

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRÍA EN ESTUDIO DE LA VIOLENCIA SOCIAL Y FAMILIAR

Estudio de Género:
Niveles de *Burnout* en psicólogas especialistas
en Abuso Sexual Infantil del Centro de Niños RISE,
Chicago, Illinois, Estados Unidos

Informe del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado
de

Máster en Estudio de la Violencia Social y Familiar

Andrea López Corrales

2007

TABLA DE CONTENIDO

Resumen ejecutivo.....	6
Introducción.....	8
CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL.....	10
A. Antecedentes.....	11
B. Contexto internacional	11
1. Imposible decir desde cuándo existe el <i>burnout</i>	13
2. Estudio sobre posibles soluciones del <i>burnout</i>	16
3. Estudio sobre la influencia del <i>burnout</i> en la sociedad.....	16
4. Estadísticas.....	17
5. Estudio sobre la fatiga laboral.....	19
6. Estudio sobre el estrés postraumático.....	19
7. Impacto de eventos traumáticos en psicólogos.....	20
8. Estudio sobre la importancia de la relación entre un profesional de la salud y su cliente.....	21
9. Los efectos en profesionales que trabajan con trauma.....	21
C. Contexto costarricense.....	23
1. Conferencia sobre el síndrome de <i>burnout</i>	23
2. Síndrome de <i>burnout</i> en el Hospital de Heredia.....	24
3. Dramaterapia como técnica contra el <i>burnout</i>	24
D. Contexto local.....	26
1. Aspectos generales sobre la creación y localización geográfica del Centro de Niños RISE.....	26
2. <i>Burnout</i> y contratransferencia	28
E. Justificación	30
F. Definición, delimitación y formulación del problema.....	32
1. Delimitación del problema.....	32
2. Definición del problema.....	32
3. Formulación del problema.....	33
G. Objetivos generales y específicos.....	33
1. Objetivo general.....	33
2. Objetivos específicos.....	33

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	34
A. El síndrome de <i>burnout</i> vs estrés	35
1. El estrés	35
2. El síndrome de <i>burnout</i>	37
2.1 Definición	38
2.2 Características	44
B. Factores que influyen en el desgaste profesional.....	45
C. Evolución del cuadro y sintomatología.....	46
D. A quiénes afecta.....	47
E. Diferencias de género.....	49
1. Transmisión social del comportamiento de género en mujeres y hombres.....	49
2. Aflicción psicológica y género.....	50
3. Género y salud mental.....	51
4. Factores de estrés entre hombres y mujeres.....	53
F. El personal de salud.....	58
G. El rol profesional en la Psicología.....	60
1. El/la profesional en Psicología.....	60
2. La profesión de psicólogo(a).....	61
H. La contratransferencia.....	64
I. Alerta y cuidado de la salud de las psicólogas.....	66
1. El trauma vicario.....	67
J. Señales de agotamiento.....	68
K. La relación con la víctima.....	69
L. Identidad profesional.....	69
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO.....	71
A. Tipo de estudio.....	72
B. Área de estudio.....	72
C. Unidades de análisis.....	72
D. Fuentes de información primaria y secundaria.....	73
E. Cuadro de operacionalización de variables.....	73

F. Selección de técnicas e instrumentos.....	79
G. Plan de tabulación y análisis.....	82
H. Resultados esperados/ limitaciones de la investigación.....	87
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	89
A. Descripción de los datos.....	90
B. Análisis de los resultados.....	103
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
A. Conclusiones.....	110
B. Recomendaciones.....	113
1. Recomendaciones para una propuesta organizacional.....	114
Referencias	118
Anexos	124
A. <i>Consent of participation</i>	125
B. Cuestionario Maslach.....	126
C. <i>Maslach inventory</i>	129

ÍNDICE DE CUADROS

1. Cuadro de operacionalización de variables.....	73
2. Cronograma.....	85
3. Cuadros de resultados obtenidos.....	89
A. Síntomas más crónicos dentro de cada uno de los índices evaluados en los años 2004-2006.....	90
-Cansancio emocional	
Cuadro 1 Se siente emocionalmente exhausta	90
Cuadro 2 Se siente cansada al terminar el trabajo	91
Cuadro 3 Molesta al pensar que tiene que ir a trabajar	92
-Despersonalización	
Cuadro 4 Trata a sus pacientes como objetos impersonales	93
Cuadro 5 Me he vuelto insensible debido a mi trabajo	94
Cuadro 6 Realmente no me preocupa lo que ocurre con mis pacientes	95
-Realización personal	
Cuadro 7 Entiende fácilmente cómo se sienten sus clientes	96
Cuadro 8 Trato eficazmente los problemas de mis pacientes	97
Cuadro 9 Me siento muy activa	98
Cuadro 10 He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	99
B. Cuadro 11 Índice cansancio emocional, despersonalización, realización personal * tiempo de trabajar en RISE	100
C. Cuadro 12 Índice cansancio emocional, despersonalización, realización personal * edad entre los años del 2004-2006	101
D. Cuadro 13 Índice cansancio emocional, despersonalización, realización personal * idioma entre los años del 2004-2006	102

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo determinar cuantitativamente por medio del Inventario Maslach, los niveles del síndrome de *burnout*, presentados por las psicólogas del Centro de Niños RISE, ubicado en la Ciudad de Chicago, Illinois. Los tres niveles del síndrome de *burnout* que se evalúan en el presente trabajo son: el nivel de cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Este síndrome puede entenderse como un alto estrés laboral, en donde la atención al paciente es la primera causa de este, así como también se ve afectada la satisfacción en el trabajo. El sufrimiento o estrés interpersonal de la profesional se origina por la identificación con la angustia del/la paciente y de sus familiares, esto es debido a reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del/la paciente.

La investigación es de tipo cuantitativo-descriptivo. En ella se pretende recoger y analizar datos sobre las variables y la fuerza de asociación o correlación entre estas y el síndrome.

Durante el desarrollo del presente trabajo se pudo observar que, según el sexo, serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, por razones diferentes, tales como la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que tienden a prolongar el papel de mujer.

Es por ello que esta investigación examina conceptos de género referidos al síndrome, con el fin de detectar los niveles de estrés que las psicólogas han presentado durante su actividad laboral en el centro. Por ellos el proceso investigativo se basa en exploración bibliográfica y utilización de técnicas cuantitativas: cuestionario y observación participante.

En el cuestionario se identifican los niveles del síndrome de *burnout* presentados por las psicólogas. La utilización de la técnica de observación participante permite conocer las experiencias, sentimientos y percepciones de las psicólogas, respecto al ámbito laboral y personal.

A raíz de la búsqueda de información y del desarrollo de los objetivos planteados, el presente estudio denota que el *burnout* es un problema que afecta a muchas personas, por lo que se necesita saber más acerca de él. Con la presente investigación se evaluaron los niveles del síndrome de *burnout* presentados por las psicólogas del Centro, con el fin de reducir tanto la prevalencia como la incidencia de este problema que afecta cada vez a más profesionales y, consecuentemente, a más personas.

Las conclusiones principales de esta investigación plantean que el *burnout* se desarrolla como consecuencia de eventos estresantes que disponen a la profesional a padecerlo. Estos eventos son de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que las psicólogas mantienen con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del síndrome.

De esta manera se expone que el síndrome no es un problema individual, sino que es multifactorial en sus orígenes, por lo que es necesario que su intervención sea multidisciplinaria y que cuente con la participación activa de otros sectores, aparte del de salud.

Las recomendaciones generales con que se finaliza esta investigación, se dirigen prioritariamente al sector femenino, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y a la Maestría en Estudio sobre la Violencia Social y Familiar.

INTRODUCCIÓN

El o la profesional de Psicología tiene el honor de compartir cierta parte de las experiencias de vida de los pacientes. En ocasiones, las psicólogas se pueden ver afectadas emocional y físicamente cuando escuchan y presencian esas experiencias y emociones de las personas que acuden a ellas con el fin de recibir apoyo y ayuda.

Ser testigo de las historias sobre abuso sexual causa serios efectos mentales y físicos, pero para entender los efectos desarrollados en las psicólogas, al ser testigo de una historia de abuso sexual, primeramente se debe entender los efectos del trauma causados en el/la sobreviviente.

Como seres humanos, las psicólogas están dotadas de muchas cualidades; algunas de esas son los sentimientos de compasión y dolor ante situaciones que se ven en la sociedad. Gracias a dicho sentimiento, las psicólogas diariamente ejercen su labor con profesionalismo, pero también, muy a menudo, los efectos que experimentan son muy similares a la experiencia vivida por los sobrevivientes del trauma.

Por esta razón, se han desarrollado diversidad de estudios que desean identificar los efectos causados al escuchar y presenciar experiencias traumáticas. Estos estudios son esenciales para mantener la salud mental y física de las psicólogas, con el fin de llegar a un entendimiento del síndrome de *burnout* dentro del campo de la psicología.

La información que se ha obtenido de la variedad de investigaciones ha venido a enriquecer el conocimiento con respecto al síndrome de *burnout*, pero aun así quedan muchos espacios laborales en donde se requiere estudiar a fondo la causa de este.

Las implicaciones del estudio del síndrome de *burnout* dentro del área de la Psicología son muchas, ya que son los profesionales en el área de la salud quienes se han visto más afectados por dicho síndrome. Esto se ha dado especialmente en los profesionales en Psicología, quienes diariamente escuchan los problemas de sus

pacientes y esto puede causar que el profesional pueda dejar su trabajo por motivos de estrés laboral, afectando así su propia persona y a quienes atendía en sus terapias.

Como se ha explicado anteriormente, el síndrome de *burnout* afecta la imagen psicosocial de quien lo sufre. Para la realización de la presente investigación se seleccionó el Inventario Maslach (Maslach y Jackson, 1996) en donde se considera el síndrome como una respuesta, principalmente emocional, y a los factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes.

Los estudios de Maslach y Jackson defienden que *burnout* es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (pacientes), y añaden tres dimensiones características que se explicarán más adelante: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

El propósito de este estudio es analizar uno de los espacios laborales que tiene un nivel de importancia reconocido a nivel social, debido a que se trabaja directamente con niños y niñas. A su vez, se ha delimitado el estudio a la población femenina, ya que son psicólogas quienes atienden los casos de abuso sexual en el Centro de Niños RISE y son ellas las que después de un periodo de 1 a 2 años, han desertado de su trabajo debido a causas de estrés laboral.

Es debido a esta situación que el presente estudio analizó los niveles de *burnout* que presentan las psicólogas del Centro de Niños RISE, ubicado en la ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos.

CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL

Antecedentes

En este capítulo se hace una revisión de los estudios que han tenido lugar previamente en el campo del síndrome de *burnout*, generados especialmente por personas que trabajan con situaciones de trauma, como lo es el abuso sexual infantil. Es decir, las personas que trabajan dentro del campo de la salud: médicos(as), educadores(as), trabajadores(as) sociales y especialmente psicólogos(as).

Se hace especial énfasis en los estudios que tratan de aportar soluciones fundamentadas en teorías y/o análisis, que ya han sido probadas(os) y aplicadas(os) y que se relacionan con el desgaste físico y emocional que presentan las personas por motivos laborales.

Una parte de la revisión bibliográfica está orientada a identificar las posibles soluciones que, de alguna manera, se proponen para la problemática planteada en esta investigación. De esta forma se logra ubicar un inventario o test que puede ser base para analizar la problemática planteada y que es el Cuestionario Maslach, el cual se describe en el acápite metodológico.

Contexto internacional

Hace poco más de veinte años se comenzó a investigar sobre el constructo *burnout*, el cual registra un desarrollo considerable de la investigación al respecto.

Gillespie (citado en <http://www.wikilearning.com>) reflejaba la necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone a nivel individual y organizacional. De ahí que Burke (citado en <http://www.wikilearning.com>) señalara que el interés por la experiencia de *burnout* psicológico, en los contextos organizacionales, siga creciendo.

Así, mientras Roberts (citado en <http://www.wikilearning.com>) cifraba en más de 300 las referencias sobre *burnout* en el periodo 1980-85, Garcés de Los Fayos, Teruel y

García Montalvo (1993) la incrementan en más de 1000. Esto constituye así el ámbito organizacional sobre el que versan la mayoría de trabajos (más del 97% de los mismos); incluso Kleiber y Enzman (citado en <http://www.wikilearning.com>) ya habían citado por encima de las 2500 referencias, solo en el periodo comprendido entre 1974 y 1989.

Por su parte, García Izquierdo (citado en <http://www.wikilearning.com>) señala:

El *burnout* es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente": médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc. Por esta razón, una de las características propias del síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador (p.145).

En este sentido, Walker (citado en <http://www.wikilearning.com>), al valorar cuál ha sido el recorrido teórico del constructo, observa que el síndrome descrito por Maslach (1976) continuó con la concepción de este como una enfermedad importante (McGuire,1979, citado en <http://www.wikilearning.com>) y acabó como enfermedad ocupacional (Spence, citado en <http://www.wikilearning.com>).

Sin embargo, Walker (1986) señala que anteriormente Graham Greene (citado en <http://www.wikilearning.com>) ya había utilizado el término *burnout* para describir el estado de "vaciamiento existencial" que una persona sentía como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable.

En los años sesentas se había utilizado el término para referirse a los efectos que provocaba en la persona el abuso crónico de las drogas (Söderfeldt, Söderfeldt y Warg, citado en <http://www.wikilearning.com>). Starrin, Larsson y Styrborn (citado en <http://www.wikilearning.com>) indican también, que en los años 70 el término *burnout* se había utilizado para describir los efectos crónicos del abuso de drogas, hasta que Freudenberger (citado en <http://www.wikilearning.com>) le da la nueva connotación al constructo. Dicha connotación está ligada a la condición psicoanalítica de Freudenberger y su pretensión de caracterizar al *burnout* como un nuevo síndrome

clínico (Smith y Nelson, citado en <http://www.wikilearning.com>); (Grebart, citado en <http://www.wikilearning.com>).

En los primeros años de la década del 70, un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de consumidores de drogas mostró que, después de algunos meses de trabajo, estos profesionales compartían algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados pero en forma aislada (Freudenberger, citado en <http://www.wikilearning.com>).

Se podía observar el sufrimiento. Algunos decían que ya no veían a sus pacientes como personas que necesitasen cuidados especiales, dado que ellos no se esforzaban por dejar de usar drogas. Otros decían que estaban tan cansados que a veces ni deseaban despertar para no tener que ir al trabajo. Mientras algunos afirmaban que no lograban cumplir los objetivos que se habían imaginado. Se sentían incapaces de modificar el status quo o se sentían derrotados. A estos síntomas, ahora buscados y analizados en conjunto, se le atribuye el nombre de *burnout*. (Henke, B. 1994).

1. Imposible decir desde cuándo existe el *burnout*.

La importancia del trabajo de Freudenberger fue exactamente nombrar un sentimiento que ya estaba allí. Una investigación llevada a cabo en la Universidad de Extremadura (España) traduce el término anglosajón *burnout* como "estar quemado", desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Los investigadores de dicha universidad, coordinados por Eloísa Guerrero Barona (2003), también coinciden en que aunque no existe una definición unánime sobre *burnout*, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización, para lo cual hacen referencia a diferentes autores. Gil-Monte y Peiró (2005), han afirmado que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

La perspectiva clínica asume el *burnout* como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

Desde la perspectiva clínica, Freudenberger utilizó el término, por primera vez, en 1974. En esta misma línea, Fischer (citado en <http://www.monografias.com>) consideró el *burnout* como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988) lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima.

El síndrome va acompañado de un conjunto de síntomas que incluye vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un auto concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el *burnout* representa un punto de ruptura en el cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos aceptan hoy la definición de *burnout* elaborada por Maslach y Jackson en 1986, quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, y sitúan los factores laborales y los organizacionales como condiciones y antecedentes.

Los estudios de Maslach y Jackson (1981) defienden que *burnout* es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características: agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y/ o personal.

Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencia de expectativas y horizontes en el trabajo, y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia, la impuntualidad, el ausentismo y el abandono de la profesión son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. En opinión de Álvarez y Fernández (1991), el bajo logro puede, también, estar encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia.

Si bien la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan sobre los supuestos planteados por Maslach y Jackson, entre los que se encuentran Price y Murphy, Farber, Golembiewski y Leiter y Maslach y Gil-Monte y Peiró. Por ejemplo, Golembiewski y colegas aseguran que “el *burnout* afecta a todo tipo de profesiones y no solo a las organizaciones de ayuda” (Gil-Monte y Peiró,2001).

De lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de *burnout* comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

De ahí que hayan surgido varios modelos que traten de explicar el desarrollo de este proceso. Los modelos etiológicos explicativos del síndrome, siguiendo la revisión de Gil-Monte y Peiró (2001), han quedado estructurados en tres grandes teorías: Socio-cognitiva, teoría del intercambio social y la teoría organizacional que, a su vez, engloban los modelos de Spaniol y Caputo, Harrison, Cherniss, Edelwich y Brodsky.

