarea asistencial y es remunerado por su trabajo. Con respecto al tiempo y al espacio de su trabajo se debe estipular y mantener, no tomándose en cuenta el deseo de sus participantes aunque sí se considere, como emergente significativo, el hecho de que haya o no un interés recíproco en el desarrollo de la relación. Es necesario poner en juego cierta habilidad personal para establecer un buen vínculo con el paciente, desde este rol y desde el lugar que realmente se ocupa, no desde el rol que el paciente desea adjudicarnos o situarnos (Scheneeroff y Eldenstein, 2004).

La explicación de la definición de Acompañamiento Terapéutico es amplia y por ello se le da un significado a cada palabra para mayor comprensión (Saurí, 1997).

Acompañar: (del latín, *cumpannis*) compañero, deriva de *contubernalis*, también *contubernio* y *taberna*.

Cumpannis: era los que se reunían, compañeros para elaborar un producto a través de la materia prima, básicamente el pan.

Contubernalis: se reunían en lugares que se llamaban tabernas para beber. El efecto de la reunión, provocaba una modificación, el efecto era darles a las personas reunidas un poder superior a cuando la persona estaba sola. Aparece aquí un elemento importante, “el vínculo otorga un poder” dicho de una manera más llana, “mejor son dos”. Esta es una experiencia que seguro han tenido los que trabajaron en asistencia a la salud mental.

El autor considera que semánticamente la inclusión del sufijo “a”, a la palabra compañero le provoca varios cambios, por lo menos tres de los que se deriva un cuarto:

1. *Diferencia jerárquica:* existe un rol particular.
2. *Dirección:* el “a” marca una dirección y una diferencia jerárquica.
3. *Caminar juntos:* el acompañante es aquel que camina junto a...
4. *El acompañante es una presencia comprometida:* hace referencia a un contrato que establece con el paciente y su familia.

Mas allá de la explicación teórica, está el rol del acompañante, que fundamentalmente es un “vínculo humano”. El acompañante tiene en la relación de quien acompaña, una responsabilidad, que está comprendida en una serie de acciones.

Para Sauri (2001) la palabra “terapéutico” es mas compleja y está relacionada con lo específico. Proviene del griego (terapeie-terapeutes) y tiene tres significados:

1. Servir
2. Cuidar
3. Curar

¿Quiénes pueden ser acompañantes?

Se puntualizan algunas de las características más importantes que debería tener una persona que desea desempeñarse como Acompañante Terapéutico (Scheneeroff y Endelstein, 2004):

- Hombres y mujeres con vocación asistencial.
- Alto grado de compromiso, que tengan interés y posibilidades para trabajar en equipo.
- Debe haber madurez para compartir y planificar la tarea en un equipo interdisciplinario.
- Debe tener autonomía y sentido de la oportunidad para asistir en el momento preciso de manera rápida y a veces inesperada.
- Que pueda resolver situaciones cuando no es posible consultar al equipo.
- Capacidad de empatía (aptitud de coincidir con el otro suscitando interés).
- Flexibilidad (posibilidad de adecuarse a condiciones cambiantes sin perder de vista el encuadre de trabajo y oponiéndose a la rigidez que empobrece los vínculos por aplicar modelos estereotipados).
- Estar libre de prejuicios y estereotipos y poder acercarse como otro diferenciado de si mismo.
- Poder establecer límites firmes pero no rígidos, permitiendo un juego de movimiento entre las posiciones externas.
- Poder realizar un pasaje entre la teoría y la práctica.
- La capacitación. Esta última es sumamente importante ya que los acompañantes terapéuticos no necesariamente deben contar con un título profesional previo. Incluso algunas profesiones (psicólogos, asistentes sociales, psicopedagogos) operan como obstáculo por su formación, para el desempeño, si no tiene claras las diferencias de espacio.

El acompañamiento terapéutico es una tarea que reclama el coraje suficiente como para no dejarse amedrentar por la proximidad de tormentas, y a la vez la cuota de humildad necesaria para el pedido de ayuda, cuando los límites corren riesgo. El acompañante terapéutico posee varios ejes en los cuales detenerse a pensar, para mejorar cada día la calidad del trabajo, para aprender de los errores, para evitar las consecuencias funestas y para comprometerse. Comprometerse con una tarea que si bien requiere el abandono de la postura subjetiva, exige al mismo tiempo un compromiso con lo humano. Un compromiso que se transmite desde el ser de un sujeto, que se ofrece, en calidad de acompañante terapéutico, a respetar la humanidad de otro sujeto, que no por hallarse en posición asimétrica respecto del primero, cuenta con menos derechos (Grinstein, 1995).

Funciones del acompañante terapéutico.

Se transcriben las funciones descriptas por Kuras de Mauer y Resnizky en el libro Acompañantes terapéuticos. Actualización Teórico- Clínica (2004).

- **CONTENER AL PACIENTE.**

La contención es fundamental y constituye la primera función de Acompañante Terapéutico, cualquiera sea el momento del proceso en que se halle el paciente. El Acompañante Terapéutico se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo. Acompaña y ampara al paciente en su desvalimiento, su angustia, sus miedos, su desesperanza, e incluso en aquellos momentos de mayor equilibrio

- **OFRECERSE COMO REFERENTE.**

Mas allá de las vicisitudes transferenciales que se tejan en cada vínculo intersubjetivo, el Acompañante Terapéutico es para su paciente un “referente”, incluyéndose como tercero.

Cuando hablamos de terceridad, lo hacemos aludiendo a un posicionamiento del Acompañante Terapéutico que opera en el vínculo a la manera de organizador psíquico que lo ayuda a regularse.

El Acompañante Terapéutico, al trabajar en un nivel dramático-vivencial, no interpretativo, intenta y muestra al paciente, in situ, modos diferentes de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana. Esto resulta terapéutico. Primeramente, porque propone una ruptura con los modelos estereotipados de vinculación que lo llevaron a enfermar. En segundo término, porque ayuda al paciente a aprender, a esperar y a postergar.

- **AYUDAR A “REINVESTIR”.**

En virtud del grado de vulnerabilidad del Yo en las psicosis, el Acompañante Terapéutico se ofrece a la manera de un “organizador psíquico” (motor con combustible) capaz de intervenir operativamente y decidir por el paciente en aquellos órdenes donde éste no es aún capaz de hacerlo por sí

mismo. Asume por momentos funciones que “el yo del paciente”, por estar comprometido y debilitado por la enfermedad, no puede desarrollar.

La fragilidad extrema del paciente se manifiesta con frecuencia en inadecuación y desajustes, falta de dominio, retracción, y hasta desinversión de aspectos vitales que no puede encarar por sí mismo.

- REGISTRAR Y AYUDAR A DESPLEGAR LA CAPACIDAD CREATIVA DEL PACIENTE.

Desde la fase diagnóstica, el Acompañante Terapéutico tratará de auscultar las capacidades manifiestas y latentes del paciente. A lo largo del proceso terapéutico, alentará el desarrollo de las áreas más organizadas de la personalidad neurótica del acompañado en desmedro de sus aspectos más desajustados.

La canalización de las inquietudes del paciente cumple un doble objetivo: sirve para liberar la capacidad creativa inhibida y tiende a la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador. Al proponer y ayudar a invertir tareas acordes con los intereses del paciente, se lo ayuda a reencontrarse con la realidad y se promueve y refuerza en la noción de proceso.

- APORTAR UNA MIRADA AMPLIADA DEL MUNDO OBJETIVO DEL PACIENTE.

Al establecer un contacto cotidiano con el paciente, el Acompañante Terapéutico dispondrá de información ampliada sobre su modo de discurrir en ámbitos diversos, sobre los vínculos que mantiene con los miembros de su familia, el tipo de personas con las que prefiere relacionarse, las emociones que lo dominan. Registrará también conductas llamativas de la vida diaria en relación a la alimentación, el sueño, la higiene personal. Ser vocero de ese mapa ampliado permitirá alcanzar, en un tiempo relativamente corto, una mirada integral del paciente y servirá como indicador diagnóstico y pronóstico de inapreciable valor. A su vez son fundamentales los cambios observados en los

vínculos significativos del paciente. Todo ello contribuirá a una mejor evaluación de las alternativas a la hora de trazar una estrategia clínica.

Es importante considerar que es tan fidedigna la información de que dispone el Acompañante Terapéutico, acerca de lo que sucede en el espacio del acompañamiento, como lo que acontece en el vínculo con el terapeuta en la transferencia (Pulice y Rossi, 1997).

- **HABILITAR UN ESPACIO PARA PENSAR.**

El tratamiento de abordaje múltiple exige trabajar con el paciente algunas horas diarias. El acompañante se incluye entre las actividades terapéuticas del paciente y lo hace con disposición dialógica. El espacio discursivo que se habilita en el vínculo, ensancha las fronteras del intercambio comunicativo del paciente. Se legitima así un ámbito más de procesamiento y metabolización.

- **ORIENTAR EN EL ESPACIO SOCIAL.**

El paciente perturbado psíquicamente se encuentra perdido en un espacio social que lo domina. Sufre una importante desconexión del mundo que lo rodea. En la medida en que el tratamiento lo permita, el acompañante tendrá por función paliar esta distancia facilitándole el reencuentro, en forma paulatina y dosificada, con algo de lo que perdió.

- **INTERVENIR EN LA TRAMA FAMILIAR.**

El Acompañante Terapéutico puede contribuir, además, a descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia.

El vínculo Acompañante Terapéutico-Paciente.

Primer movimiento: Inicio de la relación.

Las actitudes dominantes, al comienzo de la relación del paciente con su acompañante, pueden ser de sospecha y desconfianza o de transferencia masiva, abrupta y prematura.

Cuando el sentimiento predominante es el primero, se evidencia un marcado predominio de ansiedades persecutorias, que generan conductas tendientes a acentuar la distancia y a poner freno a todo lo que pueda propiciar un proceso de integración y colaboración con el tratamiento.

Cuando predomina la transferencia masiva, abrupta, se produce una relación donde predomina una marcada idealización de la persona del acompañante.

Segundo Movimiento: mayor aceptación del vínculo.

Luego de un tiempo de reconocimiento y mutuo ajuste, la relación acompañante-paciente comienza a hacerse más accesible para ambos.

La empatía y el sentido común del acompañante se hacen necesarios para desplegar las distintas maniobras terapéuticas fijadas en la estrategia de abordaje que el equipo establezca.

En esta etapa, las actividades ya pueden planificarse junto con el paciente, siempre que este manifieste una actitud de mayor compromiso con el tratamiento.

A medida que el acompañante desarrolla su tarea, el paciente va comprendiendo los roles que aquél cumple dentro del equipo.

Tercer movimiento: consolidación del vínculo.

Momento del proceso en que el paciente y su acompañante terapéutico comparten algo más que un contrato de trabajo con objetivos a cumplir. La frecuencia del vínculo y las características de esta convivencia gestan relaciones de alto compromiso recíproco.