Los instrumentos de medida de este síndrome se basan en la evaluación de la disminución o pérdida de recursos emocionales. El cuestionario más usado es la escala de Maslach, de 1986.

Para Capilla Pueyo ((citado en <http://www.monografias.com>), médico especialista en medicina familiar y comunitaria en Madrid, no hay ninguna estrategia simple capaz de prevenir o tratar este síndrome. Se utilizan modelos complementarios que tratan al

individuo, al grupo social y a la administración. En el ámbito personal, se han utilizado técnicas de afrontamiento de estrés y de ensayo conductual.

Al igual que Pueyo, autores como Enric Renau, editor de la página Educaweb.com, Isabel Arimany, D. Suaya, y otros ((citado en <http://www.monografias.com>) coinciden en la formulación de propuestas que puedan ayudar a evitar o prevenir el síndrome de *burnout* como: evitar sobrecargarse de tareas (menos si no forman parte de las tareas habituales), utilizar los canales de comunicación, averiguar si otras personas han pasado por lo mismo y preguntarles cómo lo solucionaron, delimitar las funciones, aprender a controlar las emociones, etc.

2. Estudio sobre posibles soluciones del *burnout*

J.L. Tizón elaboró un estudio del *burnout* en profesionales de la salud, en el año 2004, con el fin de brindar posibles soluciones para los ambientes laborales. J.L Tizón concluye:

Un argumento a favor de la noción de *burnout* y similares es que, si se apunta a las condiciones de trabajo, es más fácil determinar el problema y solucionarlo... primero, porque apuntar a las condiciones de trabajo puede facilitar la proyección de los propios problemas en temas de trabajo y cuidar los determinantes psicológicos (2004).

3. Estudio sobre la influencia de *burnout* en la sociedad

Pedro R Gil-Monte realizó un estudio en España, durante el 2002, en el cual observó que el estrés derivado de la realización del trabajo es una de las principales causas de enfermedad laboral y de absentismo, y que da origen a multitud de accidentes.

Pudo apreciar también que la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, ha cobrado un gran protagonismo social en estos últimos años en España: “La aprobación de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Boletín Oficial del Estado 10-11-1995), al reconocer la organización y ordenación del trabajo como condiciones de

trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, recoge el interés de académicos y profesionales por incorporar los riesgos de origen psicosocial entre las causas de accidentes y bajas laborales”.

El síndrome de quemarse por el trabajo, entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, ha cobrado protagonismo en este contexto. Los cambios ocurridos en el entorno socioeconómico y en el mercado laboral han contribuido significativamente al desarrollo y a la extensión del síndrome de quemarse por el trabajo en la actualidad. (Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 1995)

Dicho autor concluyó en su estudio que, entre las transformaciones que se han generado se encuentran los cambios en la estructura de los sectores económicos. Estos han originado un fuerte crecimiento del sector servicios y la aparición de nuevas formas laborales caracterizadas por la necesidad de interactuar más tiempo en contacto con las personas hacia las que se dirige el trabajo (clientes y usuarios de organizaciones). El auge de las organizaciones y actividades de voluntariado, en las que está implicada gran parte de la población, ha hecho que el fenómeno se difunda.

4. Estadísticas

Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Administración Pública de Estados Unidos en el 2004 (citado en <http://www.blancamaria.com>), los profesionales de la sanidad y de la enseñanza son los colectivos del sector público más afectados por el síndrome del desgaste profesional. “Además de los ámbitos de la sanidad y la enseñanza, también afecta a trabajadores sociales, profesionales de alto riesgo y penitenciarios. Asimismo afecta a otras profesiones como la de empresario, alto directivo o en empleos rutinarios y monótonos”. El 20% de las bajas laborales que se producen en el desempeño de la profesión, son de carácter psicológico, y una tercera parte de estas se encuadran en el síndrome del *burnout*, según indica Manuel Fernández, Director del Departamento de Salud Laboral (1998, citado en <http://www.blancamaria.com>). Parte de las investigaciones que se han llevado a cabo a

nivel internacional y que han generado estadísticas importantes, son las citadas a continuación:

Kyriacou (1980), en un estudio realizado entre profesores, obtuvo un resultado del 25% de la población con síndrome de *burnout*.

Pines, Aronson y Kafry (1988), en diversas profesiones, obtuvieron un resultado del 45% de la población con síndrome de *burnout*.

Maslach y Jackson (1982), en enfermeras, lograron cifrar un resultado del 20-35% de la población con síndrome de *burnout*.

Henderson (1984), en médicos, pudo obtener un resultado del 30-40% de la población con síndrome de *burnout*.

Smith, Birch y Marchant (1984), en bibliotecarios, obtuvieron un resultado del 12-40% de la población con síndrome de *burnout*.

Rosse, Johnson y Crown (1991), en policías y personal sanitario, obtuvieron un resultado del 20% de la población con síndrome de *burnout*.

García Izquierdo (1991a), en enfermeras, pudo obtener un resultado del 17% de la población con síndrome de *burnout*.

Jorgesen (1992), en estudiantes de enfermería, obtuvieron un resultado del 39% de la población con síndrome de *burnout*.

Price y Spence (1994), en policías y personal sanitario, obtuvieron un resultado del 20% de la población con síndrome de *burnout*.

Deckard, Meterko y Field (1994), en médicos, obtuvieron un resultado del 50% de la población con síndrome de *burnout*.

5. Estudio sobre la fatiga laboral

El estudio elaborado por Henke (1994) refleja las complejas maneras en que las personas dependen unas de otras para sobrevivir y prosperar dentro y fuera del campo empresarial. El esquema conceptual que se desarrolla en su investigación examina la interdependencia que existe entre el/la profesional en Psicología y su paciente. En estas situaciones, las personas y los grupos de personas actúan unos con otros — y dependen entre sí— para llegar a metas comunes nobles. En una mayor escala, pero por los mismos motivos, las organizaciones y las personas deben aprender a cooperar con efectividad. Esta investigación se concentra, además, en la importancia que tienen las organizaciones para el desarrollo de el/la profesional y su paciente.

La definición de fatiga emocional laboral que se utilizará en este estudio es la siguiente: “Es una transformación en la experiencia de la terapeuta (psicóloga) debido a una empática relación con su cliente” (Figley,1995) Esto también hace referencia en la literatura a los conceptos de estrés postraumático, victimización secundaria y sobreviviente secundario. “Por consecuencia a su trabajo, todo se hace referido a una reacción negativa al tratar de ayudar a los sobrevivientes de un trauma”(Bell,2003).

6. Estudio sobre el estrés postraumático

Para Phelan (2002), el fenómeno de agotamiento emocional laboral ha sido evidente en psicólogos y funcionarios en el campo de la salud, que trabajan con sobrevivientes de un trauma, especialmente por abuso sexual. Esta investigación ha sugerido algunas señales generales y síntomas de este fenómeno.

Aunque los síntomas se compartan, la dicotomía del estrés postraumático, experimentado por la víctima y por la profesional, son únicos: la víctima experimenta el trauma en primer plano y el psicólogo experimenta el trauma a un nivel secundario o indirecto. Esto es un resultado del aprendizaje acerca del trauma vivido por la víctima.

7. Impacto de eventos traumáticos en psicólogos

Históricamente, Saakvitne y Pearlman (1996) señalan que el concepto de *burnout* proviene de la Teoría del Constructivismo Comportamental: “El evento traumático impacta a la persona en su concepto de sí misma. En la fase del trauma, cada persona se adapta de acuerdo con el contexto en que viva y sus experiencias anteriores”.

Seguidamente, explican que, de acuerdo con esa teoría, tanto el sobreviviente como su terapeuta serán afectados severamente después del trauma ocurrido. Las áreas afectadas pueden incluir: sentido de identidad, modo de ver el mundo, autocapacidad, problemas al tomar decisiones, necesidades psicológicas, memoria y percepción. Cualquier cambio en estos aspectos puede indicar el síndrome de *burnout*.

Es importante reconocer que el síndrome de Burnout es una consecuencia natural de trabajar con pacientes que han experimentado algún trauma: “No es algo que los clientes nos hacen a nosotros, es una consecuencia humana al saber, preocuparnos y enfrentar la realidad del trauma” (Saakvitne y Pearlman,1996). La empatía es un aspecto vital en una relación terapéutica.

8. La relación entre un profesional de la salud y su cliente

El estudio conducido por Elizur y Rosenheim en 1982 buscó las tendencias de empatía presentadas en estudiantes de Medicina, Psiquiatría y Psicología. Ellos encontraron que los estudiantes de Medicina presentaban mayores puntajes en los niveles de empatía que los estudiantes de Psiquiatría, pero no tan altos como los niveles de estudiantes de Psicología. Uno de los aspectos encontrados en el estudio fue que “a mayor nivel de empatía del profesional con su cliente, mayor interacción a nivel interpersonal y emocional”, (Elizur y Rosenheim,1982).

9. Los efectos en profesionales que trabajan con trauma

Estudios realizados por Saakvitne y Pearlman (1996), demuestran que el síndrome de *burnout* aparenta ser más prevalente en psicólogos (as) que trabajan con víctimas de algún trauma, particularmente de abuso sexual infantil. “Los profesionales que trabajan con sobrevivientes, por un periodo largo de tiempo, observan el proceso de recuperación de las personas, pero a la vez experimentan el dolor de sus clientes durante todo ese tiempo de recuperación (Saakvitne y Pearlman, 1996) ”.

Figley (1995) también apoyó esta idea: “La persona está más propensa a sufrir debido a un estrés postraumático secundario, cuando se expone al trauma. Las personas que están expuestas a traumas infantiles son especialmente vulnerables a los efectos secundarios del estrés”. Dos estudios en particular observaron los efectos de trabajar con pacientes sobrevivientes de un trauma.

Un estudio mixto (cuantitativo y cualitativo) realizado por Schauben y Fraizer (1995), demostró que de 200 mujeres psicólogas que trabajaban con sobrevivientes de abuso sexual, aquellas que tenían la lista de clientes más alta demostraban síntomas de estrés postraumático (EPT), como negatividad hacia la vida, hacia lo bueno y hacia otras personas. Similarmente, Munroe (1990) desarrolló un estudio que observaba las conductas de psicólogos con una lista alta de clientes, los cuales trabajaban con veteranos de guerra, algunos diagnosticados con EPT y otros no. Munroe (1990) encontró que los psicólogos que trabajaban con los veteranos EPT, también desarrollaban síntomas de EPT, contrario a quienes trabajaban con veteranos sin EPT.

Algunas investigaciones, como la realizada por Perlamn en el año 1999, han querido entender por qué los profesionales que trabajan con trauma, son más vulnerables a presentar fatiga laboral. “Tratar a personas que han sido sobrevivientes de abuso sexual, puede confrontar al terapeuta con sus propios límites, necesidades y emociones. Todo esto puede causarle al profesional intensos cambios emocionales” (Perlamn,1999, citado por Munroe). Existen muchos factores que pueden causar incremento del cansancio laboral; por ejemplo, una cantidad grande de clientes, escuchar muchas situaciones traumáticas y ser testigos de efectos secundarios al trauma.

Los trabajadores de trauma, se enfrentan en ocasiones con situaciones que prolongan los efectos del trauma...trabajar con los efectos secundarios del trauma significa estar más expuesto física, psicología y sentimentalmente ante la experiencia del trauma...también significa exponerse a las reacciones del cliente ante la situación traumática. Tradicionalmente se expone a las aptitudes sociales que en ocasiones revictimizan a la víctima y al terapeuta (Dutton y Rubinstein,2002).

Contexto costarricense

1. Conferencia sobre el síndrome de *burnout*

En una conferencia ejercida por Sisy Castillo en las XIV Jornadas de Medicina Legal, del 4 al 6 de agosto del 2000, se desarrollaron numerosos aspectos generales sobre el síndrome de *burnout*, entre ellos: “El síndrome es un proceso continuo, de comienzo insidioso, paulatino que ocurre en el contexto laboral. Las causas son tan múltiples como también lo son las fuentes de estrés en el trabajo. Las profesiones asistenciales son las más afectadas, inicialmente en los trabajadores de los servicios socio-sanitarios...”, (Castillo,2000).

Castillo (2001) destaca que son las profesiones asistenciales las que “presumiblemente” tienen una filosofía humanística del trabajo. Sin embargo, el choque que experimentan estos profesionales, al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse, puede estar determinando, en gran parte, el comportamiento de estos profesionales, de tal forma que la prevalencia y las expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad están contribuyendo, en gran medida, al estrés que experimentan estos empleados.

Por otro lado, recalca que a los profesionales asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que, a menudo, se encuentra en una situación problemática y cuya relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación. La tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "deseccación" emocional.

2. Síndrome de *burnout* en el personal del Hospital de Heredia

Marny Ramos Rivas efectuó un estudio en el Hospital de Heredia, en los años 2003-2004. El estudio dio como resultado que el personal presentaba niveles de *burnout* elevados, debido a la clase de trabajo que realizaban. “A pesar de toda la mística, tanto de los heredianos como del personal del Hospital, surge nuevamente la crisis. Se llegó al límite de ocupación de este importante ente. Muchos miembros del personal llevan varios años trabajando a doble turno (16 horas diarias); secretarias, recepcionistas, médicos y guardas tienen la responsabilidad de atender no cientos, sino miles de personas, diariamente.

“Este gran compromiso asumido hasta este momento con gran cariño, ha provocado que el personal brinde el servicio de salud incluso por encima de su propio bienestar” (Ramos Rivas, citado en hospitalheredia.sa.cr/revista_articulo8.html).

Este esfuerzo ha suscitado un impacto en la población, en donde se hace ver que los servicios de salud no son óptimos. Las estadísticas del síndrome de cansancio crónico (*burnout*) se observaron en un 50% del personal. “Resulta comprensible que decaiga la eficiencia del centro y la calidad de muchos servicios debido al trabajo que se realiza” (Marny Ramos Rivas, citado en hospitalheredia.sa.cr/revista_articulo8.html).

3. Dramaterapia como técnica contra el *burnout*

Navarrete M. y Arellano M (1999), miembros del Colegio Profesional de Psicólogos, utilizaron la dramaterapia como técnica para combatir el síndrome de *burnout*.

Ellos encontraron que:

Las técnicas escénicas nos permiten, frente al síndrome de burnout, actuar sobre todos los puntos a intervenir sugeridos por quienes investigan en estrategias de prevención y tratamiento, tanto a nivel individual, grupal y organizacional. Desde la epistemología experiencial, de la acción, de la escena y de los roles, paradigmas principales del enfoque psicodramático, se puede operar sobre el trabajo de habilidades sociales y relaciones interpersonales, sobre la autoestima y el auto concepto, el manejo del estrés, los grupos de apoyo mutuo, la supervisión, las actividades de tiempo libre y recreación, el contacto con otras personas de otras áreas profesionales y la descarga emocional (Navarrete y Arellano,1999).

Como conclusión, es necesario hacer énfasis con respecto a que la última década del siglo XX y los inicios del siglo XXI, dentro de la sociedad costarricense, se caracterizan por la notable influencia de la violencia psicológica y los estragos causados en la salud emocional. Esto, a su vez, ha generado la necesidad de ambientes sanos y saludables en la sociedad, en la comunidad y, principalmente, en los lugares de trabajo. Este problema laboral se ha expandido notablemente, influyendo en el medio laboral, personal y social, con consecuencias post-traumáticas en la/el trabajador/a costarricense.

Es por ello que el acceso a una variedad singular de documentos y los estudios que aquí se han presentado, son de suma importancia para analizar las causas y así encontrar soluciones al problema. Estos estudios analizan el surgimiento y devenir de tal síndrome y la influencia que tiene en la conducta de los hombres y mujeres sometidos a este.

Contexto local

1. Aspectos generales sobre la creación y localización geográfica del centro de niños RISE

El Centro de Niños RISE forma parte de la YWCA (*Young Women's Christian Association*) *Metropolitan Chicago*. La YWCA está comprometida a proveer apoyo a todas las mujeres que necesiten asistencia social y familiar. Esta organización promueve la justicia hacia las mujeres e infantes y, gracias a la diversidad de personas que trabajan en ella, se promueve la organización y el servicio comunitario.

La YWCA es la organización más antigua de la Ciudad de Chicago que se enfoca en brindar servicios sociales para las mujeres. Fue creada por trece mujeres que se reunieron el 12 de diciembre del año 1876, con el fin de ayudar a la gran cantidad de madres solteras que llegaron a la ciudad de Chicago en los años siguientes al “Gran Fuego” que se produjo en dicha ciudad.

En los primeros años, la YWCA se enfocó solamente en resolver las necesidades de las mujeres, particularmente en las áreas de empleo, salud y vivienda. Las mujeres de la YWCA fueron líderes en la legislación social concerniente a las necesidades de mujeres y niñas como, por ejemplo, las leyes sobre las labores de trabajo de las niñas.

La YWCA, primeramente, ofreció sus servicios en 1915 a mujeres jóvenes de raza negra, contrastando con lo que el mundo en ese momento ofrecía para esas personas. La YWCA integró a esas mujeres en la organización y, en 1940, muchas de ellas se convirtieron en directoras de los programas. En 1946, La Comisión Mayor de Relaciones Humanas de la Ciudad de Chicago, otorgó el premio de “Relaciones Humanas” a la YWCA, destacando la labor de la Institución: “...es una gran institución que ha dejado de lado el racismo para integrar a las personas en una misma labor,

ofreciendo servicios sociales a las mujeres jóvenes de Chicago y a aquellas de otros lugares que han llegado aquí y han necesitado apoyo y ayuda...”

En 1972, la YWCA creó el “*Leader Luncheon*”, siendo esto una reunión con almuerzo en la cual se hacía un reconocimiento a las mujeres trabajadoras que habían logrado cumplir metas laborales y personales. Este almuerzo es parte de una tradición de la ciudad de Chicago, en donde se reúnen anualmente 1300 representantes de corporaciones y servicios privados que ayudan a la sociedad con el fin de apoyar la labor de las mujeres y abolir el racismo.

Actualmente, las áreas en que trabaja la YWCA son: violencia sexual y servicios de apoyo, empoderamiento económico y cuidado de niños. Con más de 200 empleados (as) en las 12 diferentes localidades en el área de Chicago, la YWCA ayuda a más de 120 000 mujeres, niños (as) y familias, anualmente, por medio de sus programas(ICASA, 2004).

El Centro de Niños RISE constituye uno de los programas más eficientes y de gran demanda social. Este lugar ayuda a familias legalmente documentadas o indocumentadas, tanto en el idioma inglés como en español.

Con un personal de 20 a 25 personas, el Centro brinda servicios de consejería para niños y niñas de 3 a 12 años de edad y adolescentes de 13 a 17 años que han sido víctimas de abuso sexual y/o violaciones sexuales. A su vez, se brindan servicios de terapia y consejería para las personas allegadas a las víctimas. Se cuenta además con servicios legales para quienes necesiten asistencia en cualquier proceso que lo requieran.

El problema que se está presentando con el personal del Centro, se viene generando desde hace más de 4 años. El personal de psicólogos(as), principalmente femenino, labora en el Centro dentro de un rango estadístico, por no más de 2 años consecutivos. Muchas de las psicólogas que han dejado de laborar en el Centro, han expresado que la causa de su renuncia es debida a aspectos de tipo emocional, más que a asuntos de problemas con la gerencia.

En su mayoría, las psicólogas que han renunciado son quienes laboraron en el Centro por un periodo de año y medio a dos años, y luego de dejar el centro, toman un tiempo para descansar “mentalmente” y después se dedican a ejercer otro tipo de terapia que no sea de trauma. Esto generó una problemática muy grande con respecto al aspecto emocional y la estabilidad en general que necesitan los clientes que acuden a recibir ayuda en el Centro, ya que muchos niños y niñas han tenido que cambiar de psicóloga más de dos veces, en un periodo de un año a año y medio.

2. *Burnout* y contratransferencia

Burnout es el resultado de la frustración, empobrecimiento e inhabilidad de lograr las metas laborales. Está caracterizado por síntomas psicosociológicos, en los cuales se incluyen problemas al dormir, dolores de cabeza, irritabilidad, agresión, cansancio físico y mental...Este síndrome puede resultar de un ambiente laboral tenso que produce muchos factores estresantes. (Valent, 2002)

Una inadecuada contratransferencia y/o un desarrollo del síndrome de *burnout* por sí solo, pueden causar un impacto en el profesional, causado por las experiencias que el cliente le transmite (Cunningham, 2003)

El síndrome de *burnout* se puede producir debido a una experiencia directa o indirecta. “...el estrés postraumático es una respuesta ante escuchar eventos traumáticos que el

psicólogo no ha experimentado directamente (Chrestman,1999).” Figley (1995) sugiere que el síndrome emerge gradualmente y genera raíces emocionales exhaustivas en las cuales la recuperación es muy lenta.

La situación que experimentan las psicólogas del Centro de Niños RISE ejemplifica lo anteriormente señalado. Las psicólogas se exponen, durante sus horas laborales, al constante contacto directo con experiencias de abuso sexual infantil, por lo cual, progresivamente, se van sintiendo emocional y mentalmente afectadas al estar escuchando y experimentando dichas situaciones junto a sus pacientes.

Otro factor que afecta el nivel emocional de las psicólogas es la empatía por sus pacientes versus la inconstancia de muchos de ellos/ellas. Claramente se denota, en esas situaciones, la necesidad por parte de las psicólogas de manejar la frustración de querer ayudar a los niños(as) y enfrentarse a la inconsistencia hacia la terapia por parte de estos.

Justificación

Se ha hablado mucho, en el pasado y en la actualidad, del síndrome de *burnout*. Este hace referencia al desgaste profesional y estrés producido por el desajuste que se da entre las expectativas de cada profesional y la realidad misma del trabajo. Cuando no se consiguen los resultados u objetivos propuestos, a pesar de haber intentado por todos los medios y de acuerdo con las posibilidades, hace su aparición el sentimiento que puede desencadenar el “estar quemado”.

Aunque lo puede sufrir cualquier profesional, son más propensos aquellos que trabajan o están en contacto directo con las personas. Así, los(as) docentes, los(as) médicos(as) y los psicólogos(as), especialmente quienes trabajan en casos de abuso sexual, entre otros, son los(as) profesionales que en mayor medida pueden padecerlo. (Figley, C.,1995).

En ocasiones, los afectados(as) pueden llegar a abandonar el puesto de trabajo en el mejor momento de su vida profesional. El estar quemado, aparte de afectar a quien lo sufre directamente, también influye colateralmente en las personas que están alrededor de la profesional y que padecen su actitud. Dicha actitud en ocasiones puede ser apática y negativa, tanto hacia el trabajo que realiza como hacia las personas a su alrededor.

Son los pacientes los más perjudicados cuando las psicólogas sufren este síndrome. Estos(as) se muestran ariscos(as) y distantes, y tratan al paciente como un número más, olvidando que también es una persona.

Es importante recordar que los problemas emocionales de las psicólogas han sido, con frecuencia ocultados, y mal afrontados. Los numerosos estudios revelan, con contundencia, que las tasas de estrés y depresión, así como los conflictos matrimoniales, son varias veces superiores a las de la población general.

El interés de la presente investigación radica en que las mujeres, por las condiciones de género y el tipo de profesión u oficio que desempeñan, mayoritariamente, están más expuestas a estos males de la vida moderna.

Las labores de Psicología, enseñanza y enfermería, por ejemplo son, debido a sus características, fuente de agotamiento profesional. Ahora bien, cada persona recibirá las demandas excesivas del entorno laboral de manera diferente, por lo que el *burnout*, en particular, afectará o no a las mujeres de acuerdo con su estado de salud física y mental. Pero, independientemente de estos factores, es fundamental saber lo que implican tanto el estrés como el *burnout* para reconocer sus síntomas y adoptar las medidas apropiadas.

Es por esto que el presente estudio analizó el nivel de *burnout* que presentan las psicólogas del Centro de Niños RISE, que trabajan con trauma, esto con el fin de identificar las posibles causas del desgaste laboral, para crear sistemas laborales efectivos en la prevención de dicho síndrome y sus efectos.

Desde los puntos anteriormente explicados, se observó la problemática minuciosamente, para poder también prevenirla en un futuro , con el objeto de lograr sensibilizar y concientizar a las personas de que el síndrome en profesionales en Psicología es un problema organizacional, como también personal, muy serio, que termina afectando a quienes están alrededor del que lo padece. Esto contribuye a visualizar posibles alternativas laborales que faciliten un entendimiento y decrecimiento de los niveles del síndrome, especialmente en la población estudiada.

Un punto importante para recalcar dentro del presente estudio es la posibilidad de conocer y estudiar detalladamente el sistema organizacional del Centro. Se mostró así un panorama más amplio de la situación profesional y personal de quienes trabajaron dentro del Centro. Esto facilitó el definir las estrategias y técnicas que se utilizan actualmente y detectar las limitaciones de estas, a fin de encontrar formas más eficaces de afrontar dicho síndrome.

DEFINICIÓN, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Delimitación del problema

El presente estudio dio a conocer los niveles de *burnout* en las psicólogas especialistas en abuso sexual infantil del Centro de Niños RISE, ubicado en la Ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos.

Se entendió el síndrome de *burnout* como “agotamiento físico, mental y emocional producido por niveles altos de estrés dentro del área laboral, el cual genera un cansancio emocional, despersonalización y niveles bajos de realización personal; afectando así las áreas laborales como personales de las personas que lo padecen”.

Se realizó la investigación con el personal femenino de Psicología del Centro RISE, con edades entre los 20 y 50 años de edad. Dicha población trabaja en atención de casos de abuso sexual infantil. El término de abuso sexual infantil se entendió como trauma definido como: “choque o sentimiento emocional, psicológico y/o físico que deja una impresión duradera en el individuo”.

2. Definición del problema

Los niveles de *burnout* en las psicólogas especialistas en abuso sexual infantil del Centro de Niños RISE, ubicado en la Ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos. Se analizan las relaciones entre este síndrome y un grupo amplio de variables, como: el tiempo de laborar en el Centro, la edad de las psicólogas y los idiomas (inglés-español) utilizados en las terapias con los clientes. Además se analizan los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que se presenten en la población seleccionada, utilizando la Escala Maslach.

3. Formulación del problema

¿Las características genéricas, la edad y el tiempo laboral que presentan las psicólogas, bilingües y no bilingües, especialistas en abuso sexual infantil del Centro de Niños RISE, ubicado en la Ciudad de Chicago, Illinois, son factores determinantes en los niveles del síndrome de *burnout*?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Objetivos generales

1. Determinar cuantitativamente, por medio del Inventario Maslach, el nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal presentados por las psicólogas del centro de niños RISE.
2. Evidenciar si las características genéricas, la edad y el tiempo laboral que presentan las psicólogas bilingües y no bilingües, especialistas en abuso sexual infantil, son factores determinantes en los niveles del síndrome de *burnout*.

2. Objetivos específicos

1. Identificar si existe una correlación entre los años de trabajo, el nivel de cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal presentados por las psicólogas del Centro de Niños RISE.
2. Analizar si existe una correlación entre la edad, el nivel de cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal presentados por las psicólogas del centro de Niños RISE.
3. Determinar si las características genéricas implícitas en el ejercicio profesional de las psicólogas del centro citado, influyen en los niveles del síndrome de *burnout*, como cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

SÍNDROME DE *BURNOUT* VS ESTRÉS

1. El estrés

Entre las muchas acepciones de estrés, José Navas utiliza una muy práctica:

Cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente en su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado. Es decir, el estrés sería cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio de parte de la persona involucrada en la situación (Navas, s/f).

Alberto Amador Pizá, autor de *Técnicas para dominar el estrés y vivir mejor*, también presenta una definición sencilla: "Es una respuesta del organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen factores físicos, químicos o psicológicos"

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud lo define como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción". Visto así, el estrés no debería ser un problema. Al contrario, sería una suerte de estímulo, una alerta. Por ejemplo, ante una situación inesperada de peligro, los cambios físicos producidos por el estrés en nuestro cuerpo (aumento de la presión sanguínea, entre otros) hacen que este reaccione rápidamente frente al hecho, lo que puede resultar fundamental para, incluso, salvar nuestra vida.

Una vez que el problema se ha resuelto, el organismo vuelve a su funcionamiento normal. Pero se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras, se perciben inconscientemente como amenazas (Velásquez, s/f). Estas provocan reacciones defensivas en la persona, que la tornan irritable y sufre así consecuencias nocivas en su organismo, por períodos prolongados.

Estas reacciones pueden ser:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial).

- Gastritis y úlceras en el estómago y el intestino.
- Disminución de la función renal.
- Problemas del sueño.
- Alteraciones del apetito.
- Agotamiento (Velásquez, s/f).

Por otra parte, el estrés es diferente para cada persona. Lo que provoca estrés en una, puede ser un factor inocuo para otra. Varios aspectos explican esto: su estado psicológico y físico, el significado que otorga al evento perturbador y una gran variedad de condiciones ambientales (positivas y negativas).

En resumen, cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas, como cambiarse de casa, hablar en público y presentarse a una entrevista, podrían convertirse en estrés si a esos hechos les damos una connotación especial de amenaza y también si no estamos bien preparadas/os física y psicológicamente para enfrentarlos. Sin embargo, estudios efectuados desde los ochentas, apuntan a demostrar la existencia de un agente bioquímico responsable del estrés. Este sería el cortisol. (Orm Bergold, s/f).

El investigador Orm Bergold (s/f) llegó a la conclusión, después de investigar durante varios años los síntomas y las causas del estrés en numerosos pacientes, de que el cortisol es el agente que lo causa, considerándolo "la hormona del estrés". Esta es producida por la glándula suprarrenal, ayudaría al ser humano a enfrentar una situación de estrés provocando la liberación de una dosis de adrenalina. Una vez que el hecho de tensión ha sido superado, el nivel de cortisol volvería a normalizarse. Pero si éste continúa manteniéndose elevado durante semanas, meses o años, el cortisol se convertiría en una fuerza destructora importante que afectaría prácticamente a cada célula u órgano del cuerpo humano (Bergold, s/f).

2. Síndrome de *burnout*

Así como el estrés es asociado a numerosas razones o causas, muchas de las cuales pueden pertenecer al ámbito de la vida cotidiana, las definiciones de *burnout* están más vinculadas al mundo laboral (aun cuando actualmente se aplica también, por ejemplo, a la esfera deportiva). Entre ellas, las más mencionadas son la de Freudenberger, la de Maslach y Jackson, y la de Pines, Aronson y Kafry, de acuerdo con el estudio de Enrique Garcés de Los Fayos, autor de *Tesis sobre el burnout* (citado en www.diezminutos.org/burnout.html).

Garcés de los Fayos destaca que Herbert Freudenberger fue el primer investigador que utilizó el concepto de *burnout* en 1974, para reagrupar diversas manifestaciones de tensión que se daban en personas "adictas al trabajo". Su definición contemplaba un carácter tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

- Agotamiento emocional: disminución y pérdida de recursos emocionales.
- Despersonalización: desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia las personas que se debe atender.
- Reducida realización personal: tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, sentimientos de baja autoestima.

La otra definición muy utilizada es la de A. Pines, E. Aronson y D. Kafry (citado en www.diezminutos.org/burnout.html). Estos autores señalaron, en 1981, que el *burnout* es "el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes". El aporte de estos autores es que no circunscribieron el *burnout* solo a las profesiones de servicio (como Maslach y Jackson), sino que lo extendieron a otras (comercio, política, entre otras) que también implican excesivas demandas psicológicas.

A pesar de ello, diversos autores, como los mencionados anteriormente, precisan que el *burnout* es un tipo de estrés. Así, "el *burnout* es, de hecho, un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se da en profesiones con altos niveles de contacto personal" (Ganster y Schanbroeck, 1999. Citado en www.diezminutos.org/burnout.html). Más allá de las distintas acepciones y de lo que ellas implican, Garcés de los Fayos señala algunos puntos que resumen su búsqueda del concepto *burnout*:

- Parece claro que el *burnout* sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos serían fundamentalmente de carácter laboral, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para su aparición.
- Es necesaria la presencia de "interacciones humanas" trabajador/a-usuario/a intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el *burnout* como un proceso continuo que va surgiendo de manera paulatina y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en este los sentimientos propios del síndrome.

A continuación se desglosa más claramente las características de este síndrome:

2.1 Definición

Uno de los temas fundamentales tratados en el estudio del *burnout* ha sido su definición, así como diferentes aportaciones conceptuales a su comprensión, en lo que se han presentado y se siguen presentando diferentes obstáculos. Esto es debido a la dificultad de conceptualizar un proceso complejo como es este síndrome, así como porque su similitud (cuando no igualdad) con el concepto estrés, aplicado a las organizaciones (estrés laboral), ha supuesto cuestionar continuamente su significado.

Starrin, Larsson y Styrborn (1990, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) señalan que un aspecto importante del *burnout* es que instintivamente todos saben lo que es, aunque la mayoría puedan ignorar su definición. Estos autores parten de que el *burnout* afecta de forma individual a una sociedad abstracta. Con un planteamiento más radical, Grebert (1992) entiende el *burnout* "como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades" (Grebert, 1992). Este autor llega así a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo de la profesión.

En el inicio, Freudenberger (1974, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) describe el *burnout* como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador". De esta manera se sitúan las emociones y sentimientos negativos producidos por el *burnout* en el contexto laboral, ya que es este el que puede provocar dichas reacciones. El autor afirma que el *burnout* es el síndrome que ocasiona la "adicción al trabajo" (entendiéndola, según Machlowitz (1980), como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito"). Esta adicción provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.