Cuarto Movimiento: Finalización del Acompañamiento.

Se plantean aquí dos modalidades en el cierre del proceso de acompañamiento terapéutico. La primera es aquella que deseáramos de antemano: una separación planificada, gradual, respetuosa del tiempo del paciente y elaboradora del duelo por la despedida.

También se presentan las separaciones abruptas, en situaciones en las que el paciente es “arrancado” del tratamiento, sin un espacio ni un tiempo para la elaboración.

ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y RIESGO DE SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

El acompañamiento terapéutico es un tema cada vez más importante en el área de la salud mental, su intervención se ha ampliado hacia diferentes patologías y situaciones clínicas como lo es la externación y la rehabilitación.

El desempeño del acompañante terapéutico debe estar en perfecta consonancia con el equipo terapéutico, teniendo que ser su formación adecuada, responsable y específica, ya que son quienes comparten mayor número de horas con los pacientes.

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo aparece con frecuencia en trabajadores de servicios asistenciales. Se han realizado estudios de investigación en diferentes profesiones:

Autor	Año	Profesión objeto de estudio
Nagy	1985	Secretarias
Smith	1986	Bibliotecarios
Sarros y Friesen	1987	Administradores
Leiter	1991	Trabajadores de la salud mental
Nye	1992	Trabajadores de las fuerzas armadas
Lee y Asforth	1993	Supervisores y directores
Piedmont	1993	Terapeutas ocupacionales
Sandoval	1993	Psicólogos
Burke	1993	Policías
Burke y Greenglass	1994	Personal de educación
Leiter	1994	Militares
Price y Spence	1994	Trabajadores sociales
Deckaud	1994	Médicos
Leiter y Dorup	1994	Personal sanitario
Gupchup	1994	Farmacéuticos
Burke y Greenglass	1994	Educadores

Buendía y Riquelme	1995	Vigilantes penitenciarios
Balogun	1995	Estudiantes
Gil Monte - Peiró	1996	Trabajadores de centros ocupacionales
Martín	1996	Enfermeras
Salgado	1997	Profesores

Fuente: Piñeiro (2006). Estudios realizados sobre SQT en diferentes profesiones.

En la actualidad se pueden encontrar investigaciones que continúan centrando su atención en diferentes tipos de profesiones: por el interés investigativo de este trabajo vale la pena destacar los trabajos referidos a los profesionales relacionados con el sector salud como sería el caso de los profesionales de la enfermería (Carmona, Sanz y Marín, 2002; citado en Rojas, E), de los médicos (Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez, 2004; citado en Rojas, E) y del personal sanitario (Atance, 1997), entre otros, y los relacionados con el sector educativo, entre ellos, profesores de diferentes niveles educativos (Salgado, Yela, Quevedo, Delgado, Fuentes, Sánchez, Sánchez y Velasco, 1997; Vitoria y Paredes, 2002; y Guerrero, 2003; citado en Rojas, E).

También existe una línea de investigación que centra su atención en los estudios comparativos, destacando en ella los trabajos que comparan profesionales de diferentes países (Moreno, Garrosa, Benavides-Pereyra y Gálvez, 2003), mujeres en contextos de trabajo y no trabajo (Agut, Brau y Beas, 2000) y enfermeras de atención primaria y especializada (Artiga, 2000).

No obstante es importante destacar que no existe bibliografía que articule estas dos temáticas: Síndrome de Quemarse por el Trabajo y Acompañamiento Terapéutico.

Sin embargo el concepto de SQT a partir de estas investigaciones se lo ha identificado como característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir

aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia personas, tal es el caso del acompañante terapéutico quien tiene funciones, establece un vínculo y se entrama en la cotidianidad del paciente. Por esta razón, una de las características que se describen como propias del síndrome es el “desgaste emocional” que dicha interacción va produciendo en el trabajador.

METODOLOGIA

METODOLOGÍA

Tipo de diseño.

El presente estudio es de tipo descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986).

Muestra y procedimiento de evaluación

La muestra estuvo constituida por N = 30 acompañantes terapéuticos de patologías graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, demencias), de ambos sexos, cuya edad esté comprendida entre los 22 y 36 años, pertenecientes a una institución de formación en Acompañamiento Terapéutico de la ciudad de Córdoba. Se seleccionó mediante la técnica de muestreo de tipo no probabilístico accidental, la cual se conforma con aquellos sujetos de la población a la cual es más fácil acceder en una situación dada (Hernández Sampieri y Col., 1998. pp. 226).

Todos los participantes en este estudio fueron invitados a participar en forma anónima y voluntaria, la evaluación se realizó en las instalaciones de la entidad formadora y tuvo una duración aproximada de 20 minutos. Las consignas para la administración se presentaron de forma escrita en el instrumento.

Instrumento de recolección de datos.

Se administró el cuestionario sociodemográfico MBI, (Burnout Maslach Inventory de Maslach) elaborado por Maslach y Jackson (1981), el cual busca establecer la correlación entre los factores situacionales y el estar emocionalmente exhausto (Maslach y Jackson, 1997).

Consiste en un inventario autoadministrado, conformado por 22 reactivos que son aseveraciones sobre sentimientos personales o actitudes, valorados con una escala Tipo Lickert conformada por siete adjetivos que evalúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems: (0) Nunca; (1) Pocas veces; (2) Una vez al mes; (3) Unas pocas veces al mes; (4) Una vez a la semana; (5) Pocas veces a la semana; (6) Todos los días.

Dado que el instrumento fue construido mediante un análisis factorial, está conformado por tres subescalas que miden las dimensiones características del Burnout:

-Agotamiento emocional: formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar emocionalmente exhausto y agotado por el trabajo.

-Despersonalización: consiste en 5 ítems que describen una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios de cuidados o servicios. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

-Realización Personal: contiene 8 ítems que describen sentimiento de competencia y autoeficacia o el logro exitoso en el trabajo con personas.

Según Gil Monte y Peiró, (1997) un alto grado de Burnout se refleja en los puntajes elevados de las subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización; y bajo en Realización Personal.

El término medio se refleja en los puntajes medios en las subescalas de Realización Personal.

Las puntuaciones se consideran bajas entre 1 y 33 puntos.

En la subescala Agotamiento Emocional el puntaje máximo es de 54 puntos. En la escala Despersonalización es de 30, y en la subescala Realización Personal el puntaje máximo alcanza los 48 puntos.

La validez de la estructura factorial del cuestionario ha sido ampliamente corroborada, así como su consistencia interna y fiabilidad, cuyos resultados arrojan un Coeficiente Alpha de Crombach de .90 (Gil Monte y Peiró, 1997)

Propiedades psicométricas del instrumento

Con el fin de evaluar la consistencia interna del instrumento se aplicó el método de análisis de varianza de ítems.

El procedimiento experimental o de investigación seguido para corroborar la confiabilidad del instrumento en su aspecto consistencia interna consistió en una aplicación de la prueba a la muestra de N = 30 participantes. En el procedimiento estadístico, se estimó el grado de covarianza de los ítems utilizando como estadístico el coeficiente Alfa de Cronbach.

Debido a la estructura factorial del cuestionario, se determinó la homogeneidad de los indicadores de cada escala.

Agotamiento Emocional

Indicador	Varianza
1- Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	1,495
2- Al final de la jornada me siento agotado.	1,275
3- Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	3,264
6- Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	2,516
8- Me siento "quemado" por el trabajo.	1,978
13- Me siento frustrado por mi trabajo.	2,437
14- Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	2,478

16- Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	2,028
20- En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	2,340
Puntaje total de escala Agotamiento Emocional	75,402

Despersonalización

Indicador	Varianza
5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	1,937
10- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago éste trabajo.	2,326
11- Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	2,340
15- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	5,172
22- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	3,099
Puntaje total de escala Despersonalización	36,783

Realización personal

Indicador	Varianza
4- Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.	2,478
7- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.	,809
9- Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en los pacientes.	1,513

12- Me encuentro con mucha vitalidad.	1,476
17- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.	1,545
18- Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.	1,426
19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	2,051
21- Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	2,257
Puntaje total de escala Realización personal en el trabajo	39,426

El cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach arroja los siguientes índices para cada una de las escalas:

Escala	A	A (valor estandarizado)
Agotamiento emocional	,7603	,8779
Despersonalización	,7787	,8554
Realización personal	,7471	,8239

Tal como se evidencia en los resultados, todas las escalas tienen una consistencia interna adecuada, específicamente en cuanto a su homogeneidad, teniendo en cuenta que el Coeficiente Alfa de Cronbach se considera satisfactorio a partir de .70 en adelante (Tornimbeni, Pérez & Baldo, 2000).

Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos tras la administración del instrumento se procedió al procesamiento y análisis mediante el programa estadístico SPSS versión 11.5 para Windows.

Tras corroborar la confiabilidad del instrumento se procedió a efectuar la distribución de frecuencias de las variables en estudio, posteriormente se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad para cada variable, de acuerdo al nivel de medición escalar.

Teniendo en cuenta el número de participantes ($n = 30$) para el análisis de los datos se procedió, en primera instancia, a calcular la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra (K – S 1 muestra), cuyo procedimiento compara la función de distribución acumulada observada de una variable con una distribución teórica normal. En función de los resultados arrojados se realizaron las pruebas no paramétricas H de Kruskal-Wallis, la U de Mann-Whitney (para dos muestras independientes) y las correlaciones entre las variables en estudio mediante el Coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS

Descripción de la muestra de participantes

El cuestionario MBI fue administrado a $N = 30$ acompañantes terapéuticos de la ciudad de Córdoba.

El 66,7% ($n = 20$) son de sexo femenino y el 33,3% ($n = 10$) son varones. Sus edades varían entre 21 y 29 años, con $M = 24,93$, $Mdn = 25$, $Mo = 24$ y $S = 1,85$.

El 93,3% de los participantes son solteros, uno es divorciado y tiene un hijo y el restante participante vive en pareja desde hace dos años pero no tiene hijos.

En lo que respecta a la situación educativa, el 56,7% de los participantes son estudiantes de Psicología, el 13,3% son profesionales, el 10% son estudiantes universitarios de otras carreras, el 6,7% cuentan con estudios primarios completos, otro 6,7% con nivel medio completo y el mismo porcentaje cuenta con diversos cursos universitarios.

Al momento de realizarse la administración del instrumento todos los participantes se desempeñan como Acompañantes terapéuticos, con una antigüedad en la profesión que se encuentra entre los 5 y los 46 meses, con $M = 17,80$, $Mdn = 16,50$, $Mo = 12$ y $S = 8,74$.