Pines y Kafry (1978, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) definen el *burnout* "como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal" que, posteriormente, tendría un desarrollo más completo.

Posteriormente, Dale (1979, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) es uno de los que inician la concepción teórica del *burnout*, entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación con su intensidad y duración.

Freudenberger (1980, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) aporta otros términos a la definición; así ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales. Esto es debido a un esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por la persona, o bien por los valores propios de la sociedad.

Cherniss (1980, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente en la aparición del *burnout* y define este como "*cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas*". El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión).
- Cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo).

Con esta conceptualización, el autor es uno de los defensores iniciales de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno.

Otros autores que aportan una definición de *burnout* en esta misma línea son Edelwich y Brodsky (1980, citado en www.diezminutos.org/burnout.html), que lo definen "*como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo*". Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con *burnout*:

- Entusiasmo: caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.

- Estancamiento: surge tras no cumplirse las expectativas originales y empieza así a aparecer la frustración.
- Frustración: en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.
- Apatía: constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

En esta misma época, Gillespie (1980, citado en www.diezminutos.org/burnout.html), intentando resolver la ambigüedad definicional, que según el autor existe, clasifica al *burnout* según dos tipos claramente diferenciados: *burnout* activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, y *Burnout* pasivo en el que predominan los sentimientos de retirada y apatía. El activo tiene que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relaciona con factores internos psicosociales.

En 1981, Maslach y Jackson entienden que el *burnout* se configura como "*un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal*" (Seminario de orientación, 1981)

En el mismo periodo, Pines, Aronson y Kafry (1981, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) definen el *burnout* como "*un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente*". Esta definición da lugar, al igual que en el caso de Maslach y Jackson (1981), a un inventario para la evaluación del síndrome, aunque presenta la ventaja de no enfocar exclusivamente el *burnout* en el contexto organizacional.

Introducen el término "*tedium*" para diferenciar dos estados psicológicos de presión diferentes. Para ellos, *burnout* es resultado de la repetición de la presión emocional, mientras que *tedium* es consecuencia de una presión crónica a nivel físico, emocional y

mental. El constructo *tedium*, por tanto, es más amplio que el de *burnout*. En concreto, Pines y Kafry (1978, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) han planteado que el *tedium* "se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurriría como resultado de un evento vital traumático súbito y abrupto, o como resultado de un proceso lento y gradual diario de "machaque"

Como puede comprobarse, el *tedium* no solo es un constructo más amplio, sino que además trasciende al ámbito organizacional y permite la posibilidad de aparición del síndrome ante cualquier evento o proceso suficientemente aversivo que cumpla la anterior caracterización.

Por otra parte, *burnout*, según estos mismos autores, es el síndrome que padecerían los profesionales de los trabajos relacionados con servicios humanos, mientras que *tedium* queda para describir a las demás profesiones (si nos centramos en el contexto organizacional).

La relevancia de esta diferenciación radica en que es la primera vez que el *burnout* no se enfoca a unos determinados trabajos, sino que se amplía aunque, como indican Maslach y Jackson (1984), las profesiones de "ayuda humana" han sido el origen del estudio acerca del *burnout* y, por tanto, las que más investigaciones han generado y donde más resultados se han ofrecido para la explicación del síndrome.

A partir de estas definiciones no surgen ya conceptualizaciones teóricas originales del *burnout*, y se pasa a un intento de comprensión del síndrome mediante los resultados obtenidos en diversas investigaciones. Parece que se admite fundamentalmente la definición de Maslach y Jackson (1981), sin que haya tenido tanta repercusión la de Pines (1981). Por tanto, las siguientes definiciones que se aportan suelen girar en torno a la ofrecida anteriormente, y la asunción de la relación estrecha entre estrés ocupacional y *burnout*, que es aceptada casi unánimemente.

Emener, Luck y Gohs (1982, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) indican que todas las definiciones que se habían aportado de *burnout*, hasta ese momento, lo que hacían era describir el "síndrome del carbonizado", como ellos denominan a los individuos que padecen este problema. De ahí que en la actualidad una traducción libre de *burnout* sea la de "quemado", cuando realmente lo que se está reflejando es una situación cualitativamente más grave ("carbonizado").

Estos mismos autores plantean que *burnout* tal vez pueda ser descrito como el estado mental y físico resultante de los efectos de debilitamiento experimentados por sensaciones negativas prolongadas, relacionadas con el trabajo y con el valor que le merece al empleado el "cara a cara" del trabajo y de los compañeros.

Martin (1982, citado en www.diezminutos.org/burnout.html) sugiere que "*el burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico*" (p. 461), abriendo la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre *burnout* y depresión, lo que supone un nuevo problema conceptual, puesto que ya no es solo la similitud entre *burnout* y estrés, sino también con depresión. La depresión se ha defendido como una de las posibles causas que pueden provocar *burnout*.

Perlman y Hartman (1982, citado en www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml) encuentran los siguientes tópicos referidos al *burnout*: fracasar y estar agotado, respuesta a un estrés crónico, y síndrome con actitudes inapropiadas hacia los clientes y hacia sí mismo. Todo esto es asociado con síntomas físicos y emocionales y provocados por una estimulación negativa del trabajo y la organización hacia la persona que desempeña su labor profesional.

A pesar de que hasta ese momento parecen existir líneas de definición aceptables, Smith y Nelson (1983, citado en www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml) concluyen que "*obviamente no es posible ofrecer una*

definición concisa del fenómeno" (p. 15), en clara referencia a la complejidad del constructo que se intenta conceptualizar.

Elliot y Smith (1984, citado en www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml) parten de que el *burnout* puede ser un rasgo de personalidad. Además consideran que en el proceso del síndrome hay que buscar el equilibrio perdido y plantea que la creencia al cambio es la fórmula para afrontar el *burnout*.

2.2 Características

Los rasgos definitorios del síndrome de *burnout* provienen de los trabajos de Maslach y Jackson (1981), quienes consideran tres componentes esenciales:

- El cansancio emocional: Constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí" desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal y deshumanizada en las relaciones con las personas y miembros del equipo. Se muestra distanciado, a veces cínico y usa etiquetas despectivas, o bien en ocasiones trata de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuye su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación, aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.
- La despersonalización: Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse del agotamiento.

- La falta de realización personal: El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad y se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional), si bien puede surgir el efecto contrario: una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas requeridas exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica en la cual el agotamiento emocional, como primer componente, conduce a la obtención de los otros dos: la despersonalización y a la autoevaluación negativa. Por otro lado, este síndrome está considerado como una variable continua que se extiende desde una presencia de nivel bajo o moderado, hasta altos grados en cuanto a sentimientos experimentados.

Además, la progresión no es lineal; más bien es un proceso cíclico que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo. De esta forma, una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo (Maslach y Jackson, 1981).

El síndrome de *burnout* o de agotamiento profesional se considera un proceso continuo y los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado. Su aparición no es de forma súbita, sino que emerge paulatinamente, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir.

Factores que influyen en el desgaste profesional

Se destacan tres aspectos importantes en el desarrollo del síndrome (Mariana, J.A, 2004):

- Personalidad: Eventos vitales, edad y años de ejercicio profesional, sexo, familia y apoyo social. Una personalidad madura y una situación vital favorable son factores protectores ante el desgaste profesional. La persona, al contar con un sistema de apoyo adecuado, puede verse menos propensa a desarrollar el síndrome que quienes no poseen una situación personalmente estable.
- Factores laborales: Profesiones de gente que trabaja con gente. Condiciones laborales deficientes en cuanto a medio físico, entorno humano, organización laboral, sueldos bajos, sobrecarga de trabajo.
- Factores sociales: La extensión del síndrome de desgaste profesional hace pensar que el *burnout* puede ser un síntoma de problemas sociales más amplios. Como por ejemplo, cuando el profesional se enfrenta diariamente a situaciones traumáticas y experimenta los efectos secundarios de estas, como es el caso de las psicólogas que trabajan en trauma.

Evolución del cuadro y sintomatología asociada

El síndrome de *burnout* no se presenta de un momento a otro. Su mayor característica es que se va generando por etapas de agotamiento, ya sea físico o emocional.

1° Etapa: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos, de forma que los primeros exceden a los segundos, lo cual provoca una situación de estrés agudo.

2° Etapa: El individuo realiza un sobreesfuerzo o “aprieta el acelerador” para adaptarse a las demandas. Pero esto solo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como: menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo, hasta aquí el cuadro es reversible.

3° Etapa: Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional con los síntomas descritos con anterioridad, a los que se añaden:

- Síntomas psicósomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial y alteraciones menstruales.
- Síntomas conductuales: ausentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café y otras sustancias tóxicas, consume elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares y conducta de alto riesgo como conducción temeraria.
- Síntomas emocionales: El rasgo más característico es el distanciamiento afectivo hacia las personas que ha de atender. Ansiedad que disminuye la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas e incluso paranoia hacia clientes, compañeros y jefes. Pueden volverse insensibles, crueles y cínicos.
- Síntomas Defensivos: El individuo "desgastado" niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los clientes, compañeros o jefes de su situación y no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

4° Etapa: Hace que tenga bajas frecuentes, ausentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, lo cual convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

A quiénes afecta

El *burnout* puede afectar a toda persona que se desempeña en profesiones que exigen entrega, idealismo, compromiso y servicio a personas. Francisco Alonso Fernández, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, establece una

clasificación de las trabajadoras y trabajadores que sufren *burnout*: estrés de la competitividad (empresariado, directivos/as); de la creatividad (escritores/as, artistas, investigadores/as); de la responsabilidad y entrega (médicos/as, enfermeras/os); de las relaciones (servicios en contacto directo con las personas: profesorado, funcionarios/as, vendedoras/es); de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos) (Corsi, Jorge 2000).

Sin embargo, gran parte de los estudios sobre *burnout* han llegado a la conclusión de que son las profesiones asistenciales las más afectadas por el desgaste. De esta opinión es Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid, quien indica que el burnout afecta principalmente a las profesiones asistenciales y, entre ellas, a dos: la docencia y la asistencia a víctimas. Ello se explica por los elementos del contexto y por las condiciones personales de quien presta el servicio.

Los elementos del contexto se dan por el estado de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste: mientras más intensas sean las demandas de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del especialista, existe mayor probabilidad de que el síndrome aparezca. A esto se agregan las condiciones físicas y sociales del trabajo.

Respecto de las condiciones personales, el perfil de la persona más propensa al *burnout* se caracteriza por una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, entre otros elementos. Ello hace decir a Jorge Corsi, experto argentino en violencia intrafamiliar, que tales personas organizan una distorsión cognitiva, según la cual "solo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas tan bien"(Corsi, Jorge,2000).

La insatisfacción marital, las relaciones familiares empobrecidas, la falta de tiempo de ocio y la ausencia de actividad física, junto con una insatisfacción permanente y

sobrecarga laboral, son factores que también son asociados al síndrome de *burnout* (Modlin y Montes, citado por Corsi, 2000). En resumen, a estas personas, víctimas del síndrome, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse.

Diferencias de género

1. La transmisión social del comportamiento de género en las mujeres y en los hombres

Según Gioconda Batres (2001), en Psicología, el estudio científico del sexo y del género se abordan por primera vez a fines del siglo XX. Esto ocurre en el marco de los estudios sobre inteligencia e ingresa abiertamente hasta hace tres décadas, con los reportes de Money, ampliamente discutidos en la literatura sobre el tema.

La adquisición del género significa el aprendizaje social de normas que nos informan lo que una persona, hombre o mujer, está obligada a seguir. Establece también lo prohibido y lo permitido para cada sexo. El género habla de las construcciones sociales, culturales y psicológicas que se han impuesto a las diferencias biológicas. Estas normas se transmiten a través de diferentes instituciones, entre las que están la familia, la religión, la escuela y muchas otras. Los *roles* son actividades y funciones relacionadas con el género y están determinados también por la cultura.

El género como categoría tiene un carácter social. Designa una realidad psicológica, una fuente cultural, con una vertiente colectiva y otra individual. El género, como conjunto de pensamientos y emociones, contribuye a estructurar la sociedad al establecer jerarquías de las actividades humanas, en donde lo masculino tiene más valor que lo femenino (Benería, 1987, citado en La salud de las mujeres y el género. *Med. leg. Costa Rica*, set. 2001, vol.18, no.2, p.10-19. ISSN 1409-0015.).

La jerarquización de los géneros establece una relación de poder entre ambos. Su trasgresión requiere de grandes cambios individuales y sociales, con altos costos emocionales, porque parece haber una especie de inhibición cognitiva individual en cada persona que impide la toma de conciencia genérica, además de todas las

sanciones sociales y económicas que existen para quienes transgredan los mandatos genéricos. Esto tiene que ver con que la identidad de género es estructurada e internalizada desde la primera infancia (18 meses) y está asociada, por lo tanto, a factores cognitivos y emocionales que, desde el punto de vista psicológico, hacen más difícil su reconstrucción (Jayme y Sau, 1996, citado en La salud de las mujeres y el género. *Med. leg. Costa Rica*, set. 2001, vol.18, no.2, p.10-19. ISSN 1409-0015).

Mediante la utilización de la diferencia entre sexos y género como herramienta heurística central, la teoría de género busca recoger la diversidad en los modos en que se presentan las relaciones de género y dar cuenta de la identidad genérica, tanto de hombres como de mujeres (RUTA, 1996, citado en La salud de las mujeres y el género. *Med. leg. Costa Rica*, set. 2001, vol.18, no.2, p.10-19. ISSN 1409-0015).

2. Aflicción psicológica y género

Durante los últimos años se han estado dando cambios importantes en el campo del conocimiento científico, en lo referente a la construcción de la identidad femenina y la condición de la mujer, así como en las formas en que esta ha sido construida y transmitida culturalmente (Batres, Gioconda, 2001). Estos cambios se acompañan de una abundante literatura en todos los campos del saber humano, que explican la experiencia femenina a la luz del género. También aportan nuevos enfoques psicológicos y sociológicos, entre otros, al análisis del tema. Paralelamente ha surgido una corriente de investigación crítica sobre la condición de la mujer y la diferencia impuesta entre los géneros.

Esta literatura ofrece una nueva guía, un código que incluye la perspectiva de género para releer las teorías psicológicas tradicionales y que varía los métodos de investigación los cuales acompañan dichas teorías. Encara fundamentalmente los efectos psicológicos derivados del estatus de subordinación en la mujer y los efectos en su salud mental. Es decir, propone que las mujeres han enfermado por la mutilación que representa ser mujer en nuestras sociedades.

Las formulaciones básicas de la Psicología de la Mujer, como tradicionalmente se postularon, son cuestionadas por los estudios de género, y muchos de estos conceptos han sido reconceptualizados. Estos puntos de vista contemporáneos antagonizan en amplios aspectos las creencias establecidas por las teorías psicológicas vigentes.

Este abordaje género-sensitivo constituye un reto para las/os profesionales en salud mental y crea una obligación ética: el entender cómo el contexto social y el rango devaluado que ocupa la mujer en la sociedad, contribuyen al origen y a la persistencia de los problemas emocionales de las mujeres, que tienen implicaciones psicológicas obvias en su vida, en su papel en la sociedad, en el modelo de socialización que enfrenta, en las expectativas culturales, en el sentido de que su personalidad se desarrolla en un marco que define a la mujer como un grupo desvalorizado.

El sexismo puede dominar el proceso terapéutico y tener un efecto limitante sobre este. Los estereotipos impiden a los/as terapeutas conocerse a sí mismos y a sus clientes. Los estereotipos más perjudiciales están relacionados con la homofobia, los roles sexual, étnico y de clase.

Algunos/as terapeutas pueden intentar influir en sus clientes masculinos y femeninos para que se cumplan los conceptos estereotipados de masculinidad y feminidad. Los clientes masculinos pueden ser reforzados para ser fuertes, independientes y poco emocionales y las mujeres para ser menos asertivas y más dependientes (Cormier, 1991, citado en La salud de las mujeres y el género. *Med. leg. Costa Rica*, set. 2001, vol.18, no.2, p.10-19. ISSN 1409-0015).

3. Género y salud mental

Desde el siglo XVIII hasta el presente, han surgido diversas teorías para explicar y denunciar la situación asimétrica de género entre hombres y mujeres, en la cual se da una posición de desventaja que asumen, como dice Gayle Rubin, con infinita variedad y monótona similaridad, siempre las mujeres (Batres, Gioconda, 2001).

Para la Psicología tradicional, en particular el Psicoanálisis, la mujer aparece como un hombre al que le falta "algo", porque según Freud solo existe un sexo: el masculino. Este se convierte una vez más en un argumento pseudocientífico, en una realidad que no es psicológica sino social: el estatuto prominente del hombre en la sociedad, hasta la actualidad.