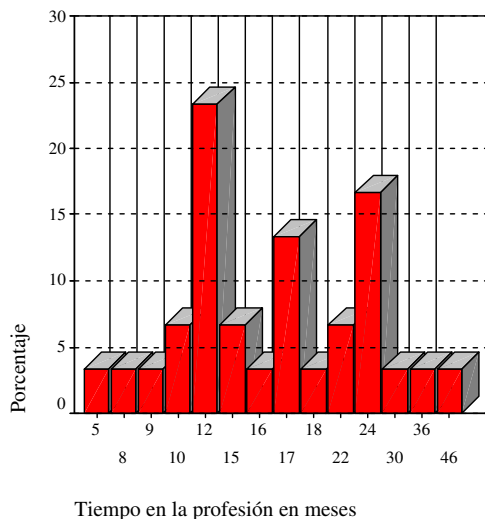


Figura 1: Gráfico de barras de la variable Tiempo en la profesión

El 63,3% de los participantes lo hace como trabajador fijo, el 23,3% en condición de contratado y en el 13,3% restante su actividad es resultado de una práctica profesional. Un 66,7% de participante desempeña los acompañamientos en el turno mañana y el 33,3% restante lo hace en el turno tarde.

Resultados obtenidos por los participantes en el MBI

Se administró el cuestionario MBI, (Burnout Maslach Inventory de Maslach) elaborado por Maslach y Jackson (1981), conformado por 22 indicadores distribuidos en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Teniendo en cuenta el marco teórico de referencia, un alto grado de burnout se refleja en los puntajes elevados de las subescalas Agotamiento Emocional (con un máximo de 54 puntos), Despersonalización (con un máximo de 30 puntos); en tanto que el puntaje es bajo en Realización Personal (el puntaje máximo alcanza los 48 puntos).

Tabla 1: Estadísticos de las escalas que conforman el instrumento – Medidas de tendencia central y de variabilidad

Estadísticos	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
Media	18,33	8,90	39,57
Mediana	17,50	10,50	42,00
Moda	16(a)	3(a)	42
Desv. típ.	8,683	6,065	6,279
Mínimo	4	0	23
Máximo	34	19	48

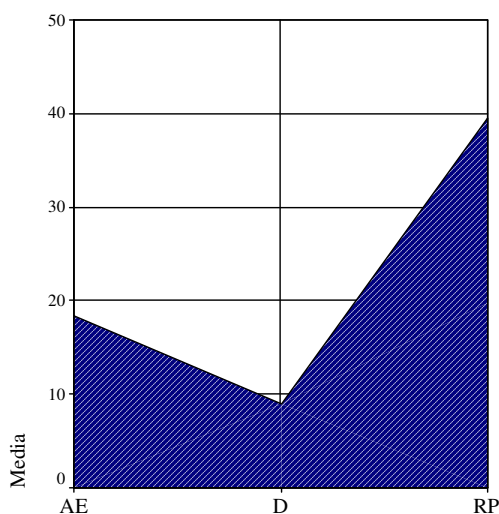


Figura 2: Gráfico de líneas de las puntuaciones medias de las escalas EA, D y RP

Tal como puede observarse en la Tabla 1, los puntajes de la escala Agotamiento Emocional se extienden entre 4 y 34 puntos, los de Despersonalización de 0 a 19 puntos y los de Realización personal en el trabajo de 23 a 48 puntos.

Se observa que todos los participantes obtuvieron en su mayoría puntuaciones consideradas bajas en las escalas AE y D y medias en RP.

A continuación se presenten los puntajes obtenidos en cada escala.

Tabla 2: Puntajes obtenidos por los participantes en las escalas del instrumento

Participantes	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
1	34	10	42
2	9	19	32
3	17	3	42
4	18	13	37
5	16	11	47
6	4	0	33
7	33	14	43
8	18	5	38
9	22	15	42
10	20	15	43

11	20	5	35
12	31	16	26
13	15	4	46
14	6	2	43
15	34	17	23
16	16	5	39
17	21	15	43
18	13	4	44
19	17	3	42
20	21	5	42
21	11	0	47
22	9	3	48
23	16	11	47
24	4	0	33
25	30	17	38
26	7	3	47
27	30	16	36
28	15	11	41
29	23	11	33
30	20	14	35

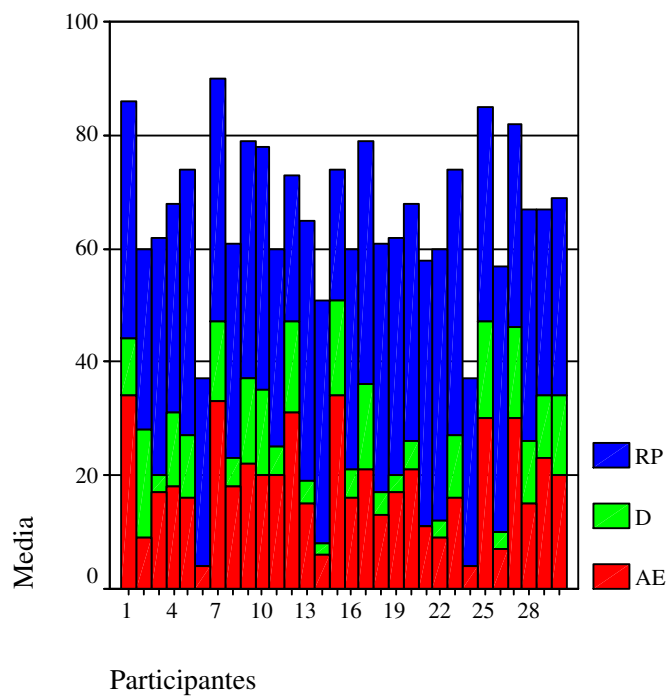


Figura 3: Gráfico de barras de las puntuaciones en los indicadores de las escalas EA, D y RP

Puntajes de escala discriminadas una a una.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)

Son sentimientos de estar emocionalmente exhausto y agotado por el trabajo. La subescala **Agotamiento Emocional** puede alcanzar un puntaje máximo de 54, y en la administración a los N = 30 participantes que conforman la muestra los puntajes se encuentran entre 4 y 34 puntos, con una M = 18,33; Mdn = 17,5; Mo = 16; S= 8,68.

Ver en Anexo indicadores que conforman cada escala.

Las respuestas dadas por los participantes a los indicadores que conforman la escala son:

Tabla 3: Distribución frecuencial y porcentual de los indicadores de escala

		Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1- Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	F	2	4	6	12	5	1	
	%	6,7%	13,3%	20,0%	40,0%	16,7%	3,3%	
2- Al final de la jornada me siento agotado.	F		3	7	8	10	2	
	%		10,0%	23,3%	26,7%	33,3%	6,7%	
3- Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	F	4	8	8	1	3	5	1
	%	13,3%	26,7%	26,7%	3,3%	10,0%	16,7%	3,3%
6- Trabajar con pacientes todos los días es una	F	4	5	7	9	1	3	1
	%	13,3%	16,7%	23,3%	30,0%	3,3%	10,0%	3,3%

tensión para mí.								
8- Me siento "quemado" por el trabajo.	F	11	11	2	3	2	1	
	%	36,7%	36,7%	6,7%	10,0%	6,7%	3,3%	
13- Me siento frustrado por mi trabajo.	F	8	9	5	3	3	2	
	%	26,7%	30,0%	16,7%	10,0%	10,0%	6,7%	
14- Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	F	6	4	5	8	5	2	
	%	20,0%	13,3%	16,7%	26,7%	16,7%	6,7%	
16- Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	F	6	8	8	3	4	1	
	%	20,0%	26,7%	26,7%	10,0%	13,3%	3,3%	
20- En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	F	13	12	1	1	1	1	1
	%	43,3%	40,0%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%

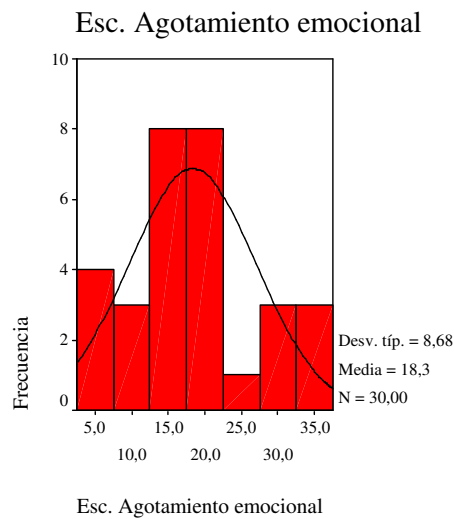


Figura 4: Histograma. Distribución de los puntajes de la escala Agotamiento Emocional

DESPERSONALIZACION (D)

Los indicadores o reactivos describen una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios del servicio. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Los puntajes de la subescala **Despersonalización** van de 0 a 19, con M= 8,90; Mdn = 10,50; Mo = 3 y S = 6,06.

Las respuestas dadas por los participantes a los indicadores que conforman la escala son:

Tabla 4: Distribución frecuencial y porcentual de los indicadores de escala

		Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	f	13	6	7	3			1
	%	43,3%	20,0%	23,3%	10,0%			3,3%
10- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago éste trabajo.	f	7	6	8	4	3	2	
	%	23,3%	20,0%	26,7%	13,3%	10,0%	6,7%	
11- Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	f	6	8	6	3	6	1	
	%	20,0%	26,7%	20,0%	10,0%	20,0%	3,3%	
15- Realmente no me importa	f	14	2	3	1	4	3	3
	%	46,7%	6,7%	10,0%	3,3%	13,3%	10,0%	10,0%

lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.								
22- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	f	9	6	3	4	7		1
	%	30,0%	20,0%	10,0%	13,3%	23,3%		3,3%

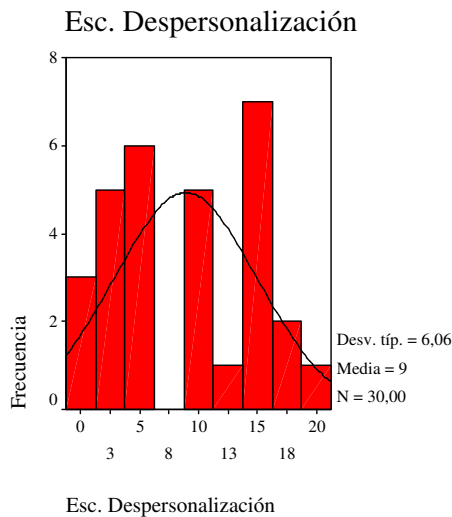


Figura 5: Histograma. Distribución de los puntajes de la escala despersonalización.

REALIZACION PERSONAL (RP)

Sus indicadores describen sentimiento de competencia y autoeficacia o el logro exitoso en el trabajo con personas.

Los puntajes observados en la subescala **Realización Personal** se encuentran entre 23 y 48 puntos, con $M = 39,57$; Mdn y $Mo = 42$ y $S = 6,27$, siendo el puntaje máximo a alcanzar de 48.

Las respuestas dadas por los participantes a los indicadores que conforman la escala son:

Tabla 5: Distribución frecuencial y porcentual de los indicadores de escala

		Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
4- Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.	F	2		1		1	14	12
	%	6,7%		3,3%		3,3%	46,7%	40,0%
7- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.	F			1		8	14	7
	%			3,3%		26,7%	46,7%	23,3%
9- Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en los pacientes.	F			2	2	5	8	13
	%			6,7%	6,7%	16,7%	26,7%	43,3%
12- Me encuentro con mucha vitalidad.	F		1		2	3	7	17
	%		3,3%		6,7%	10,0%	23,3%	56,7%
17- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.	F			2	4	2	12	10
	%			6,7%	13,3%	6,7%	40,0%	33,3%
18- Me encuentro animado	F			2		6	3	19
	%			6,7%		20,0%	10,0%	63,3%

después de trabajar con los pacientes.								
19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	F		1	2	2		7	18
	%		3,3%	6,7%	6,7%		23,3%	60,0%
21- Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	F	1		2	4	6	8	9
	%	3,3%		6,7%	13,3%	20,0%	26,7%	30,0%

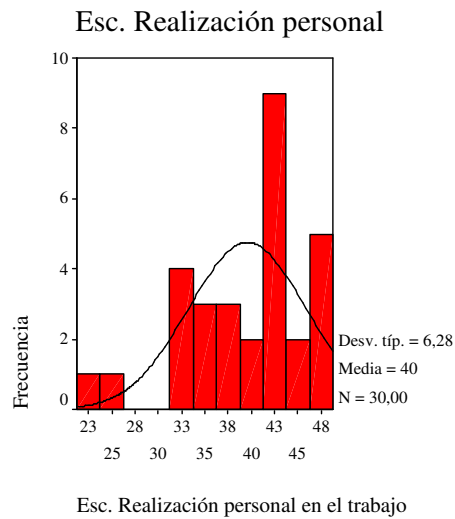


Figura 6: Histograma. Distribución de puntajes de la escala Realización Personal

Interpretación de las puntuaciones obtenidas por los participantes

Puntuaciones normativas: percentiles

Maslach, desde la perspectiva psicodiagnóstica, considera tanto el constructo de Burnout como cada una de sus dimensiones como variables continuas, por lo que las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala (Gil Monte & Peiró, 1997).

Los sujetos que se encuentran por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "Alto"; los que se encuentran entre los percentiles 25 y 75 se incluyen en la categoría "Medio" y los que se encuentran por debajo del percentil 25 en la categoría "Bajo". De este modo, un participante que se encuentre en la categoría "Alto" en las subescalas Agotamiento Emocional (AE) y Despersonalización (D) y "Bajo" en Realización Personal (RP), tiene un alto índice de SQT (Gil Monte & Peiró, 1997).

Tabla 6: Puntuaciones percentilares equivalentes a las puntuaciones originales de las escalas AE, D y RP

Percentiles	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
99	34	19	48
95	34	18	47
90	33	17	47
85	30	16	47
80	29	15	46
75	22	15	44
70	21	14	43
65	20	13	43
60	20	11	42
55	18	11	42
50	17	10	42
45	17	5	41
40	16	5	38
35	16	5	38
30	15	4	36
25	12	3	35
20	9	3	33
15	8	3	33

10	6	0	32
5	4	0	25
1	4	0	23

Siguiendo la categorización propuesta por Maslach (1994), las categorías Bajo, Medio y Alto, determinadas por los percentiles 25 y 75 se conforman con las siguientes puntuaciones:

Tabla 7: Puntos de corte

	AE	D	RP
Nivel	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Bajo	<15	<4	<36
Medio	15-21	4-14	36-43
Alto	>21	>14	>43

Tabla 8: Distribución frecuencial y porcentual de los grupos determinados a partir de los puntos de corte

Niveles de Burnout	Escala AE		Escala D		Escala RP	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	8	26,7	8	26,7	8	26,7
Nivel Medio	14	46,7	14	46,7	15	50,0
Nivel Alto	8	26,7	8	26,7	7	23,3
Total	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Para determinar estadísticamente la diferencia entre los diferentes niveles del síndrome, se calculó la prueba H de Kruskal Wallis.

Los resultados arrojados son:

Tabla 8: Rangos promedio de los grupos determinados a partir de los puntos de corte

Niveles de Burnout	Escala AE		Escala D		Escala RP	
	Frecuencia	Rango promedio	Frecuencia	Rango promedio	Frecuencia	Rango promedio
Nivel Bajo	8	4,50	8	4,50	8	4,50
Nivel Medio	14	15,50	14	15,50	15	16,00
Nivel Alto	8	26,50	8	26,50	7	27,00

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 9: Prueba de Kruskal Wallis

	Escala AE	Escala D	Escala RP
Chi-cuadrado	25,070	25,216	24,737
Gl	2	2	2
Sig. asintót.	,000	,000	,000

Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas para los diferentes niveles de burnout en las tres escalas evaluadas mediante el instrumento.

Clasificación de los participantes en función del nivel de SQT: grupos de riesgo

El modelo de Gil Monte y Peiró, que sirve de marco de referencia en este estudio, sostiene que el proceso de desarrollo del SQT se inicia con bajo sentimiento de Realización Personal en el trabajo y, de forma paralela, altos sentimientos de Agotamiento Emocional, a los cuales siguen actitudes de Despersonalización, las que son consideradas una estrategia de afrontamiento desarrollada por los sujetos ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Los estudios realizados por Gil Monte y col. (1994) corroboran su modelo evidenciando puntuaciones más altas en la escala AE, mientras que las más bajas corresponden a la escala de Despersonalización (Gil Monte & Peiró, 1997).

Tabla 10: Medidas de tendencia central y variabilidad de las escalas

Estadísticos	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
Media	18,33	8,90	39,57
Mediana	17,50	10,50	42,00
Moda	16(a)	3(a)	42
Desv. típ.	8,683	6,065	6,279
Mínimo	4	0	23
Máximo	34	19	48

En función de los puntos de corte que permiten diferenciar los grupos de participantes con puntajes bajos, medios y altos en cada escala, se procedió a identificar los aquellos con SQT (puntajes altos en AE y D y bajos en RP), así como los que no lo padecen y a los diferentes grupos de riesgo.

Tabla 11: Niveles registrados en las escalas

Participantes	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
1	Nivel alto	Nivel Medio	Nivel Medio
2	Nivel Bajo	Nivel alto	Nivel Bajo
3	Nivel Medio	Nivel Bajo	Nivel Medio
4	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
5	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel alto
6	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel Bajo
7	Nivel alto	Nivel Medio	Nivel Medio
8	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
9	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Medio
10	Nivel Medio	Nivel alto	Nivel Medio
11	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Bajo
12	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Bajo
13	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel alto
14	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel Medio
15	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Bajo
16	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
17	Nivel Medio	Nivel alto	Nivel Medio
18	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel alto
19	Nivel Medio	Nivel Bajo	Nivel Medio
20	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
21	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel alto
22	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel alto
23	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel alto
24	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel Bajo
25	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Medio
26	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel alto
27	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Medio
28	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
29	Nivel alto	Nivel Medio	Nivel Bajo
30	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Bajo

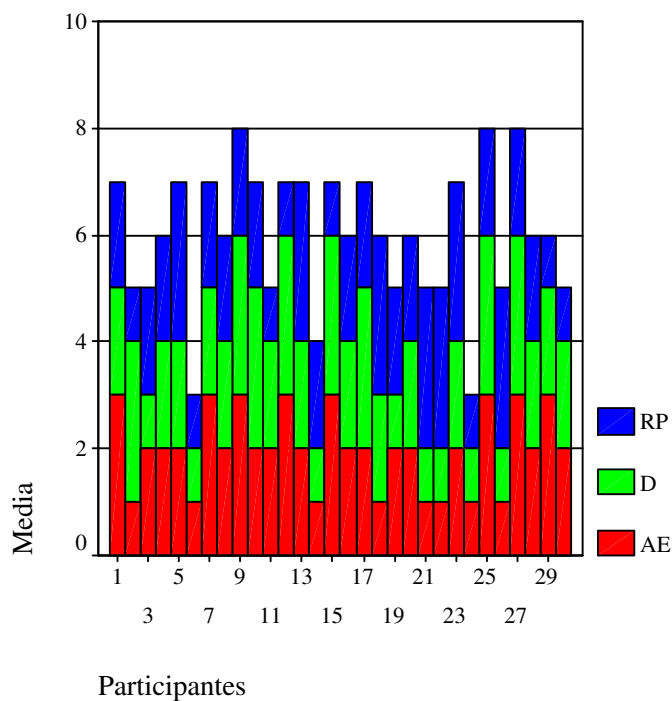


Figura 7: Diagrama de barras

A continuación, se presenta la clasificación de los participantes en 5 grupos atendiendo a la manifestación del SQT o al riesgo de padecerlo.

Tabla 12: Distribución frecuencial y porcentual de los grupos de riesgo

Niveles de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Con SBO	2	6,7
Alto riesgo de SBO	5	16,7
Riesgo moderado de SBO	8	26,7
Riesgo leve de SBO	12	40,0
Sin SBO	3	10,0
Total	30	100,0

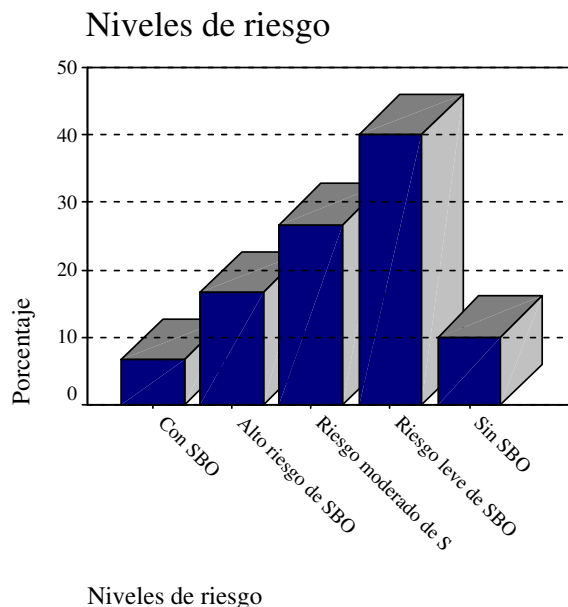


Figura 8: Diagrama de barras de los grupos de participantes con diferentes niveles del síndrome

Participantes con SQT

Los participantes con SQT son los que presentan niveles altos de AE y D y baja Realización Personal en el trabajo.