Y precisamente ese estatuto privilegiado del hombre, esa enajenación de la mujer, no deja de tener repercusiones sobre la psicología femenina. Pero no son la anatomía ni las "glándulas" las que constituyen el "destino" de la mujer: es la organización de la sociedad en clases antagónicas, es la explotación del hombre hacia la mujer.

El proceso de deconstrucción de paradigmas tradicionales que ha tenido lugar en las últimas décadas, destaca que vivir en una sociedad sexista tiene costos para la salud mental. Sin importar condiciones de raza, edad, clase u orientación sexual, conlleva diversos factores que propician conflictos intrapsíquicos.

Según el estudio de Broverman (citado por Batres 2001), los profesionales de salud encuestados tenían diferentes conceptos de salud para hombres que para mujeres. Estas diferencias se asemejan a los estereotipos de rol sexual que prevalecen en nuestra sociedad. Los profesionales en clínicas asignan mucho menos a las mujeres los rasgos que caracterizan a los "adultos saludables". Tienden más bien a atribuir estos rasgos a hombres.

Para que una mujer sea considerada sana, debe "ajustarse" y aceptar las normas conductuales para su sexo, aun cuando estas conductas son generalmente menos deseables socialmente y son consideradas generalmente como menos saludables para "los adultos maduros y competentes".

La aceptación de una noción de salud, de "ajuste", coloca a las mujeres en la conflictiva posición de tener que decidir entre mostrar las características positivas consideradas como deseables para hombres y adultos o tener que ser cuestionada en su feminidad (es decir, desviarse de lo que estereotípicamente debe ser una mujer). El estudio arroja

como evidencia que los clínicos aceptan los estereotipos de rol sexual, lo cual contribuye a que se perpetúen los estereotipos.

Siguiendo el intento de relacionar salud mental con identidad de género, Emilce Dio, citada por Batres, afirma que los factores psicosociales que conducen a la depresión no son sino el espíritu mismo del estereotipo de femineidad. Esta autora propone relacionar las condiciones que predisponen a la depresión con los modelos de femineidad y masculinidad. La persona deprimida muestra rasgos como dependencia, pasividad, falta de firmeza o asertividad, gran necesidad de apoyo afectivo, baja autoestima, indefensión e incompetencia. Estos rasgos coinciden como si fueran calcados con las características de la femineidad.

Las teorías de género han intentado explicar la opresión de las mujeres desde distintos ángulos y ha expuesto los mecanismos que la perpetúan y reproducen. Según Mabel Burin, la alta incidencia de trastornos, sin base biológica comprobada en las mujeres, debe verse como una rebelión interna. Esta es una respuesta o resistencia que presentan ante las condiciones opresivas de su vida cotidiana y lo que han introyectado para ser aceptadas socialmente.

4. Factores de estrés entre hombres y mujeres

Los factores de estrés, también llamados estresores, pueden ser similares para hombres y mujeres, como, por ejemplo, las condiciones económicas, sociales y políticas. De acuerdo con Jane Ussher, ex directora de la Unidad de Investigación de la Mujer, de la Universidad de Londres, “las personas con pocas oportunidades económicas y sociales viven cada día un sinnúmero de factores estresantes, además de condiciones nutricionales pobres” (Cimac, 2000).

La investigadora señala que existe mayor estrés en poblaciones que sobreviven con menos de un dólar diario y menor estrés en países considerados con alto estándar de desarrollo humano. Así, en una encuesta realizada en El Salvador, el 83% de las personas encuestadas (obreros/as, vendedoras/es y empleadas/os) adujo que la

violencia, los problemas en el hogar y las dificultades para lograr sus proyectos, debido a la crisis económica familiar, eran las causales de su estrés (Cimac,2000).

Respecto de las condiciones políticas, la violencia por parte de los aparatos del Estado, los desplazamientos internos forzados, el exilio y la pérdida de un ser querido, son elementos que inciden en los niveles de estrés de la población, ya sean mujeres, hombres o menores de edad.

Sin embargo, tanto en el estrés como en el *burnout*, las diferencias entre hombres y mujeres aparecen nítidamente cuando se consideran las condicionantes de género. Las mujeres han sido identificadas, tradicionalmente, con los roles de la maternidad y el trabajo doméstico, dos roles relacionados claramente con los afectos y el cuidado de otras personas. A los hombres, en cambio, se les asocia básicamente con el mantenimiento económico de la familia, es decir, como proveedores.

Aun cuando esta adjudicación de papeles ya no es tan aguda, lo que se explica, entre otras cosas, por el ingreso de una parte importante de las mujeres en el mercado laboral y por los cambios culturales de los últimos años, lo cierto es que un gran número de mujeres se desempeña en actividades o profesiones de servicio y sigue realizando labores domésticas.

Carme Vall-Llobet señala que "la doble jornada (doméstica y laboral), la multiplicidad de roles, el papel de cuidadora de niños y niñas y de personas ancianas y enfermas, la imposibilidad de gozar de un tiempo propio y la desvalorización social y económica del trabajo reproductivo, han contribuido a que el trabajo doméstico constituya un elemento potenciador del estrés mental con mayores niveles de depresión y de adicciones (alcohol, juego dependencias afectivas)"(Marsellach, 2001).

Un reciente estudio realizado en Estados Unidos (citado en <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>), constató que las mujeres con hijos/as y responsabilidades laborales están expuestas a un alto grado de tensión

durante las 24 horas del día. La investigación examinó la orina de mujeres que eran madres y trabajaban fuera de su casa, con otras que también tenían un empleo, pero que no tenían hijos/as. El elemento de comparación fueron los niveles hormonales de cortisol ("la hormona del estrés"), de adrenalina y de noradrenalina, sustancias asociadas al estrés. Los resultados mostraron que las mujeres con hijos/as presentan mayores niveles de cortisol durante las 24 horas del día, respecto de aquellas que no poseen descendencia.

En general, la mayoría de las personas tiende a bajar sus niveles de hormonas del estrés al terminar el día, pero las madres que trabajan fuera del hogar pueden mantenerlos e incluso aumentarlos. Por ejemplo, mientras una mujer sin hijos que descansa en su casa normalmente tendrá 5 a 6 microgramos de cortisol por decilitro de sangre, una madre estresada puede tener hasta el triple de esa cantidad. En cambio, los niveles de hormonas del estrés disminuyen en los hombres cuando llegan a su casa, porque ven su hogar como un refugio de descanso físico y mental.

Daniel Sidelski, (citado en <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>), médico psiquiatra argentino, señala que si bien los acontecimientos estresantes pueden ser compartidos por ambos sexos, existen situaciones que se presentan con mayor prevalencia (incluso exclusivamente) en las mujeres: "Así como la exposición a eventos relacionados con violencia física, guerra o combate, suele generarse más frecuentemente en el género masculino, la mujer presenta otro tipo de estresores que son prácticamente de su exclusividad: embarazo —con y sin pareja estable—; convertirse en único sostén de sus hijos; no quedar embarazada en casos en que sí lo desea; ser víctima de violencia o acoso sexual; recibir maltrato físico o psicológico en su hogar; no desarrollar adecuadamente su carrera profesional por elegir desempeñar más eficazmente su rol de ama de casa y madre, son los clásicos ejemplos". (Guerrero, 2003)

Agrega que "en nuestra cultura, hispana, suele esperarse de la mujer que actúe como una madre plena de recursos, siempre dispuesta a satisfacer las necesidades de los

demás sin requerir atención a las suyas propias. En ese sentido, los trabajos de las mujeres consisten, típicamente, en posiciones de poco poder y mucho cuidado (enfermera, secretaria, psicóloga) en los que se les pide mucho y se les ofrece poco (los sueldos de las psicólogas suelen ser mucho menores que los de doctores y jefes). Debido a ello, muchas veces, lo estresante no es la tarea en sí, sino el rol asignado de madre que todo lo puede y nada necesita".

Para Sidelski, los factores importantes que marcan la diferencia de cómo las mujeres viven el estrés, en comparación con los varones, son las variaciones en la sensibilidad de las mujeres a lo largo del ciclo menstrual. También el tipo de estresores que enfrentan, los distintos significados que atribuyen a un mismo problema, el modo en que afrontan las dificultades, así como una distinta visión de la vida en general.

Hay más elementos que pueden incidir en el estrés de las mujeres. Estos son los cambios en su ciclo de vida como: el matrimonio, la maternidad, el posible divorcio, pasar de los 40 años en una cultura que venera la juventud y la belleza, la viudez y la reorganización de la vida cuando los hijos e hijas son mayores. A la vez puede deberse a factores psíquicos, como la ansiedad que siente cuando se le presiona para que salga de casa y se realice, o la de la mujer que trabaja remuneradamente y a la que se presiona para que vuelva a casa a fin de no perder a su familia (Marsellach, s/f).

La fisiología propia de las mujeres también puede contribuir a estados de tensión. Entre ellos se encuentran el desarrollo de los senos, la menstruación, la amenorrea (desaparición de la menstruación), el síndrome premenstrual, el embarazo, la depresión posparto, la infertilidad y la menopausia. Al parecer, también la manera de enfrentar el estrés es diferente en hombres y mujeres.

Karl Pribram, de la Universidad de California, en Santa Cruz, estudió las diferencias entre el cerebro de los hombres y el de las mujeres. Pribram llegó a la conclusión de que estas, al tener un mayor predominio del hemisferio izquierdo (el que dirige el lenguaje, la lógica y las definiciones), son capaces de desarrollar mejores estrategias

verbales para afrontar el estrés que los hombres, quienes serían menos capaces de controlarse (Marsellach, s/f).

Por su parte, Daniel Sidelski, basándose en su experiencia como psiquiatra, señala que para el género femenino lo importante es la repercusión afectiva de las contrariedades, mientras que para el masculino lo predominante es la repercusión efectiva. Por ende, mientras la mujer necesita expresar sus emociones, el varón necesita encontrar soluciones. "Ella sabe intuitivamente que, si se siente bien por dentro, los factores externos no representan gran inconveniente. Él, en cambio, experimenta alegría en la medida en que los problemas son resueltos".

El *burnout* también afecta de manera diferente a mujeres y hombres. Según diversos estudios, las mujeres presentan una serie de características relacionadas con el trabajo las cuales las predisponen al síndrome. Por ejemplo, presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos entre la familia y el trabajo, entre otras. Maslach y Jackson precisan que las mujeres son más propensas que los hombres a la dimensión de agotamiento emocional. Los hombres, por su parte, son más proclives a la dimensión de despersonalización.

No se puede dejar de lado, dentro de esta discusión, que el ingreso de las mujeres en el mundo del trabajo ha repositionado el rol femenino en distintos ámbitos y ha reportado gratificación y valoración social. Las mujeres han experimentado cambios dentro de la familia y en las relaciones con el sexo opuesto y han ampliado su acceso a bienes materiales y culturales.

Aun así, la vinculación del síndrome de *burnout* con la sobrecarga emocional en las mujeres es evidente; principalmente si se ve desde un plano psicológico, en donde la mujer presenta una personalidad caracterizada por la obsesión profesional, como se ha explicado con anterioridad. La falta de búsqueda de satisfacciones personales, el sentimiento de "indispensabilidad" es mayormente afectada. Es decir, la restricción personal, en muchos casos, al mundo profesional.

Muchas veces las mujeres pueden sentir la responsabilidad de un hogar versus el ambiente laboral. En determinada circunstancia deben escoger alguno de los dos y, en su mayoría, es el hogar el que lleva la prioridad. Si se desarrollan ambos ambientes se ve, como mujer, por su rol socio-cultural, obligada a no “fallar” ante sí misma ni ante la sociedad. Es entonces donde se pueden presentar factores asociados como la insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio y eliminación de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral. En síntesis, a las mujeres víctimas del síndrome de *burnout* les resulta casi imposible disfrutar y relajarse.

El personal de salud

Como ya se ha dicho, gran parte de la población femenina que trabaja remuneradamente lo hace en actividades o profesiones de servicio, en los que la atención o cuidado de otros es la función fundamental y le exige un gran compromiso emocional. El mejor ejemplo es el de las psicólogas, médicos y enfermeras.

El estrés en las profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los 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, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas (lo que supone conflicto y ambigüedad de rol), falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, 2001):

- En el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a las profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios

y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

- En el plano de las *relaciones interpersonales*, las interacciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.
- Desde un *nivel organizacional*, las profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales y problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones y las respuestas disfuncionales, por parte de la dirección, a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores como ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.
- Por último, en el *entorno social* se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (v.g., la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población los cuales requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.)

El rol profesional en la Psicología

1. El/la profesional en Psicología

Ser psicóloga (o) es ejercer el oficio de la Psicología. No se es psicóloga (o) con la información teórica o la bibliográfica, sino con la aplicación del conocimiento a una tarea (Stamm, 1999). Con esto se señala la necesidad de integrar no solamente teoría y práctica, sino que dicha integración es la base de la tarea del psicólogo (a). No puede realizarse si no se investiga siempre lo que se hace y cómo se hace, mientras se está haciendo.

El psicólogo(a) debe tender a una insensible continuidad entre su quehacer como oficio y su experiencia como ser humano, por el mero hecho de vivir. Esto, que es tan difícil de conseguir, evita el disociar y separar la Psicología de la vida concreta de los seres humanos.

El psicólogo(a) enfrenta problemas muy peculiares en su tarea frente al objeto de estudio: el ser humano, “a quien tenemos que estudiar es muy semejante a nosotros, y estudiando al otro nos estudiamos e investigamos, en cierta medida, nosotros mismos” (Stamm, 1999). Este hecho hace más intensas y agudas las ansiedades que crea todo campo de trabajo y toda investigación. Por otra parte, el instrumento con que trabaja el psicólogo(a) es su propia personalidad. El contacto directo con el objeto de estudio es condición impostergable de la tarea psicológica.

Las ansiedades en el campo de trabajo del psicólogo(a) son mucho más intensas que en cualquier otro campo específico. Este(a) debe trabajar con un cierto grado de disociación: en parte identificado proyectivamente con el objeto de estudio y en parte fuera, observando lo que ocurre. Esta disociación debe, a su vez, ser dinámica y tiene que establecerse y ser mantenida con una distancia óptima.

El trabajo en equipo o el trabajo grupal es una exigencia básica para el psicólogo (a), porque resulta más fácil cualquier distorsión de su tarea cuanto más trabaje en forma individual y aislada.

Se sabe que el respeto, la simpatía y la admiración de la comunidad dependen no solo de lo que el psicólogo(a) dice o hace, sino de lo que la comunidad pone en ella/él como deseo y como esperanza. Cuando la comunidad habla del médico, esa palabra lleva implícita la prevención de las enfermedades y su curación; cuando habla del psicólogo(a) está hablando de ser comprometido con sus pacientes (que por otra parte es el primer paso para cualquier curación).

Aun cuando la comunidad se refiere al investigador(a) en Psicología o al experimentado(a), lo/la encierra en un aura de contornos mágicos, otorgándole la dimensión de: la/el-que-comprende. Por esto, entre nosotros, el psicólogo(a) es un/una líder descubierto, sostenido y exigido por la comunidad. Es esa su máxima excelencia(Pearlman, 1995).

2. La profesión de psicólogo(a)

En verdad no existe actividad humana en la que no intervenga la motivación, de modo que el/la psicólogo(a) está en capacidad de participar en toda planificación que involucre la acción de personas, individualmente o en grupo, a fin de lograr metas deseadas. Por ellos puede orientar el mejor encauzamiento de todos los problemas personales públicos que se originen en causas psicológicas.

Los campos a que se dedican actualmente los profesionales en Psicología son ya relativamente numerosos; si bien la mayor proporción de profesionales se consagra al psicodiagnóstico, la psicoterapia y la psicología estudiantil, también es importante el número de psicólogos(as) laborales, experimentales, orientadores vocacionales especializados en investigaciones de mercado o de opinión pública, etc.

Ciertamente, cualquier ámbito en que se vea involucrada la Psicología, va a ser de suma importancia para la sociedad, pero si bien es cierto que existen mayores riesgos de cansancio físico y emocional cuando el/la profesional trabaja directamente ayudando a otros. A continuación se explican varios de los campos de la Psicología en donde el desgaste físico y emocional afecta mayormente al profesional:

- Psicología laboral

La labor del psicólogo es hacer una selección profesional, evaluando el mejor ajuste de la persona al trabajo y el mejor ajuste del trabajo a la persona. Evalúa también la interrelación de los pequeños grupos que realizan alguna tarea en común en fábricas o empresas comerciales, la relación del obrero y la dirección, el poder, etc.

- Psicología en la vida cotidiana

La vida cotidiana ofrece posiblemente el campo más amplio y variado donde aplica todos los recursos de la psicohigiene. Por ejemplo, en los momentos del desarrollo normal que suponen cambios muy marcados, como la adolescencia, el climatérico o la senectud, con sus respectivos problemas de modificaciones biológicas y de reubicación social. También durante el embarazo, en los casos de intervenciones quirúrgicas o de tratamientos médicos especialmente intensos; en los momentos de duelo, de cambios migratorios, de pérdidas de empleo o de cargos profesionales, en situaciones de divorcio, de adopción de niños, en el ingreso al servicio militar y traumas en general.