Tabla 13: Participantes con SQT

Participantes	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
12	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Bajo
15	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Bajo

Las características que presentan estos participantes son:

Tabla 14: Características de los participantes con SQT

Sexo	Edad	Est. Civil	Nivel educ.	Ocup.	Tipo trab	Turno	Antig.	AE	D	RP
Masc.	28	Soltero	Primario completo	A.T.	Contratado	Tarde	46	31	16	26
Masc.	25	Soltero	Primario completo	A.T.	Trabajador fijo	Mañana	24	34	17	23

Participantes con Alto riesgo

Los participantes con alto riesgo de sufrir SQT son los que presentan puntuaciones significativas en dos de las tres escalas evaluadas por el instrumento, es decir que manifiestan niveles altos de Agotamiento Emocional y en Despersonalización, o baja Realización Personal en el trabajo.

Tabla 15: Participantes con alto riesgo de SQT

Participantes con Alto riesgo	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
9	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Medio
25	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Medio
27	Nivel alto	Nivel alto	Nivel Medio
29	Nivel alto	Nivel Medio	Nivel Bajo
2	Nivel Bajo	Nivel alto	Nivel Bajo

Participantes con riesgo moderado

Los participantes con riesgo moderado de sufrir SQT son los que presentan puntuaciones significativas en una de las tres escalas evaluadas por el instrumento.

Tabla 16: Participantes con riesgo moderado de SQT

Participantes con riesgo moderado	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
11	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Bajo
30	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Bajo
1	Nivel alto	Nivel Medio	Nivel Medio
7	Nivel alto	Nivel Medio	Nivel Medio
10	Nivel Medio	Nivel alto	Nivel Medio
17	Nivel Medio	Nivel alto	Nivel Medio
6	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel Bajo
24	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel Bajo

Participantes con riesgo leve

Los participantes con riesgo leve de sufrir SBO son los que presentan puntuaciones medias en las escalas evaluadas por el instrumento.

Tabla 16: Participantes con riesgo leve de SBO

Participantes con riesgo leve	Esc. AE	Esc. D	Esc. RP
4	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
8	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
16	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
20	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
28	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel Medio
5	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel alto
13	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel alto
23	Nivel Medio	Nivel Medio	Nivel alto
3	Nivel Medio	Nivel Bajo	Nivel Medio
19	Nivel Medio	Nivel Bajo	Nivel Medio
18	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel alto
14	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel Medio

Participantes sin SQT

Los participantes sin SQT son los que presentan niveles bajos de AE y D y alta Realización Personal en el trabajo.

Tabla 17: Participantes sin SQT

Participantes	Esc. Agotamiento emocional	Esc. Despersonalización	Esc. Realización personal en el trabajo
21	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel alto
22	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel alto
26	Nivel Bajo	Nivel Bajo	Nivel alto

Las características que presentan estos participantes son:

Tabla 18: Características de los participantes sin SQT

Sexo	Edad	Est. Civil	Nivel educ.	Ocup.	Tipo trab	Turno	Antig.	AE	D	RP
Fem.	25	Soltero	Estud. de Psicología	A.T.	Trabajador fijo	Tarde	24	11	0	47
Fem.	28	Divorciado	Secund.	A.T.	Trabajador fijo	Mañana	12	9	3	48
Fem.	26	Soltero	Prof.	A.T.	Contratado	Tarde	9	7	3	47

Análisis intervariables

Prueba de hipótesis correlacionales

Correlación entre las escalas del MBI

Maslach (1981), junto a otros autores como, Gil Monte y Peiró (1997), consideran que el instrumento MBI ofrece dos componentes:

- 1 *Componente emocional*: integrado por Agotamiento emocional y Despersonalización.
- 2 *Componente actitudinal*: constituido por la baja de Realización personal en el trabajo.

Para evidenciar ambos componentes se obtuvo la correlación entre las subescalas AE; D y RP mediante el cálculo del Coeficiente de Correlación de Spearman para pruebas de una cola.

Los resultados obtenidos evidencian una correlación positiva entre AE y D (.69) significativa al nivel .01 y correlación negativa entre RP y D (-.37) significativa al nivel .05.

La correlación entre la escala A y RP, si bien es negativa (-.303), no es significativa estadísticamente.

Tabla 19: Correlaciones entre escalas – Coeficiente de correlación de Spearman

Correlaciones			AE	D	RP
Rho de Spearman	AE	R	1,000		
		Sig.	.		
	D	R	,690(**)	1,000	
		Sig.	,000	.	
	RP	R	-,303	-,370(*)	1,000
		Sig.	,052	,022	.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

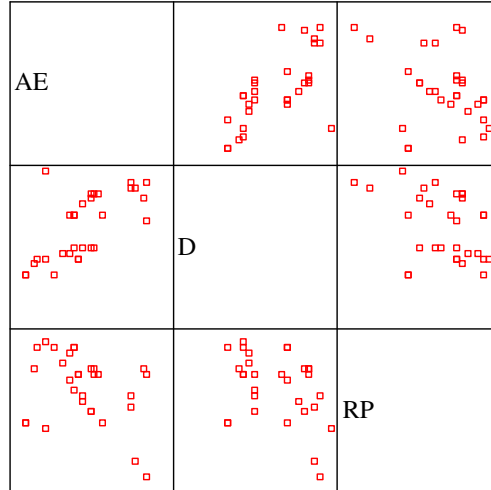


Figura 9: Diagrama de dispersión. Correlación entre las escalas AE, D y RP.

Prueba de hipótesis de diferencias de grupos

Para corroborar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las escalas AE, D y RP en función de las diferentes variables en estudio, se procedió a calcular los estadísticos no paramétricos Prueba de Kruskal-Wallis y Prueba U de Mann Whitney.

Los resultados no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de escala y las variables edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, turno de trabajo y antigüedad en la profesión (ANEXO).

Las diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las escalas D y RP se encuentran en función de la variable sexo.

Sexo

Rangos

Tabla 20: Rangos promedios de los puntajes de escalas diferenciados según el género

	Sexo	N	Rango promedio
Esc. Agotamiento emocional	Femenino	20	14,43
	Masculino	10	17,65
Esc. Despersonalización	Femenino	20	13,15
	Masculino	10	20,20
Esc. Realización personal en el trabajo	Femenino	20	17,88
	Masculino	10	10,75

Prueba U de Mann-Whitney

Tabla 21: Resultados prueba U de Mann Whitney de los puntajes de escalas diferenciados según el género

Estadísticos	Esc. AE	Esc. D	Esc. RP
U de Mann-Whitney	78,500	53,000	52,500
Sig. asintót.	,343	,038	,036

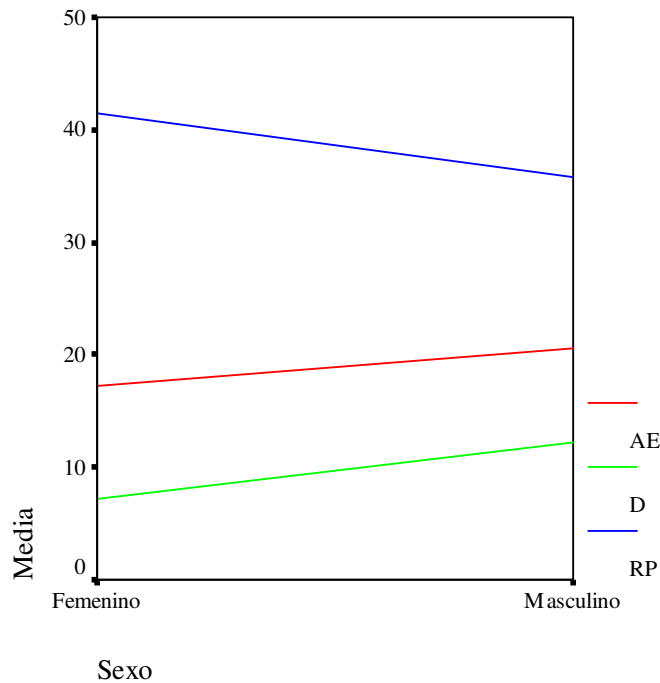


Figura 10: Gráfico de líneas de las escalas AE, D y RP diferenciados por género

Tabla 22: Puntuaciones medias de escalas diferenciadas según el género

Escalas	Sexo	N	Media	Desviación típ.
AE	Femenino	20	17,25	8,378
	Masculino	10	20,50	9,324
D	Femenino	20	7,25	5,812
	Masculino	10	12,20	5,391
RP	Femenino	20	41,45	4,617
	Masculino	10	35,80	7,642

A continuación se presentan las respuestas dadas por los participantes a los indicadores de las escalas D y RP diferenciados por sexo.

Escala DESPERSONALIZACION

Tabla 23: Respuestas de los participantes diferenciados según el género

Indicadores de escala Despersonalización		Sexo	
		Femenino	Masculino
5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	Nunca	12 60,0%	1 10,0%
	Pocas veces al año o menos	3 15,0%	3 30,0%
	Una vez al mes o menos	3 15,0%	4 40,0%
	Unas pocas veces al mes	2 10,0%	1 10,0%
	Todos los días		1 10,0%
10- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago éste trabajo.	Nunca	6 30,0%	1 10,0%
	Pocas veces al año o menos	5 25,0%	1 10,0%
	Una vez al mes o menos	5 25,0%	3 30,0%
	Unas pocas veces al mes	2 10,0%	2 20,0%
	Una vez a la semana	1 5,0%	2 20,0%

	Pocas veces a la semana	1 5,0%	1 10,0%
11- Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	Nunca	6 30,0%	
	Pocas veces al año o menos	5 25,0%	3 30,0%
	Una vez al mes o menos	5 25,0%	1 10,0%
	Unas pocas veces al mes	1 5,0%	2 20,0%
	Una vez a la semana	3 15,0%	3 30,0%
	Pocas veces a la semana		1 10,0%
15- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	Nunca	12 60,0%	2 20,0%
	Pocas veces al año o menos	1 5,0%	1 10,0%
	Una vez al mes o menos	1 5,0%	2 20,0%
	Unas pocas veces al mes		1 10,0%
	Una vez a la semana	4 20,0%	
	Pocas veces a la semana		3 30,0%
	Todos los días	2 10,0%	1 10,0%
22- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	Nunca	6 30,0%	3 30,0%
	Pocas veces al año o menos	4 20,0%	2 20,0%
	Una vez al mes o menos	2 10,0%	1 10,0%
	Unas pocas veces al mes	3 15,0%	1 10,0%
	Una vez a la semana	4 20,0%	3 30,0%

	Todos los días	1 5,0%	
--	----------------	-----------	--

Las puntuaciones medias obtenidas por los participantes en cada indicador son:

Tabla 24: Puntuaciones medias de los participantes diferenciados según el género

	Sexo	N	Media	Desviación típ.
5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	Femenino	20	,75	1,070
	Masculino	10	2,00	1,633
10- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago éste trabajo.	Femenino	20	1,50	1,433
	Masculino	10	2,60	1,506
11- Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	Femenino	20	1,50	1,395
	Masculino	10	2,80	1,476
15- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	Femenino	20	1,55	2,212
	Masculino	10	2,90	2,234
22- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	Femenino	20	1,95	1,820
	Masculino	10	1,90	1,729

Las diferencias estadísticamente significativas en cada ítems se corroboran mediante la prueba U de Mann Whitney.