El esclarecimiento de las emociones y conflictos suscitados por estas circunstancias críticas ayuda a salir de la confusión y desorganización, disminuyendo la ansiedad y permitiendo el mejor empleo de todos los recursos psicológicos con que la persona cuenta. Ello implica una importante labor psicosocial que puede evitar futuros daños psicológicos.

- Psicología en la comunidad

En cuestiones que conciernen a la vida colectiva, especialmente en una época de aceleración histórica como la que estamos viviendo, con sus rápidos cambios socioculturales y tecnológicos a cuyos traumatizantes efectos es difícil de escapar. El psicólogo(a) puede actuar de asesor de los poderes gubernamentales en diversos aspectos de la administración pública, a fin de eliminar o al menos reducir los efectos nocivos para la salud psíquica de la comunidad.

Los psicólogos(as) deben establecer contacto directo con todas aquellas personas que, por la índole de sus funciones, ejercen influencia (personas claves) sobre grupos de población más o menos numerosos: maestros, personal de policía, enfermeras, jueces, sacerdotes y médicos, a través de una acción orientadora. Se exige así a la profesional en Psicología una mayor necesidad de involucrarse directamente con quien/quienes debe ayudar.

Lamentablemente, hoy los frutos del pensamiento científico y técnico del hombre/mujer no son utilizados solamente al servicio de la felicidad social e individual. Además, el ser humano está perturbado(a) por la xenofobia, el racismo, los prejuicios de clase y de religión, etc. Sería insensato exigir a la Psicología que canalizara por sí sola transformaciones que afectan a circunstancias sociales, económicas y políticas. Pero aun así, siendo insensato, la Psicología está actualmente canalizando por ella misma todos estos cambios al actuar preventiva y terapéuticamente.

- Psicología y la guerra

Se ha dicho y repetido con frecuencia que la guerra irrumpe ante todo en la mente del ser humano, que es allí donde debemos construir la paz. El psicólogo(a) debe actuar asimismo dentro de la comunidad como esclarecedor y orientador, si es que habrá de influir para que los modos de vida de los pueblos se encaucen en un sentido más acorde con sus propios deseos y propensiones racionales y humanitarias. El

psicólogo(a) debe influir en las expectativas y emociones de la gente para modificar sus actitudes y proceder, y esto genera un desgaste en todas las áreas de su vida.

La contra transferencia

Uno de los rasgos sobresalientes del pensamiento psicoanalítico “hoy” reside en el acuerdo sobre la consideración de la contratransferencia, no solo como un acontecer normal, frecuente o constante, sino como un instrumento del cual no podemos prescindir cuando se hace referencia a la terapia de trauma.

Para Willy Baranger, “la contratransferencia está constituida esencialmente por afectos en busca de su formulación”. Baranger, al revisar las categorías afectivas en juego, se refiere en síntesis a:

- Estados afectivos que provienen de la situación analítica en cada momento, es decir, reacciones afectivas transitorias que pueden adscribirse a los tipos de contratransferencia concordante y complementaria, según el analista participe en los estados afectivos del paciente, identificándose con su yo o con los objetos internos de este, respectivamente.
- Afectos contratransferenciales que resultan de un proceso de identificación proyectiva del analizado.
- Estados afectivos no directamente percibidos como tales por el analista ni por el analizado, pero que constituyen un “enganche” entre ambos y forman los aspectos inconscientes del campo, dando origen a un “desgaste físico y emocional” o a un campo patológico.

En esta concepción el afecto contratransferencial hace su aparición en el seno de la actitud de “atención flotante”, recomendación esencial de Freud respecto a la actitud

subjetiva del analista cuando escucha a su paciente, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente.

Si la contratransferencia es esencialmente respuesta a los interrogantes que plantea el material del paciente, el afecto contratransferencial aparece como una respuesta inmediata: registro a nivel del cuerpo y de la mente pero registro que a su vez pregunta. Aquí no solo el/la paciente se ve influenciado por el trauma o situación ocurrida, sino que la/el psicóloga (o) también se ve afectada al tener que responder a las necesidades del paciente.

Si la obra de Freud se encuentra marcada por la percepción como garantía de objetividad de la realidad, en el afecto el cuerpo mismo, con sus procesos de inervación y descarga, sensaciones de movimiento al realizarse el afecto y por otro lado sensaciones cualitativamente distintas de placer y displacer, “*sustituiría al mundo exterior*” (Freud, 1938-1940).

Así, el hallazgo del afecto en el/la psicólogo(a) crea un fenómeno en su manifestación física y mental, pondría a/la psicóloga no solo en el sentimiento y el juicio de su existencia como persona, sino de su existencia como tal. Su afecto sería un portador de esta pregunta: ¿por qué siento aburrimiento, somnolencia, desconfianza o especial interés? Esta pregunta inicia el síndrome de *burnout*.

La instrumentación de la contratransferencia es solo posible en un segundo momento y entra en juego a raíz de la señal afectiva que sorprende al analista en su atención flotante. Es decir, cualquier afecto dentro de dicha actitud implica el sentimiento de sorpresa que coloca al psicólogo(a) en estado de tensión, de búsqueda, de necesidad de reconsiderar la situación, de elaborarlo y efectuar algún tipo de intervención que lo/la descentre y al mismo tiempo consolide el proceso analítico.

Se trataría en este caso de una agudización del doble carácter de la conflictiva: no solo el psicólogo(a) se enfoca en su paciente sino que debe enfocarse en sí mismo(a), que es característica de la contratransferencia.

A una mayor integración del "self" correspondería una mayor posibilidad de anclaje y lanzamiento, de aceptación de lo inconciente, de lo distinto, diverso, extraño que puede provenir del material del paciente e impactar emocionalmente al analista (angustia, miedo, sensación de "lo siniestro"). (Etchegoyen, R. H. 1982)

Se subraya que interpretar caracteriza la acción del psicólogo(a) y que si ser psicóloga(o) implica el deseo de interpretar, apoyar y guiar al paciente, los efectos de esto son: tensión, inquietud y malestar, hasta que la inadecuada elaboración de dichas contratransferencias lo/a lleven al enfrentamiento del síndrome de *burnout*.

Alerta y cuidado de la salud de las psicólogas ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas

Los efectos traumáticos debidos a la atención de víctimas de trauma, han sido descritos por Susana Velásquez como "el efecto de ser testigo de la violencia" (Velásquez S. 1998-2000). Ser testigo permanente de violencias de diverso calibre, cumpliendo con la propia práctica profesional, genera en las psicólogas una patología que, con frecuencia, se confunde con el estrés, especialmente en quienes son sumamente exigentes consigo mismos.

Sin embargo se diferencia de este, no en los síntomas visibles, sino porque afecta la identidad profesional, patología que el estrés no genera. Este cuadro sintomatológico es conocido como *burnout*. El *burnout* es un efecto de la permanente práctica con víctimas, la cual desarrolla muchas veces condiciones desfavorables (léase en lugares inhóspitos, con escasos recursos para el trato con las víctimas y las psicólogas: no siempre cuentan con computadoras que les permitan ordenar su trabajo, y padecen la exigencia de horarios excesivos y dificultades de índole administrativa).

Trabajar con niños que sufrieron repetidamente un trato inhumano y abusos sexuales, físicos u otros abusos, se puede convertir en una situación traumática. Se trabaja con niños-víctimas cuyos relatos testimonian la experiencia de haber padecido actos de crueldad humana indescriptible. Las profesionales esperan confortar y apoyar a las víctimas mientras, a la vez, son defensoras de sus derechos. Al mismo tiempo deben ocuparse de encontrar recursos para atender y tratar de resolver los problemas que cada situación plantea. Todo ello, operando, con frecuencia, en un medio ambiente hostil (déficit de material y, en ocasiones, sobrellevando tensiones resultantes de la organización de la oficina o de su vida personal).

Otra fuente de tensión es la falta de normas claras para operar en el campo. La naturaleza del trabajo, articulada con características de algunos profesionales que se autoexigen en busca de excelencia, desemboca en lo que Figley C. (1995) denomina trauma vicario.

1. El trauma vicario

Se estudió en profesionales que atendían adultos y que, modificando el nivel de análisis, se trasladara en esta investigación a quienes atienden a niños.

El trauma se caracteriza por la aparición de una tensión permanente padecida por quienes están expuestos de manera crónica y aguda al trauma, a la “congoja” y a otras reacciones que son comunes en las víctimas. A ello se debe añadir que las características de las instituciones no siempre están preparadas para recibir a estas víctimas.

Se pueden describir cuatro momentos que desembocan en el trauma vicario: Contratransferencia, *burnout*, desorden postraumático por tensión (PTSD) y el engaño secundario.

Señales de agotamiento

El *burnout* toma semanas o a veces años antes de emerger. La iniciación es lenta. Quienes comienzan a padecer el *burnout* se irritan fácilmente, se muestran inquietos sin razones aparentes y, con frecuencia, se sienten tristes y aun deprimidos. Surge una hipersensibilidad que los lleva a enfrentarse con sus compañeros de trabajo. A medida que transcurren los meses, las profesionales desgastan su capacidad para sentir y cuidar de otros, es decir, colapsan su capacidad de compasión que les permitía sentir empatía hacia las víctimas.

El *burnout* también se evidencia mediante síntomas que se expresan en los niveles cognitivos que afectan el desempeño del trabajo. Por ejemplo, se advierte incompetencia para tomar decisiones, se disminuye la imaginación en la selección y creación de recursos, reiteradamente se padecen olvidos (no recuerda citas programadas, olvida su agenda o su cartera, etc.). También surgen estados de embotamiento que interfieren su producción y es notoria la dificultad para concentrarse.

Quienes padecen *burnout* sienten agobio por su tarea y tienen la sensación que su trabajo les consume la vida. Piensan continuamente en cambiar de actividad porque no reciben la gratificación esperada por lo que hacen, pero calculan que carecen de oportunidades fuera del hábitat laboral.

El impacto físico de la tensión propia del *burnout* se hace notar en la vida familiar (Se pelea con su familia por razones insignificantes). Además se manifiesta en alteraciones orgánicas: aparecen crisis de insomnio, la persona despierta exhausta y desprovista de cualquier energía física y emocional, padece dolores de cabeza y de espalda; perturbaciones gastrointestinales, hipertensión sanguínea, modifica sus hábitos alimenticios (come en exceso o disminuye notablemente su ingesta).

La relación con la víctima (niño/niña)

Escuchar a los niños y niñas narrando qué les sucedió, suele producir un efecto inesperado: lo que describen funciona como un trauma también, en el psiquismo de quien lo/la atiende, debido por lo general a la gravedad del relato. La profesional tiene que procesar dicha narración como si fuese un cuerpo extraño que se debe convertir en propio, lo que exige un esfuerzo en su "economía" emocional.

La reiteración de estas situaciones ocasiona uno de los quiebres psicológicos propios del *burnout*, que se suma a la impotencia y el sentimiento de culpa por tener que aceptar que, en su posición de Psicóloga, no puede hacer nada más que apoyar a su cliente. Dicha circunstancia despierta un conflicto con el propio sentimiento de impotencia de la persona.

Identidad profesional

Esta índole de conflictos permite diseñar las características del *burnout* desde la perspectiva del daño ocasionado a la identidad profesional que lo distingue del estrés. Llega un momento cuando las profesionales en Psicología se cuestionan lo siguiente: "¿para qué elegí esta carrera? No me sirve ser psicóloga porque estudié para ayudar a la gente y ahora no tengo las herramientas para hacerlo".

Estas situaciones despiertan sentimientos específicos, ya que no se puede vivir cotidianamente desaprobando la propia actividad laboral, ni en estado de perplejidad, irritación e impotencia permanentes. Por lo general no se registra conscientemente el efecto de estos pensamientos y habrá quienes afirmen "A mí nunca me pasó eso!". No advierten el compromiso de su salud hasta que estudian los efectos del *burnout* (Val-Llobet, 2000).

Una característica inevitable para reconocer el *burnout* en su eficacia sobre la identidad profesional reside en la paradoja que se plantea, puesto que comienza a padecerlo la misma persona que anteriormente era entusiasta y avanzaba enérgicamente con ideas nuevas frente a situaciones intrincadas.

Por lo general se trata de mujeres que no consiguen priorizar sus actividades, mediante la selección de aquello en lo que pueden intervenir y dónde se encuentra el límite de su actuación; pretenden cumplir bien con todo lo que estiman sea de su competencia. Les resulta sumamente difícil oponerse o negarse a realizar aquello que está más allá de sus posibilidades. A este nivel del *burnout* se ve reflejado claramente el cansancio emocional y laboral que la profesional en Psicología ha generado y que, como consecuencia, ha influido tanto en su vida personal como en la relación terapeuta-paciente.

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El estudio se caracteriza por ser de tipo cuantitativo-descriptivo. Se entenderá el tipo de estudio cuantitativo-descriptivo como:

Estudio en el que se recogen y analizan datos sobre variables. Este estudio trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que describa por qué las cosas suceden o no de una forma determinada (Popper Karl R.,1995).

ÁREA DE ESTUDIO

El área donde se realizó la presente investigación fue el Centro de Niños RISE, ubicado al oeste de la Ciudad de Chicago, Illinois. El centro se especializa en brindar consejería/terapia a niños y niñas, entre los 3 y los 17 años de edad, que han sido víctimas de abuso/violencia sexual. A su vez, el Centro brinda terapia individual y grupal para familiares y/o allegados de las víctimas.

UNIDADES DE ANÁLISIS (Universo)

El total de elementos (universo) acerca de los cuales se desea llegar a una conclusión basada en la información obtenida, lo conforman en esta investigación las veintitrés mujeres profesionales en Psicología que trabajan con Trauma Infantil (abuso sexual) en el Centro de Niños RISE, ubicado en la Ciudad de Chicago, Illinois. Estados Unidos.

FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

La recopilación de información se realizó mediante dos fuentes:

Fuentes primarias: La fuente primaria de la presente investigación la conforman las psicólogas del Centro de Niños RISE.

Fuentes secundarias: Son datos que ya existen y que han sido recopilados para propósitos distintos a los de la investigación que se realiza. Esto hace referencia a la investigación de bibliografía por medio de Internet o libros, referente al tema de *burnout*, trauma (abuso sexual) y género.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	1. Determinar cuantitativamente, por medio del Inventario Maslach, el nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, niveles del síndrome de <i>burnout</i> , presentados por las psicólogas del Centro.
Variable	Niveles del síndrome de <i>burnout</i> según el problema de investigación: 1. Cansancio emocional 2. Despersonalización 3. Realización personal
Definición Conceptual	1. Se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí", desde el punto de vista profesional. 2. Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de carácter pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse del agotamiento. 3. El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional en el puesto de trabajo.
Dimensión	1. Ámbito personal

Definición conceptual de dimensión	1. Se evaluarán los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que presentan las psicólogas del Centro.
Definición operacional	<p>1. La psicóloga trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal y una deshumanización en las relaciones con las personas y miembros del equipo. Se muestra distanciada, a veces cínica y usando etiquetas despectivas, o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de agotamiento por el trabajo • Nivel de cansancio al finalizar la jornada de trabajo • Nivel de fatiga al levantarse • Nivel de frustración en el trabajo. <p>2. Pesimismo, negativismo, aislamiento, despreocupación de las actividades laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de trato impersonal hacia los pacientes • Insensibilidad al trabajar • Sentimiento de culpa al tratar con los pacientes <p>3. Sentimiento de inadecuación profesional, no realizar esfuerzos para mejorar su trabajo, sentimiento de incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de los pacientes • Solución eficaz de los problemas de los pacientes • Influencia positiva en la vida de las personas • Nivel de actividad • Creación de una atmósfera relajada con los pacientes • Nivel de estimulación • Alcance de logros.
Definición instrumental	Cuestionario Maslach
Fuentes de información	23 psicólogas del Centro de Niños RISE de Chicago, Illinois

Objetivo específico	2. Identificar si existe una correlación entre los años de trabajo, el nivel de cansancio emocional, despersonalización y la realización personal presentados por las psicólogas del Centro.
Variable	1. Años de Trabajo

	<p>Niveles del síndrome de <i>burnout</i> según el problema de investigación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cansancio emocional 2. Despersonalización 3. Realización personal
Definición conceptual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Período de actividad laboral ejercida por una persona en una institución, centro u organización específica. 2. Se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí", desde el punto de vista profesional. 3. Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse del agotamiento. 4. El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.
Dimensión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ámbito laboral
Definición conceptual de dimensión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se tomarán en cuenta los años de trabajo en el Centro que ha tenido cada psicóloga. Se evaluarán las variables descritas anteriormente en las 23 psicólogas que trabajan en el Centro de Niños RISE.
Definición operacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Días, meses, años de actividad laboral. El tiempo de desempeño del actual puesto de trabajo. 2. La psicóloga trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal y una deshumanización en las relaciones con las personas y miembros del equipo. Se muestra distanciada, a veces cínica y usando etiquetas despectivas, o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de agotamiento por el trabajo • Nivel de cansancio al finalizar la jornada de trabajo • Nivel de fatiga al levantarse • Nivel de frustración en el trabajo. 3. Pesimismo, negativismo, aislamiento, despreocupación de las

	<p>actividades laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de trato impersonal hacia los pacientes • Insensibilidad al trabajar • Sentimiento de culpa al tratar con los pacientes <p>4. Sentimiento de inadecuación profesional, no realizar esfuerzos para mejorar su trabajo, sentimiento de incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de los pacientes • Solución eficaz de los problemas de los pacientes • Influencia positiva en la vida de las personas • Nivel de actividad • Creación de una atmósfera relajada con los pacientes • Nivel de estimulación • Alcance de logros.
Definición instrumental	Cuestionario Maslach
Fuentes de información	23 psicólogas del Centro de Niños RISE de Chicago, Illinois

Objetivo específico	3. Analizar si existe una correlación entre la edad, el nivel de cansancio emocional, despersonalización y la realización personal presentados por las psicólogas del Centro.
Variable	<p>1. Edad (Comprendida entre 25 años y 50 años)</p> <p>Niveles del síndrome de <i>burnout</i> según el problema de investigación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cansancio emocional 2. Despersonalización 3. Realización personal
Definición conceptual	<p>1. Tiempo de existencia desde el nacimiento. Se hace referencia al término edad adulta, en la cual un organismo, especialmente un ser humano, ya ha dejado la infancia y adolescencia para alcanzar su completo desarrollo físico y mental.</p> <p>2. Se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí", desde el punto de vista profesional.</p> <p>3. Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista</p>

	<p>y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse del agotamiento.</p> <p>4. El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo.</p>
Dimensión	1. Ámbito personal
Definición conceptual de dimensión	1. Las edades que se tomarán en cuenta en la presente investigación corresponde de los 25 años hasta los 46 años y más. Se evaluarán las variables descritas anteriormente en las 23 psicólogas que trabajan en el Centro de Niños RISE.
Definición operacional	<p>1. Periodo que inicia de 25 años en adelante. No se define una edad límite debido a la variedad de edades entre las personas de la muestra.</p> <p>2. La psicóloga trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal y una deshumanización en las relaciones con las personas y miembros del equipo. Se muestra distanciada, a veces cínica y usando etiquetas despectivas, o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de agotamiento por el trabajo • Nivel de cansancio al finalizar la jornada de trabajo • Nivel de fatiga al levantarse • Nivel de frustración en el trabajo. <p>3. Pesimismo, negativismo, aislamiento, despreocupación de las actividades laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de trato impersonal hacia los pacientes • Insensibilidad al trabajar • Sentimiento de culpa al tratar con los pacientes <p>4. Sentimiento de inadecuación profesional, no realizar esfuerzos para mejorar su trabajo, sentimiento de incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de los pacientes • Solución eficaz de los problemas de los pacientes • Influencia positiva en la vida de las personas • Nivel de actividad • Creación de una atmósfera relajada con los pacientes • Nivel de estimulación

	<ul style="list-style-type: none"> • Alcance de logros.
Definición instrumental	Cuestionario Maslach
Fuentes de información	23 psicólogas del Centro de Niños RISE de Chicago, Illinois

Objetivo específico	4. Determinar si las características genéricas implícitas en el ejercicio profesional de las psicólogas del Centro, contribuyen con los niveles del síndrome de <i>burnout</i> , como cansancio emocional, despersonalización y realización personal.
Variable	1. Características genéricas. Niveles del síndrome de <i>burnout</i> según el problema de investigación: 1. Cansancio emocional 2. Despersonalización 3. Realización personal
Definición conceptual	1. Se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí", desde el punto de vista profesional. 2. Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse del agotamiento. 3. El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo.
Dimensión	Ejercicio profesional
Definición conceptual de dimensión	1. Se evaluarán las variables descritas anteriormente, en las 23 psicólogas que trabajan en el centro de Niños RISE.
Definición operacional	1. La parte psicológica, emocional y conductual de las psicólogas del Centro. Los atributos sociales y psicológicos de los psicólogos del Centro, las formas de comportamiento, las actitudes, las relaciones, las actividades, así como el lugar que ocupan en relación con su actividad laboral.

	<p>2. La psicóloga trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal y una deshumanización en las relaciones con las personas y miembros del equipo. Se muestra distanciada, a veces cínica y usando etiquetas despectivas, o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de agotamiento por el trabajo • Nivel de cansancio al finalizar la jornada de trabajo • Nivel de fatiga al levantarse • Nivel de frustración en el trabajo. <p>3. Pesimismo, negativismo, aislamiento, despreocupación de las actividades laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de trato impersonal hacia los pacientes • Insensibilidad al trabajar • Sentimiento de culpa al tratar con los pacientes <p>4. Sentimiento de inadecuación profesional, no realizar esfuerzos para mejorar su trabajo, sentimiento de incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de los pacientes • Solución eficaz de los problemas de los pacientes • Influencia positiva en la vida de las personas • Nivel de actividad • Creación de una atmósfera relajada con los pacientes • Nivel de estimulación • Alcance de logros.
Definición instrumental	Cuestionario Maslach
Fuentes de información	23 psicólogas del Centro de Niños RISE de Chicago, Illinois

SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La información se recopiló utilizando el cuestionario y la técnica de observación participante.

- **Cuestionario**

Este método permite incluir una gran cantidad de preguntas dentro de un tiempo prudencial. Resulta conveniente debido a la naturaleza del estudio, máxime si se considera que las psicólogas no están dispuestas a someterse a una entrevista, debido a la poca disponibilidad de tiempo y la naturaleza de sus funciones. Por eso se utiliza el Cuestionario Maslach:

El Cuestionario Maslach (ver anexos) mide el desgaste profesional:

El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación con diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto ha de contestar a cada enunciado a partir de la pregunta: ¿Con qué frecuencia siente usted esto? Se aplica una escala tipo *Likert* de siete opciones, desde nunca a diariamente.

En la versión original era preciso completar dos veces el inventario, ya que al individuo se le hacía una segunda pregunta (¿Con qué intensidad siente usted esto?), puesto que el instrumento medía la frecuencia e intensidad del *burnout*; sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la pregunta acerca de la intensidad, ya que las autoras consideran que no habían encontrado correlaciones altas entre ambas dimensiones de evaluación, mientras que la frecuencia sí se mantiene porque es similar al formato utilizado en otras medidas, tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo *burnout*: agotamiento emocional (9 *items*), despersonalización (5 *items*) y reducida realización personal (8 *items*). En cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa). Esta puntuación permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de *burnout*. Además, las autoras ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones

evaluadas: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud dental y del grupo "otras profesiones".

- **Observación participante**

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La observación es participante cuando, para obtener los datos, el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado, para conseguir la información "desde adentro". Taylor-Bogdan utilizan la expresión Observación Participante para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo (Taylor-Bogdan. Citado en <http://www.rppnet.com.ar/tecnicasdeinvestigacion.htm>)

Se trata de captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo social determinado, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de su estudio (Maestre, 1990. Citado en <http://www.rppnet.com.ar/tecnicasdeinvestigacion.htm>).

La observación participante parte de la idea de que existen muchas realidades que no pueden ser observadas de forma unitaria, por lo que cabe una diversificación en la interpretación de dicha realidad. Se trata de comprender los fenómenos, de indagar la intencionalidad. La fuente de los datos son las situaciones naturales, siendo el investigador el principal instrumento de recogida de datos. Investigador y sujeto de investigación se interrelacionan de forma tal que se influyen mutuamente.

La observación participante es más que una técnica; es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc.

La observación participante, implica al menos dos componentes que interactúan continuamente: el investigador (el yo) y el grupo (el otro). Hay que conjugar la conceptualidad del otro (perspectiva del actor) con la conceptualidad del observador (perspectiva del investigador) para llegar al conocimiento más aproximado a la realidad objetiva. La información producida a través de la observación participante corresponderá siempre a estas dos categorías, dos discursos diferentes que basan su racionalidad, respectivamente, dentro de un sistema particular o fuera de él (Velasco, 1997. Citado en <http://www.rppnet.com.ar/tecnicasdeinvestigacion.htm>).

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

- **Elaboración y aprobación del protocolo:**

Esta fase se caracterizó por la elaboración del protocolo de la investigación realizada. Se trabajaron los aspectos teórico-metodológicos básicos para la elaboración de un protocolo investigativo según el enfoque cuantitativo.

- **Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos:**

En esta fase se aplicaron las técnicas e instrumentos metodológicos. La investigadora visitó el Centro de Niños RISE y le hizo entrega a cada psicóloga del cuestionario/inventario Maslach. Se dieron las instrucciones necesarias, tanto escritas como verbales, con el fin de que la población escogida realizara adecuadamente el instrumento entregado. Las psicólogas contaron con dos horas para contestar el cuestionario. La investigadora permaneció en el Centro con el fin de esclarecer cualquier duda que se presentara.

La técnica de observación participante se realizó durante los años del 2004 al 2006 en los cuales la investigadora trabajó como psicóloga en el Centro.

- **Recolección de la información:**

Disponibilidad de los recursos necesarios y su contribución en la viabilidad y factibilidad de la investigación

Para la presente investigación se investigó exhaustivamente las formas de obtener la información dentro de una investigación cuantitativa, por lo cual se escogió el método del cuestionario. El cuestionario Maslach escogido por la investigadora, se pudo acceder vía Internet, tanto en la página principal de Google.com, como en la página de Yahoo.com, por lo cual no se presentaron obstáculos a la hora de disponer del citado instrumento.

El programa estadístico SPSS, por requerirse en el idioma español, fue más difícil de encontrar en la Ciudad de Chicago. Por tal razón se solicitó el envío del programa por correo desde Costa Rica, por lo cual se presentaron ciertos atrasos en la utilización de este.

La técnica de observación participante se realizó durante los años del 2004 al 2006 en los cuales la investigadora fue parte de la población que laboraba en el Centro. En esa época, la investigadora pudo obtener información sobre los niveles de cansancio laboral y emocional presentados por las Psicólogas, basándose en conversaciones y actitudes presentadas por las profesionales de la institución durante y fuera de las horas laborales.

Identificación de las fuentes de error:

Muestra no probabilística: Este tipo de muestra logra obtener los casos que interesan al investigador(a) y ofrece una gran riqueza para la recolección y análisis de los datos. Aún así, se debe tomar en cuenta que este tipo de muestra también supone un procedimiento de selección informal dentro de la investigación.

Utilización de medios electrónicos y audiovisuales para asegurar la calidad de la información:

Una vez realizada la recolección de la información, se aplicó, a los datos que se obtuvieron, aquellos análisis estadísticos de tipo descriptivo pertinentes para determinar el cumplimiento de los objetivos fijados.

Los análisis realizados se circunscriben a:

- Un análisis de tipo general de la información obtenida (utilizando gráficos y tablas estadísticas).
- Un análisis específico de las variables estrechamente relacionadas con el problema (utilizando gráficos de correlación de variables).
- **Tabulación y análisis de la información:**

Para llevar a cabo el análisis de resultados obtenidos en el cuestionario Maslach, se utilizó el programa estadístico para estudios de Psicología SPSS:

EL SPSS es un conjunto de programas orientados a la realización de análisis estadísticos aplicados a las ciencias sociales. Nos permite realizar análisis y gráficos estadísticos sin tener que conocer la mecánica de los cálculos ni la sintaxis de los comandos del sistema. Comparado con otros programas, es más intuitivo y fácil de aprender. Su desventaja es que es menos flexible y con menos procedimientos avanzados que otros programas comerciales.

SPSS es funcional a la hora de organizar y analizar datos. Se puede ordenar datos, calcular nuevos datos y realizar una gran variedad de análisis estadísticos. En teoría, el tamaño de los ficheros de datos que SPSS puede manejar no está limitado por lo que

puede trabajar con ficheros grandes. Esta versión también permite el manejo cómodo de ficheros, la personalización de los informes, y el cortar y pegar en otros programas.

- **Elaboración del informe final:**

En esta fase se integró toda la información bibliográfica y de campo obtenida a través del proceso investigativo. Se generaron conclusiones y recomendaciones y se hizo una revisión minuciosa de la investigación realizada y de los datos obtenidos.

- **Cronograma:**

FASE	CARACTERISTICAS	FECHA
I Fase. Exploratoria “Elaboración - aprobación del protocolo”	Esta fase se caracteriza por la elaboración del protocolo de la Investigación realizada. Se trabajaron los aspectos teórico-metodológicos básicos para la elaboración de un protocolo investigativo según el enfoque cuantitativo.	Mayo del 2006 – Agosto 2006
II Fase. “Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos”	En esta fase se aplicaron las técnicas e instrumentos metodológicos. La investigadora visitó el Centro de Niños RISE y le hizo entrega a cada psicóloga del Cuestionario Maslach. Se dieron las instrucciones necesarias, tanto escritas como verbales, con el fin de que la población escogida, realizara adecuadamente el instrumento entregado. Las psicólogas contaron	Viernes 1 de setiembre del 2006

	<p>con dos horas para contestar el Cuestionario. La investigadora permaneció en el Centro, con el fin de esclarecer cualquier duda que se presentara.</p>	
<p>III Fase. “Recolección de la información”</p>	<p>Esta fase consistió en recolectar el instrumento, luego de las dos horas disponibles para responder el cuestionario.</p> <p>Cada psicóloga colocó su respectivo cuestionario en una caja, con el fin de mantener la confiabilidad.</p> <p>Además, se integraron los datos obtenidos a través de la técnica de observación participante, realizada por la investigadora durante el tiempo en que ella trabajó en el Centro.</p>	<p>Viernes 1 de setiembre</p>
<p>IV Fase. “Tabulación y análisis de la información”</p>	<p>En la fase de tabulación y análisis de la información, se recolectó la información obtenida en el Cuestionario Maslach. Dicha información se analizó, utilizando el programa estadístico SPSS, en el cual se hizo una descripción y evaluación general de la información obtenida y seguidamente se desarrollaron las correlaciones de variables, utilizando tablas y gráficos</p>	<p>Noviembre 2006 – Diciembre 2006</p>

	estadísticos.	
V Fase. “Elaboración del informe final”	En esta fase se integró toda la información bibliográfica y de campo, obtenida a través del proceso investigativo. Se generaron conclusiones y recomendaciones y se hizo una revisión minuciosa de la investigación realizada y de los datos obtenidos.	Enero 2007

RESULTADOS ESPERADOS/LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Con respecto a los resultados esperados de la presente investigación, se llegaron a identificar y analizar los niveles del síndrome de *burnout* que se presentaron en las psicólogas del Centro, con el fin de detectar los factores detonantes que pueden estar causando la sintomatología en el personal que trabaja en el Centro y los motivos de deserción del trabajo.

Al analizar los niveles de burnout, se estudiaron los factores de riesgo asociados con el síndrome, con el fin de identificarlo antes de que sea muy tarde. Con ello se pretende procurar un buen ambiente laboral donde el estrés y la frustración se mantengan controlados y donde el cuerpo de psicólogas puedan mostrar una personalidad emocionalmente equilibrada y una verdadera vocación de servicio.

Entre las limitaciones del presente estudio se destacan las siguientes:

- No hay estudios a nivel institucional con estas características (de género), que sirvan como referencia bibliográfica.

- No se van a tocar los aspectos de control interno del Centro RISE, debido a las características de este trabajo, ya que adquiere carácter confidencial por la implicación que de ello se podría derivar.
- La mayoría de la información bibliográfica encontrada está escrita en el idioma inglés, por lo cual la investigadora ha tenido que traducir los textos al idioma español.

Criterios para garantizar la calidad de la información:

Para garantizar la calidad de la información, se aplicó el cuestionario estandarizado Maslach *Burnout Inventory* (Maslach y Jackson, 1996), que consta de 22 preguntas cerradas con escalamiento tipo Lickert.

El escalamiento tipo Lickert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

Para efecto de esta investigación no fue necesario construir un instrumento, puesto que existe el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach y Jackson, 1996) el cual mide los grados de *burnout* en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y logro personal. Ha sido ampliamente validado a nivel mundial. El instrumento tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 0,9.

Precauciones tomadas:

Para proteger a las personas que participan en la investigación, se entregó un consentimiento escrito de participación (ver anexos), en donde se explicó el motivo del estudio y a su vez se dejó saber que las respuestas serían anónimas, con el fin de resguardar la identidad de las participantes.