Tabla 25: Resultados de la prueba U de Mann Whitney

Indicadores de escala D	U de Mann-Whitney	Sig.
5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	48,500	,017
10- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago éste trabajo.	57,500	,056
11- Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	52,500	,033

15- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	61,500	,073
22- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	99,500	,982

Como puede observarse en los resultados obtenidos del análisis de cada reactivo, las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en los ítems siguientes:

5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.

Sexo	N	M	S
Femenino	20	,75	1,070
Masculino	10	2,00	1,633

11- Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.

Sexo	N	M	S
Femenino	20	1,50	1,395
Masculino	10	2,80	1,476

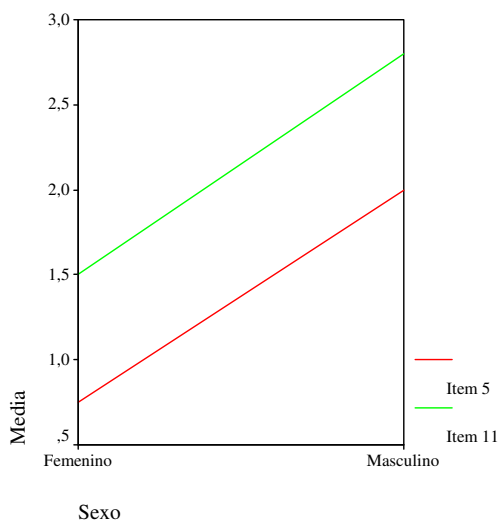


Figura 11: Gráfico de líneas de los indicadores 5 y 11 diferenciados por género

Escala REALIZACIÓN PERSONAL

Tabla 26: Respuestas de los participantes diferenciados según el género

Indicadores de la escala RP		Sexo	
		Femenino	Masculino
4- Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.	Nunca	2 10,0%	
	Una vez al mes o menos		1 10,0%
	Una vez a la semana	1 5,0%	
	Pocas veces a la semana	10 50,0%	4 40,0%
	Todos los días	7 35,0%	5 50,0%
7- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.	Una vez al mes o menos		1 10,0%
	Una vez a la semana	5 25,0%	3 30,0%
	Pocas veces a la semana	10 50,0%	4 40,0%
	Todos los días	5 25,0%	2 20,0%
9- Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en los pacientes.	Una vez al mes o menos		2 20,0%
	Unas pocas veces al mes		2 20,0%
	Una vez a la semana	5 25,0%	
	Pocas veces a la semana	6 30,0%	2 20,0%
	Todos los días	9 45,0%	4 40,0%

12- Me encuentro con mucha vitalidad.	Pocas veces al año o menos		1 10,0%
	Unas pocas veces al mes	1 5,0%	1 10,0%
	Una vez a la semana	2 10,0%	1 10,0%
	Pocas veces a la semana	6 30,0%	1 10,0%
	Todos los días	11 55,0%	6 60,0%
17- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.	Una vez al mes o menos		2 20,0%
	Unas pocas veces al mes	2 10,0%	2 20,0%
	Una vez a la semana		2 20,0%
	Pocas veces a la semana	12 60,0%	
	Todos los días	6 30,0%	4 40,0%
18- Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.	Una vez al mes o menos		2 20,0%
	Una vez a la semana	3 15,0%	3 30,0%
	Pocas veces a la semana	1 5,0%	2 20,0%
	Todos los días	16 80,0%	3 30,0%
19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	Pocas veces al año o menos	1 5,0%	
	Una vez al mes o menos		2 20,0%

	Unas pocas veces al mes		2 20,0%
	Pocas veces a la semana	4 20,0%	3 30,0%
	Todos los días	15 75,0%	3 30,0%
21- Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	Nunca		1 10,0%
	Una vez al mes o menos	1 5,0%	1 10,0%
	Unas pocas veces al mes	2 10,0%	2 20,0%
	Una vez a la semana	3 15,0%	3 30,0%
	Pocas veces a la semana	8 40,0%	
	Todos los días	6 30,0%	3 30,0%

Las puntuaciones medias obtenidas por los participantes en cada indicador son:

Tabla 27: Puntuaciones medias diferenciadas según el género

Indicadores de escala RP	Sexo	N	Media	Desviación típ.
4- Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.	Femenino	20	4,80	1,735
	Masculino	10	5,20	1,229
7- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.	Femenino	20	5,00	,725
	Masculino	10	4,60	1,174
9- Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en los pacientes.	Femenino	20	5,20	,834
	Masculino	10	4,40	1,713
12- Me encuentro con mucha vitalidad.	Femenino	20	5,35	,875
	Masculino	10	4,90	1,729
17- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.	Femenino	20	5,10	,852
	Masculino	10	4,20	1,687

18- Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.	Femenino	20	5,65	,745
	Masculino	10	4,40	1,506
19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	Femenino	20	5,55	1,146
	Masculino	10	4,30	1,636
21- Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	Femenino	20	4,80	1,152
	Masculino	10	3,80	1,932

Las diferencias estadísticamente significativas en cada items se corroboran mediante la prueba U de Mann Whitney.

Tabla 28: Resultados de la prueba U de Mann Whitney

Indicadores de escala RP	U de Mann-Whitney	Sig.
4- Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.	83,500	,427
7- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.	82,500	,408
9- Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en los pacientes.	78,000	,306
12- Me encuentro con mucha vitalidad.	95,500	,825
17- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.	74,000	,227
18- Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.	47,500	,007
19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	50,500	,013

21- Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	69,000	,160
---	--------	------

Como puede observarse en los resultados obtenidos del análisis de cada reactivo, las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en los items siguientes:

18- Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.

Sexo	N	M	S
Femenino	20	5,65	,745
Masculino	10	4,40	1,506

19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.

Sexo	N	M	S
Femenino	20	5,55	1,146
Masculino	10	4,30	1,636

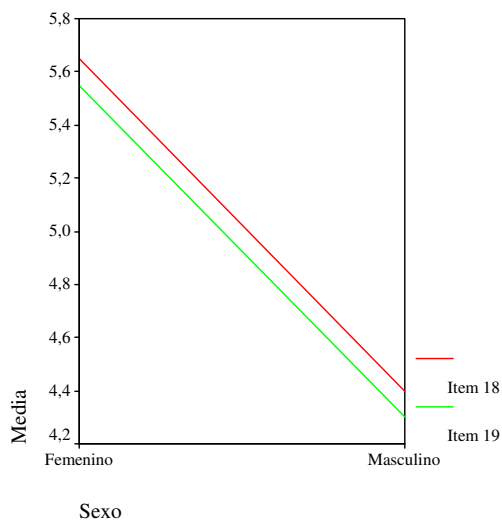


Figura 12: Gráfico de líneas de los indicadores 18 y 19 diferenciados por género

Análisis intervariables

Prueba de hipótesis de diferencias de grupos

Para corroborar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las escalas AE, D y RP en función de las diferentes variables en estudio, se procedió a calcular los estadísticos no paramétricos Prueba de Kruskal-Wallis y Prueba U de Mann Whitney.

Las diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las escalas D y RP se encuentran en función de la variable sexo. No obstante, los resultados no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de escala y las variables edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, turno de trabajo y antigüedad en la profesión.

Edad

Tabla 29: Rangos de las puntuaciones de escala agrupados por edad

Edad	N	AE	D	RP
		Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio
21	1	16,50	20,00	10,00
23	6	17,33	19,33	19,75
24	7	17,29	14,14	15,43
25	6	13,75	17,25	14,75
26	3	12,50	14,17	20,17
27	4	13,00	9,63	10,00
28	2	16,25	16,50	16,00
29	1	19,00	12,50	7,50
Total	30			

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 30: Resultados prueba de Kruskal Wallis

	AE	D	RP
Chi-cuadrado	1,648	3,830	5,122
Gl	7	7	7
Sig. asintót.	,977	,799	,645

Estado civil

Tabla 31: Rangos de las puntuaciones de escala agrupados por estado civil

Estado civil	N	AE	D	RP
		Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio
Soltero	28	15,73	15,93	15,27
Divorciado	1	5,50	6,50	30,00
En pareja	1	19,00	12,50	7,50

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 32: Resultados prueba de Kruskal Wallis

	AE	D	RP
Chi-cuadrado	1,473	1,239	3,595
Gl	2	2	2
Sig. asintót.	,479	,538	,166

Nivel educativo

Tabla 33: Rangos de las puntuaciones de escala agrupados por nivel educativo

		AE	D	RP
Nivel educativo	N	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio
Estudiante de Psicología	17	15,85	15,26	14,82
Primario completo	2	28,25	27,50	1,50
Secundario completo	2	7,50	8,00	27,50
Cursos de nivel universitario	2	7,50	8,25	17,25
Estudiante nivel superior	3	22,00	24,00	12,67
Profesional	4	10,75	11,50	20,63

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 34: Resultados prueba de Kruskal Wallis

	AE	D	RP
Chi-cuadrado	10,363	10,255	10,730
Gl	5	5	5
Sig. asintót.	,066	,068	,057

Situación laboral

Tabla 35: Rangos de las puntuaciones de escala agrupados por situación labora

		AE	D	RP
Situación laboral	N	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio
Trabajador fijo	19	15,29	16,11	15,03
Contratado	7	13,14	11,57	17,79
Práctica profesional	4	20,63	19,50	13,75

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 36: Resultados prueba de Kruskal Wallis

	AE	D	RP
Chi-cuadrado	1,875	2,331	,692
Gl	2	2	2
Sig. asintót.	,392	,312	,707

Turno de trabajo

Tabla 37: Rangos de las puntuaciones de escala agrupados por turnos de trabajo

Escalas	Turno de trabajo	N	Rango promedio
Esc. Agotamiento emocional	Mañana	20	15,95
	Tarde	10	14,60
Esc. Despersonalización	Mañana	20	15,73
	Tarde	10	15,05
Esc. Realización personal en el trabajo	Mañana	20	14,68
	Tarde	10	17,15

Prueba U de Mann Whitney

Tabla 38: Resultados prueba de Kruskal Wallis

	AE	D	RP
U de Mann-Whitney	91,000	95,500	83,500
Sig. asintót.	,692	,842	,466
Sig. exacta	,713(a)	,846(a)	,475(a)

Antigüedad laboral

Tabla 39: Rangos de las puntuaciones de escala agrupados por tiempo en la profesión

Tiempo en la profesión en meses	N	AE	D	RP
		Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio
5	1	16,50	12,50	11,50
8	1	19,00	24,00	21,50
9	1	4,00	6,50	27,50
10	2	5,50	6,75	22,75
12	7	18,07	16,79	15,93
15	2	14,25	11,00	16,25
16	1	1,50	2,00	5,00
17	4	17,75	16,38	19,00
18	1	12,00	17,50	27,50
22	2	3,50	16,00	4,00
24	5	18,80	16,90	13,60
30	1	21,50	12,50	17,00
36	1	25,50	28,50	11,50
46	1	27,00	26,50	2,00

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 40: Resultados prueba de Kruskal Wallis

	AE	D	RP
Chi-cuadrado	15,981	11,280	14,208
Gl	13	13	13
Sig. asintót.	,250	,587	,359

DISCUSIÓN

Resumen

En el presente estudio se planteó como objetivo general *Indagar la presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo y sus principales características en Acompañantes Terapéuticos que se desempeñan con pacientes de patologías graves en la Ciudad de Córdoba.*

La muestra de participantes estuvo conformada por $N = 30$ acompañantes terapéuticos de la ciudad de Córdoba, el 66,7% de sexo femenino y el 33,3% de sexo masculino, con edades entre 21 y 29 años ($M = 24,93$). La antigüedad como AT se encuentra entre los 5 y los 46 meses, con $M = 17,80$. El 63,3% de los participantes lo hace como trabajador fijo, el 23,3% en condición de contratado y en el 13,3% restante su actividad es resultado de una práctica profesional. Un 66,7% de participantes desempeña los acompañamientos en el turno mañana y el 33,3% restante lo hace en el turno tarde.

El 93,3% de los participantes son solteros, uno es divorciado y uno vive en pareja. En lo que respecta a la situación educativa, el 56,7% de los participantes son estudiantes de Psicología, el 13,3% son profesionales, el 10% son estudiantes universitarios de otras carreras, el 6,7% cuentan con estudios primarios completos, otro 6,7% con nivel medio completo y el mismo porcentaje cuenta con diversos cursos universitarios.

Para indagar la manifestación del síndrome de Burnout se administró el cuestionario sociodemográfico **MBI** (Burnout Maslach Inventory de Maslach) elaborado por Maslach y Jackson (1981), que busca establecer la correlación entre los factores situacionales y el estar emocionalmente exhausto. Consiste en un inventario conformado por 22 reactivos que son aseveraciones sobre sentimientos personales o actitudes, valorados con una escala Tipo Lickert conformada por siete adjetivos que evalúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta cada una de las situaciones descritas en los items con codificaciones del 0 (nunca) al 6 (Todos los días).

Nunca, Alguna vez al año o menos, Una vez al mes o menos, Algunas veces al mes, Una vez por semana, Algunas veces por semana y Todos los días.

El inventario está conformado por tres subescalas que miden las dimensiones características del burnout:

La escala de *Agotamiento emocional* está formada por 9 items que describen sentimientos de estar emocionalmente exhausto y agotado por el trabajo.

La escala de *Despersonalización* consiste en 5 items que describen una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios de cuidados o servicios. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

La escala de *Realización Personal* contiene 8 items que describen sentimiento de competencia y autoeficacia o el logro exitoso en el trabajo con personas.

Inmediatamente obtenidos los datos se procedió a verificar la propiedad psicométrica de la Confiabilidad, en su aspecto Consistencia Interna, mediante el método de Análisis de Varianza del Item. El procedimiento experimental consistió en una administración del cuestionario a la muestra de participantes y en el procedimiento estadístico se estimó el grado de covarianza mediante el cálculo del estadístico Alfa de Cronbach para cada una de las escalas que los conforman (AE $\alpha = .76$; D $\alpha = .77$ y RP $\alpha = .74$). Los resultados arrojan coeficientes satisfactorios, mostrando una adecuada consistencia interna, específicamente en lo que refiere a la homogeneidad de las escalas.

Una vez corroborada la confiabilidad del instrumento se procedió a la interpretación de los datos obtenidos por los participantes del estudio. El criterio propuesto por Maslach desde la perspectiva psicodiagnóstica, considera el constructo de Burnout como cada una de sus dimensiones como variables continuas, por lo que las puntuaciones de los sujetos son clasificadas por escalas. De este modo, se considera que existe un alto índice de SQT cuando se obtienen puntajes "Altos" en las subescalas AE y D y "Bajos" en RP. La interpretación de las puntuaciones de acuerdo a las referidas categorías se

obtiene mediante las puntuaciones percentilares, de manera que los sujetos que se encuentran por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "Alto"; los que se encuentran entre los percentiles 25 y 75 se incluyen en la categoría "Medio" y los que se encuentran por debajo del percentil 25 en la categoría "Bajo" (Gil Monte y Peiró, 1997).

Discusión

Siguiendo el modelo psicosocial propuesto por Gil Monte y Peiró que sirve de marco de referencia en este estudio, se sostiene que el proceso de desarrollo del SQT se inicia con bajo sentimiento de Realización Personal en el trabajo y, de forma paralela, altos sentimientos de Agotamiento Emocional, a los cuales siguen actitudes de Despersonalización. Estas que son consideradas una estrategia de afrontamiento desarrollada por los sujetos ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Los estudios realizados por Gil Monte y Col. (1994) corroboran su modelo evidenciando puntuaciones más altas en la escala AE, mientras que las más bajas corresponden a la escala de Despersonalización (Gil Monte y Peiró, 1997).

No obstante, en este estudio se identificó un grupo conformado por el 16,7 % de participantes con alto riesgo de sufrir SQT. Ellos presentan puntuaciones significativas en dos de las tres escalas evaluadas por el instrumento, es decir que manifiestan niveles altos de Agotamiento Emocional, en Despersonalización o baja Realización Personal en el Trabajo. Las puntuaciones correspondientes a la categoría "alto" en AE se encuentran en quienes tienen niveles altos y medios en la escala D, pero sus puntuaciones en RP son medias, excepto en dos participantes que son bajas. Por lo tanto, no se corrobora lo enunciado por los autores, es decir que el síndrome se inicia con bajo sentimiento de RP en el trabajo y, de forma paralela, altos sentimientos de AE, a los cuales siguen actitudes de D.

No hallándose estudios que sirvieran como referencia en la población de profesionales acompañantes terapéuticos, se toman estudios realizados en el área de trabajo de "servicios humanos", es decir aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia personas.

En una investigación realizada en una muestra de 22 enfermeros que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos (Díaz Muñoz,

2005) se obtuvo como resultado que los entrevistados presentaban un alto grado de AE, niveles medios de D y RP, lo coincide con los resultados del grupo de participantes con alto riesgo de SQT.

Por otro lado, en una investigación correlacional de Rasgos de Personalidad, Estrategia de Afrontamiento ante el estrés y Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Infantil Municipal de Córdoba (Ortiz, 2004), el 27% de la población presentó valores por debajo de lo esperado en dos de los tres criterios. De estos criterios el más afectado es el AE, lo cual coincide con este trabajo.

En otra investigación, Estrategias de afrontamiento del estrés y Burnout en trabajadores del Programa de Violencia Familiar en la ciudad de Córdoba (Santander, 2007), no se encontró SQT, concretamente se hallaron bajos niveles de AE y D, en contraste con una alta realización personal.

En una investigación realizada en el Baylor College of Medicine in Houston, Texas, se encontró que la Realización Personal fue la dimensión más afectada, resultado este que no coincide con la presente investigación.

En un estudio exploratorio del SQT realizado en Médicos Psiquiatras por Grassi y Magnani (2000) de la Universidad de Ferrara, Italia, el AE fue la dimensión que mayormente prevaleció, seguido de D y RP, resultados estos que coinciden con nuestra investigación.

Otro estudio que se propuso explorar el comportamiento de las dimensiones del SQT en una muestra representativa de la población de docentes oficiales de la ciudad de Medellín, Colombia (Restrepo-Ayala, 2005), los docentes estudiados que presentaron niveles positivos de AE, también presentaron niveles medios y altos de D, pero no de baja RP (triada presente en un solo docente), siendo por tanto considerados de riesgo de padecer SQT, tal como refiere el estudio.

Como consecuencia de los resultados obtenidos de la administración del MBI, puede concluirse que dos participantes de sexo masculino (6,7 %)

manifiestan SQT de acuerdo a los criterios establecidos por las autoras del cuestionario MBI. Los participantes cuentan con 28 y 25 años, ambos solteros. Uno de ellos se desempeña como Acompañante Terapéutico en condición de empleado contratado y lo hace desde hace 46 meses, mientras que el otro lo hace como trabajador fijo desde hace 24 meses. Ambos poseen estudios de nivel primario completo.

A la vista de los datos obtenidos, la relación de las puntuaciones en el MBI con las características sociodemográficas de los sujetos no alcanza la significatividad estadística necesaria para considerar que estos ejercen un efecto modulador sobre el SQT.

En relación a la variable género no existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Aquí cabe destacar que, si bien el nivel educacional de los participantes no resultó ser una variable que evidencie diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las escalas determinadas mediante la prueba no paramétrica H. de Kruskal-Wallis ($AE=.066$; $D=.068$ y $RP=.057$), los AT que manifiestan un alto índice de SQT son los que alcanzaron el nivel educativo más bajo, mientras que los restantes participantes son estudiantes universitarios (63,4 %), profesionales (13,3 %), otros cuentan con nivel medio completo (6,7 %) o con diversos cursos universitarios.

Los participantes con riesgo moderado de sufrir SQT conforman el 26,7 % que presentan puntuaciones significativas en una de las tres escalas evaluadas por el instrumento. Dos muestran niveles altos de AE pero medio en D y RP, y los mismos resultados se registran en los dos participantes con puntajes altos en D. Hay cuatro participantes con nivel bajo en RP, dos de ellos muestran niveles medios de AE y D, y los dos restantes niveles bajos en esas escalas.

Los participantes con riesgo leve de sufrir SQT son un 40%. El 16,7% de ellos presentan puntuaciones medias en las tres escalas. El 10% muestra niveles medios en AE y D y un nivel alto de RP. El 6,7% presenta niveles medios en AE y RP y baja en D.

Un 3,3% tiene niveles bajos de AE y D y nivel medio de RP y el otro 3,3% nivel medio en D, bajo en AE y alto en RP.

Por último el 10% de los participantes no presenta SQT, es decir que sus puntajes son bajos en AE y D y altos en RP.

En las últimas dos décadas se han realizado numerosas investigaciones en relación con la salud y el Síndrome de Quemarse por el Trabajo, siendo este un tema ampliamente tratado por diversas disciplinas, sobre este Síndrome existen diferentes teorías y estudios científicos, planes de prevención del mismo e instrumentos de validación, sin embargo no existen referencias que lo vinculen al Acompañamiento Terapéutico específicamente.

El Acompañante Terapéutico es un agente de salud mental que ejerciendo su labor junto a los profesionales de la salud, permite mejorar la calidad del trabajo realizado por el equipo interdisciplinario, colaborando desde su conocimiento en la continuidad de los tratamientos, ubicándose en un lugar diferente, el cual apunta a sostener empáticamente al paciente y a su contexto familiar.

Teniendo presentes los resultados arrojados en este estudio descriptivo, se debería considerar la repercusión que tiene el SQT en trabajadores de servicios como los Acompañantes, ya que es un factor que puede predisponer a un gran deterioro tanto en la atención a los pacientes como en las relaciones laborales y extralaborales de los sujetos.

Este trabajo reflejó y confirmó que es necesaria la realización de nuevos estudios enfocados en la comprensión de los mecanismos etiológicos de este síndrome, así como de las variables que lo modulan para de esta forma poder intervenir en su prevención o tratamiento adecuado.

Es evidente que no todos los profesionales están expuestos de la misma forma a esta patología, no obstante, se detecta la necesidad de seguir profundizando en futuras investigaciones en aquellas personas que por el tipo de actividad puedan ser consideradas susceptibles de desarrollar el SQT.

Se aportan evidencias que justifican un ulterior desarrollo de estudios en esta misma línea de investigación, podría plantearse así un estudio comparativo acerca de la presencia de SQT en Acompañantes Terapéuticos que poseen una profesión y los que han alcanzado un bajo nivel educativo, sirviendo esto de fundamento para el planteamiento de nuevas hipótesis.

REFERENCIAS

- Alvárez Quesada, C; Hinojosa, C; Arriaga Arrizabalaga, A; Carrillo Baracaldo, J y Pernia Ramírez, I. (2003). El síndrome de desgaste profesional o de burnout ¿Pueden quemarse los dentistas?. *Gaceta Dental: Industria y Profesiones, España*.
- Cebrià, J., Segura, J. y Col. (2004). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Rev. Méd. Atención Primaria*. 27: 459–468.
- Chacón Roger, M y Dr. Grau Avalo, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Instituto de Oncología y Radiobiología. Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/onc10297.htm*
- Crocker, J. (1998). Social Stigma and self- esteem: Situational Construction of Self Worth. *Journal of Experiemental Social Psychology*. Vol. 35, 1, 89-107. Recuperado el 21 de Noviembre de 2007 de la base de datos de Dialnet.
- Díaz Muñoz, M. (2005). Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un Hospital monográfico para pacientes cardíacos. *Nure Investigación*; 18, 1-7.
- Di Marco, P. (2002). Calidad de vida y vulnerabilidad en el equipo de salud. CONICOR. Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Pcia. de Córdoba
- Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. (1972). Barcelona: Salvat Editores.

Donnaruma, L y Chiappara, B. (2006). El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo. *Actualidad Psicológica*. Vol. 346, pp. 10-11.

Edelwich, J y Brodsky, A. (1990). A model for police officer burnout. *Journal of bussiness and psychology*. Vol. 5, 1. Recuperado el 12 de septiembre de 2007 de <http://www.springerlink.com/content/N04544u4+81g6260/>

Estevan, M. (2003). Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout en los profesionales médicos. Tesis. Carrera de Psicología. Universidad Empresarial Siglo 21.

Fernández Dadam, G. (2005). *Haciendo caminos...Primer tramo: Manual-Guía para el Acompañante Terapéutico*. Buenos Aires: Gabas.

Fernández Losa, N. y Manzano García, G. (2002). Síndrome de Burnout: sus efectos y prevención en las organizaciones. *Capital Humano*. N° 150.

Fernández, M. (2003). Cuando se enferman los que curan. Publicación del Colegio Médico de la Ciudad de Córdoba.

Freudenberger, H. (1974). The staff Burnout. *Journal of social issues*, 30 (1), 159-165.

Freudenberger, H. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Doubleday.

Garnier, A., López Roig, S. y Col. (2004). El Síndrome de Burnout en Médicos. Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan (Alicante).

Gil Monte y Col. (1994). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Vol. 11, 3, 679-689. Recuperado el 16 de Julio de la base de datos de Psicothema.

Gil Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)*. Madrid: Pirámide.

Gil Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil Monte., P, Peiró, J y Valcárcel, A. (1995). A study on significant sources of the Burnout syndrome in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*. Vol. 1, 1, 55-62. Recuperado el 26 de Noviembre de 2007 de <http://www.psychologyinspain.com/content/full/1997/6frame.htm>

Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grassi, L; Magnanik. (2000). *Psichoterapy*. Nov-Dic; 69 (6): 329-11.

Grupo Legna (comunicación personal, 19 de octubre, 2006)

Hakanan, J. (1999). Gender –role related differences in Burnout. (Small worckplace programe of the finnish. Institute of Occupational Health). Recuperado el 20 de Noviembre de 2007 de <http://www.occuphealth.fi/ttl/tiedotus/tyoterv/299engl/burnout7.htm>

- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. Buenos Aires: McGraw Hill.
- Jenkins, S; Calhoun, J. (1991). Teacher Stress: sigues and intervention. Psychology in the Schools. Vol. 28, 1, 60-70. Recuperado el 25 de Noviembre de 2007 de la base de datos ERIC.
- Korin, Santiago. (2003). Equipos Psicoterapéuticos para pacientes críticos. Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires.
- Kovadloff, S. (1992). La nueva ignorancia. Bs. As: Rei.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2004). Acompañantes Terapéuticos. Actualización Teórica-Clínica. Buenos Aires: Letra Viva.
- Leyva Varona, Y.; Pi Pareta, E.; León Hernández, J.; Delgado Quintana. L. (2003). Hospital Dr. Ocativo de la Concepción y de la Pedraja Camagüey. Un estudio correlacional en el Hospital de la Pedraja de Burnout en médicos.
- Mallet, K; Jurs, S; Price, J. (1991). Relationships among burnout, death anxiety and social support in hospice and critical care nurses. Psychological Reports. Vol. 68, 3, 1347-1359.
- Manson, F. y Compiladores. (2002). Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Polemos.

Maslach C. y Jackson S. (1981). The measurement of experience Burnout. Vol.2, 2, 99-113. Journal of Organizational Behavior. Recuperado de la base de datos de Interscience.

Maslach C. y Jackson S. (1986). Maslach Burnout Inventory (Segunda Edición). Palo Alto. CA. Consultyng Psychologist Press.

Mc Grath, A; Reid, N y Boore, J. (1989). Occupational stress in nursing. International Journal of Nursing Studies.Vol. 40,5,555-565. Recuperado el 27 de septiembre de 2007 de <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ns/article/piiS0020748903000580/abstract>

Mintzberg, H. (1998). La estructuración de las organizaciones. Versión pdf. Recuperado el 22 de Noviembre de 2007 de http://webfacil.tinet.org/usuarislebrull/CdG_mintzberg_20060706081603.pdf

Neira, M. (2004). Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud. Río Cuarto: Gambacop.

Nuñez, B. (2007). Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría. Buenos Aires: Lugar.

Organización Mundial de la Salud. (1994). Documentos básicos. Ginebra.

Ortega Ruiz C., y López Ríos, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 1, 137-160. Recuperado el 19 de Noviembre de 2007 de la base de datos de Dialnet.

- Ortiz, A. (2004). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento ante el estrés y Síndrome de Burnout en Médicos residentes del Hospital Infantil Municipal de Córdoba. Tesis. Carrera de Psicología. Universidad Empresarial Siglo 21.
- Peiró, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J. (1996). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *Anales de Psicología*. Vol. 15, 2, 261-268. Recuperado el 23 de Noviembre de 2007 de http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05llag2.pdf
- Piñeiro Suarez Nereyda et.al. (2006). Estudio sobre la presencia del SBO en los profesores de la secundaria básica José Martí del municipio Cotorro. Recuperado el 13 de Octubre de 2007 de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuALYAAEAwLxviKpV.php#superior>
- Pulice, Gabriel; Rossi, Gustavo. (1997). *Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Quivy Campenhoudt, R. (2000). *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Sumisa.
- RAE. (1992). *Diccionario de la Real Academia Española*. (21 Edic). Madrid: Espasa Calpe.
- Restrepo-Ayala, N, Colorado-Vargas, G. Emotional burn-out in official teachers, Medellín, Colombia, 2005. *Rev. Salud pública*, abr. 2006, Vol.8, no.1, p.63-73. ISSN 0124-0064.
- Rodríguez Marín., J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

- Rodríguez, A; Martín, M. (2001). Evolución del trabajo y nuevas formas de estructuras organizativas. Madrid. Pirámide.
- Rojas, E. (2006). Adiós, depresión. España: Ediciones Temas de Hoy.
- Santander. A. (2007). Estrategias de afrontamiento y Síndrome de Burnout en trabajadores del Programa de violencia familiar en la ciudad de Córdoba. Tesis. Carrera de Psicología. Universidad Empresarial Siglo 21.
- Saurí, F. (2001). Hacia una inscripción institucional y académica del acompañamiento terapéutico para la optimización de su eficacia clínica. Conferencias del Segundo Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico.
- Sellanes. M. (2004). Nuevos retos para la salud de los profesionales sanitarios: El Síndrome de Burnout o desgaste profesional. Información extraída de Internet: <http://www.buenafuente.com>
- Schneeroff, S; Edelstein, S. (2004). Manual didáctico sobre acompañamiento terapéutico. Buenos Aires. Akadia.
- Stagnaro, J; Ruiz, R; Julio, R. (2000). Psiquiatría, psicología y psicoanálisis. Historia y memoria. Bs. As: Polemos.
- Autores varios: "Stress at work". (2005). Informe editado en Estados Unidos por el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).
- Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional: Una mirada del Síndrome de Burnout. Buenos Aires: Espacio.

Tornimbeni, S; Pérez, E; Baldo, M. Comp. (2000). Introducción a los test psicológicos. Cordoba: Brujas.

Tornimbeni, S.; Pérez, E.; Baldo, M. (2004). Introducción a los Test Psicológicos - (3º Ed.) Córdoba: Brujas.

Vega, D. (1995). Estudio del Síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. Universidad de Salamanca. España.

Zaldúa G, Lodieu M. T., Koloditzky D. (2000). El síndrome de Burnout en Hospitales Públicos. Revista Médica del Hospital J. M. Ramos Mejía. 7(1):13-17.

ANEXOS

Indicadores que conforman cada escala del MBI

Agotamiento Emocional

Los indicadores que conforman la escala son:

- 1- Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.
- 2- Al final de la jornada me siento agotado.
- 3- Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
- 6- Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.
- 8- Me siento "quemado" por el trabajo.
- 13- Me siento frustrado por mi trabajo.
- 14- Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.
- 16- Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.
- 20- En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.

Despersonalización

- 5- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.
- 10- Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago éste trabajo.
- 11- Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente.
- 15- Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.
- 22- Siento que los pacientes me culpan de algunos sus problemas.

Realización Personal

- 4- Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.
- 7- Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.
- 9- Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en los pacientes.

12- Me encuentro con mucha vitalidad.

17- Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.

18- Me encuentro animado después de trabajar con los pacientes.

19- He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.

21- Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.