CAPÍTULO IV
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Con respecto al promedio de cada una de las variables obtenidas a partir de los índices, a saber cansancio emocional, despersonalización y realización personal, a continuación se presentan los resultados estadísticos obtenidos con su respectivo análisis, según objetivos planteados:

Objetivo 1: Nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal presentados por las psicólogas del Centro

Síntomas más crónicos dentro de cada uno de los índices evaluados en los años 2004-2006

Cansancio emocional

Cuadro Nº 1 Se siente emocionalmente exhausta

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces al año o menos	5	21,7
Varias veces al mes	7	30,4
Una vez a la semana	8	34,8
Varias veces a la semana	3	13
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Del total de la muestra (23 psicólogas), se observa que la frecuencia (8 psicólogas) y el porcentaje mayor (34,8%), señalan que en su mayoría las psicólogas se sienten

emocionalmente exhaustas una vez a la semana. El 30,4% se siente emocionalmente exhausto varias veces al mes, seguido por el 21,7% que refleja el cansancio pocas veces al año o menos y finalmente el 13% que se siente así varias veces a la semana.

Cansancio emocional

Cuadro N° 2 Se siente cansada al terminar el trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces al año o menos	1	4,3
Varias veces al mes	6	26,1
Una vez a la semana	3	13
Varias veces a la semana	10	43,5
Todos los días	3	13
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 43,5% de las psicólogas (frecuencia=10) experimenta cansancio varias veces a la semana al terminar sus tareas laborales. Al sumar el porcentaje obtenido de “todos los días” y “una vez a la semana”, se observa que el 26% de las psicólogas sienten cansancio semanalmente al terminar su trabajo. El 26% se siente cansadas varias veces a la semana y un 4,3% pocas veces al año o menos.

Cansancio emocional**Cuadro Nº 3** Molesta al pensar que tiene que ir a trabajar

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	8,7
Pocas veces al año o menos	5	21,7
Una vez al mes o menos	2	8,7
Varias veces al mes	7	30,4
Una vez a la semana	1	4,3
Varias veces a la semana	3	13
Todos los días	3	13
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Analizando los datos obtenidos, y al sumar los porcentajes semanales ($13+13+4,3=30,3$), se observa que durante la semana las psicólogas, en su mayoría, se sienten molestas al pensar que tienen que ir a trabajar. Un 30,4% se siente así varias veces al mes, 2,7% pocas veces al mes o menos, 8,7% una vez al mes o menos y un 8,7% nunca se siente así.

Despersonalización

Cuadro N°4

Trata a sus pacientes como objetos impersonales

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	43,5
Pocas veces al año o menos	9	39
Una vez al mes o menos	1	4,3
Varias veces al mes	3	13
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la frecuencia y el porcentaje obtenidos, se observa que el 43,5% (10 psicólogas) nunca trata a sus pacientes como objetos impersonales, 39% pocas veces al año o menos, 13% los/las tratan impersonalmente varias veces al mes y un 4,3% una vez al mes o menos.

Despersonalización**Cuadro Nº 5** Me he vuelto insensible debido a mi trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	47,8
Pocas veces al año o menos	4	17,4
Una vez al mes o menos	3	13
Varias veces al mes	3	13
Una vez a la semana	1	4,3
Varias veces a la semana	1	4,3
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

El 47,8% del total de la muestra refleja que nunca se ha sentido insensible debido al trabajo. Un 17,4% pocas veces al año o menos se ha sentido insensible, el 13% una vez al mes o menos se ha sentido insensible, 13% varias veces al mes y sumando los totales semanales se observa que un 8,6% se siente insensible debido a su trabajo una o varias veces a la semana.

Despersonalización**Cuadro Nº 6** Realmente no me preocupa lo que ocurre con mis pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	20	87
Pocas veces al año o menos	1	4,3
Una vez al mes o menos	1	4,3
Todos los días	1	4,3
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 87% de las psicólogas nunca se ha despreocupado por lo que ocurre con sus pacientes. Sumando los porcentajes restante se observa que el 12,9% se ha despreocupado, en ocasiones, por lo que pasa con sus pacientes (pocas veces al año, una vez al mes y todos los días).

Realización personal**Cuadro N° 7** Entiende fácilmente cómo se sienten sus clientes

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	4,3
Una vez a la semana	7	30,4
Varias veces a la semana	7	30,4
Todos los días	8	34,8
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Del porcentaje total, se observa que 34,8% todos los días entiende fácilmente cómo se sienten sus clientes, 30,4% entienden fácilmente cómo se sienten sus clientes varias veces a la semana, otro 30,4% una vez a la semana y por último 4,3% nunca entiende fácilmente cómo se sienten sus clientes.

Realización personal**Cuadro Nº 8** Trato eficazmente los problemas de mis pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Una vez a la semana	3	13
Varias veces a la semana	6	26
Todos los días	14	60
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Al observar los datos obtenidos, se puede ver que el 60% de las psicólogas (frecuencia=14) siente que tratan eficazmente los problemas de sus pacientes. El 26% trata eficazmente los problemas de sus pacientes varias veces a la semana y, por último, un 13% trata los problemas de sus pacientes eficazmente una vez a la semana.

Realización personal**Cuadro N° 9**Me siento muy activa

	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al mes o menos	1	4,3
Varias veces al mes	5	21,7
Una vez a la semana	3	13
Varias veces a la semana	8	34,8
Todos los días	6	26
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

El porcentaje más alto que se obtuvo, 34,8%, refleja sentirse activo varias veces a la semana, 26% todos los días, seguido por 21,7% que se siente activo varias veces a la semana. El 13% se siente activo una vez a la semana y un 4,3% se siente activo una vez al mes o menos.

Realización personal**Cuadro N° 10**He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al mes o menos	1	4,3
Varias veces al mes	2	8,7
Una vez a la semana	5	21,7
Varias veces a la semana	5	21,7
Todos los días	10	43,5
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los datos obtenidos, se observa que el 43,5% de las psicólogas ha conseguido todos los días cosas útiles en su profesión. Sumando el total de porcentajes semanales, se ve que el 43,4% de las profesionales siente que, ya sea una vez por semana o varias veces por semana, consiguen cosas útiles en su profesión, 8,7% se siente así varias veces al mes y 4,3% siente que una vez al mes o menos consigue muchas cosas útiles en su profesión.

Objetivo 2 : Relación entre los años de trabajo, el nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, presentados por las psicólogas del Centro

Cuadro N° 11

**ÍNDICES DE CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL * Tiempo de Trabajar en RISE
Entre los años 2004-2006**

	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
1-2 años (n = 11)	49,1% ± 19,34	16,1% ± 12,18	83,3% ± 12,94
3-5 años (n = 4)	48,1% ± 25,52	16,7% ± 20,18	80,2% ± 4,33
5 o más (n = 8)	47,2% ± 25,15	7,9% ± 10,82	85,1% ± 10,05
Total (n = 23)	48,3% ± 21,15	13,3% ± 13,29	83,4% ± 10,67

Los datos son mostrados como media ± desviación estándar de los índices porcentuales de cada variable.

Fuente: Elaboración propia.

El nivel promedio de cansancio emocional de toda la muestra es de un 48,30%, mientras que el nivel de despersonalización alcanza un 13,3% y, finalmente, un 88,43% corresponde a realización personal.

Al analizar los índices por tiempo de trabajar en RISE, se puede observar que las personas que poseen mayor cansancio emocional son aquellas que han trabajado en RISE con un promedio de 1 a 2 años. En segundo lugar se encuentran las psicólogas que han trabajado entre 3 y 5 años. Quienes presentan menos cansancio emocional son aquellas que han permanecido en RISE más de 5 años.

Los índices de despersonalización muestran que quienes poseen los mayores niveles son las psicólogas que han trabajado en RISE de 3 a 5 años. En segundo lugar se encuentran las profesionales que han permanecido en el centro de 1 a 2 años y en tercer lugar están las personas que han trabajado por 5 ó más años.

Las profesionales que presentan mayor nivel de realización personal son aquellas que han trabajado en el Centro por 5 ó más años. En segundo lugar están quienes han permanecido por un periodo de 1 a 2 años y las psicólogas que presentan los niveles más bajos son las que han trabajado por un periodo de 3 a 5 años.

Objetivo 3 : Relación entre la edad, el nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, presentados por las psicólogas del Centro

Cuadro N° 12

**ÍNDICES DE CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL * Edad
Entre los años 2004-2006**

	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
25-35 años (n = 15)	53,1% ± 21,21	17,5% ± 14,71	82,1% ± 11,85
36-45 años (n = 2)	41,1% ± 11,78	8,5% ± 2,35	89,5% ± 5,89
46 o más (n = 6)	38,5 % ± 21,95	4,4% ± 3,42	84,7% ± 8,80
Total (n = 23)	48,3% ± 21,15	13,3% ± 13,29	83,4% ± 10,67

Los datos son mostrados como media ± desviación estándar de los índices porcentuales de cada variable.

Fuente: Elaboración propia.

El nivel promedio de cansancio emocional de toda la muestra es de un 48,30%, mientras que el nivel de despersonalización alcanza un 13,33% y, finalmente, un 83,43% de realización personal.

Analizando los índices por edad, se puede observar que las personas que poseen mayor cansancio emocional son aquellas que se encuentran entre los 25-35 años. En segundo lugar se encuentran las psicólogas que tienen entre 36-45 años, y quienes presentan menos cansancio emocional son aquellas de los 46 años en adelante.

Con respecto al índice de despersonalización, se observa que quienes poseen altos niveles de despersonalización son las psicólogas que tienen entre 25-35 años. En segundo lugar están las psicólogas que tienen entre 36-45 años de edad, y finalmente, quienes presentaron bajos niveles de despersonalización fueron las psicólogas de los 46 años en adelante.

Quienes presentaron mayor nivel de realización personal fueron las profesionales que están entre los 36-45 años de edad. En segundo lugar se encuentran las que tienen 46 años de edad en adelante y las psicólogas que presentan menos realización personal son aquellas entre los 25-35 años.

Cuadro N° 13

ÍNDICES DE CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL * Idioma que usa con los clientes Entre los años del 2004-2006

	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Inglés (n= 17)	52,7% ± 18,26	15,7% ± 14,27	81,1% ± 10,67
Español (n= 6)	35,8% ± 25,43	6,7% ± 7,30	90,2% ± 7,75
Total (n = 23)	48,3% ± 21,15	13,3% ± 13,29	83,4% ± 10,67

Los datos son mostrados como media ± desviación estándar de los índices porcentuales de cada variable.

Fuente: Elaboración propia.

El nivel promedio de cansancio emocional de toda la muestra es de un 48,30%, mientras que el nivel de despersonalización alcanza un 13,3% y, finalmente, un 88,43% de realización personal.

Analizando los índices por idioma, se puede observar que las personas que poseen mayor cansancio emocional y altos niveles de despersonalización son aquellas que utilizan solamente el idioma inglés para comunicarse con sus clientes. Por el contrario, las psicólogas que presentan mayor nivel de realización personal son aquellas de habla hispana y que utilizan el idioma español en las terapias con sus clientes.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

El objetivo de esta investigación, perseguía la determinación de los niveles del síndrome de *burnout*. Entiéndase así el nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, presentados por las 23 psicólogas que trabajan en el Centro de Niños RISE, ubicado en la Ciudad de Chicago, Illinois, Estados Unidos.

Se pudo determinar que los niveles de *burnout* se encontraban altos en las psicólogas con edades entre los 25-35 años de edad, y son quienes han trabajado en el Centro entre un año y tres años y solamente utilizan el idioma inglés para comunicarse con sus pacientes.

Es importante resaltar que se observaron altos niveles del síndrome, en las psicólogas que tienen poco tiempo de trabajar en RISE, a diferencia de quienes han laborado por un periodo de 3 a 5 años, en los cuales se puede ver reflejado un “acomodo” de la profesional al sistema de trabajo. Como lo expresa Stamm (1999):

Ser psicóloga (o) es ejercer el oficio de la psicología. No se es psicóloga (o) con la información teórica o la bibliográfica, sino con la aplicación del conocimiento a una tarea.

Gracias a la técnica de observación participante utilizada por la investigadora, se pudo denotar que, al iniciar su labor dentro del Centro, la psicóloga se enfrenta a un sistema desconocido con altos niveles de estrés. Es importante tomar en cuenta, en este aspecto, que al ingresar al Centro, se requiere participar del entrenamiento de 40 horas sobre abuso sexual y luego de esto se inicia el trabajo de terapia con aproximadamente 18 pacientes semanales, por lo cual el “*shock*” laboral, profesional y emocional puede iniciar el desarrollo del síndrome, lo cual se refleja en el análisis estadístico efectuado.

Alberto Amador Pizá (citado en Barajas, 2001) expresa que el estrés... "es una respuesta del organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen factores físicos, químicos o psicológicos". Se denota aquí, cómo los altos niveles de *burnout* presentados por las profesionales entre 25 y 35 años de edad, y que han laborado en RISE por menos de 3 años, se desarrollan debido al enfrentamiento de situaciones desconocidas y/o muy estresantes para la persona.

Lo anterior deriva de que la profesional se ve obligada a enfrentarse a situaciones de amenaza, muchas veces sin haber llevado el entrenamiento adecuado. Esto se debe a que no solamente se trabaja dando la terapia en el consultorio, sino que en ocasiones la psicóloga se ve obligada a declarar en la corte y/o también a ser intermediaria entre procesos familiares y educativos, de la/el paciente y su familia. Por lo cual, con la presión de un nuevo trabajo, el entrenamiento sobre el tema de abuso sexual más la labor extra curricular dentro de la profesión de psicología, la profesional puede responder ante todo esto con el desarrollo del síndrome.

Como lo expresa Velásquez, “Una vez que el problema se ha resuelto, el organismo vuelve a su funcionamiento normal”(Velásquez, s/f). Probablemente este sea un factor importante que se reflejó en la muestra, en donde quienes han trabajado por más de cinco años y están entre las edades de 46 años o más, manifestaron niveles bajos del síndrome. Esto es debido a su experiencia laboral y posiblemente por un mejor manejo de las demandas sociales, como lo son el matrimonio, la familia, entre otros. Se recalca dentro de este aspecto que durante las conversaciones y observaciones efectuadas por la investigadora, las psicólogas con más años de trabajar en el Centro expresaban su disconformidad emocional y laboral al iniciar su trabajo en la institución, resaltando que al pasar los años se habían “acomodado” al sistema de trabajo y ya no sentían disconformidad alguna.

Se observó, además, que existe una relación importante entre las psicólogas bilingües y no bilingües y el nivel del Síndrome de Burnout. Aquí es significativo destacar que las psicólogas bilingües (español-inglés) son quienes, al iniciar su trabajo en el Centro, tienen la mayor cantidad de pacientes/clientes, debido a las demandas socio-culturales y la escasez de psicólogas(os) profesionales en la ciudad de Chicago. Aun así, los datos obtenidos hacen denotar que quienes sufren mayores niveles del síndrome son las psicólogas no bilingües, en quienes se observan, principalmente, niveles altos en el cansancio emocional y la despersonalización. Otro factor que se destaca aquí es el nivel de realización personal de las psicólogas no bilingües, el cual no difiere en porcentaje significativo al nivel de realización personal del personal bilingüe.

Se puede determinar entonces que, aunque se esté generando el síndrome, las psicólogas no bilingües presentan sentimientos de autoeficacia y realización personal en su trabajo.

Identificando los síntomas más crónicos que presentan las psicólogas se observa claramente que, aunque el nivel de realización personal puntúa positivamente en la totalidad de la población, las profesionales presentan niveles de agotamiento laboral importantes.

Se observa aquí que varias veces a la semana las psicólogas se sienten cansadas y molestas con su trabajo; aun así, las actitudes de frialdad y distanciamiento por parte de las profesionales hacia sus clientes son poco significativas, ya que basándose en la estadística, las psicólogas se identifican con su trabajo y con sus clientes.

Probablemente, los niveles altos de cansancio emocional se deban a factores de organización empresarial y/o factores externos al trabajo y, aún más importante, esto se puede estar dando debido a factores dentro de su rol femenino (género), dado el bajo nivel de despersonalización presentado por la población. Punto importante de recalcar aquí, es que los niveles de cansancio y molestia también se pueden generar por el desarrollo del trauma vicario (Figley C.1999) en donde la identificación de la profesional con su cliente no se ve afectada, sino que al contrario, debido a la relación estrecha entre la terapeuta y su paciente, la profesional se puede sentir frustrada en su trabajo, por las limitaciones de este. Así, la tensión personal y profesional no es intermitente sino permanente.

Los datos obtenidos evidencian, a su vez, características genéricas que influyen dentro de los niveles de *burnout* detectados en las psicólogas, como lo señala Gioconda Batres (2001):

...el entender cómo el contexto social, el rango devaluado que ocupa la mujer en la sociedad, contribuye al origen y a la persistencia de los problemas emocionales de las mujeres que tienen implicaciones psicológicas obvias en la vida de una mujer, su papel en la sociedad, el modelo de socialización que enfrenta, las expectativas culturales, en el sentido de que su personalidad se desarrolla en un marco que define a la mujer como un grupo desvalorizado.

Queda claro que quienes puntuaron más alto en los niveles del síndrome fueron las profesionales que tenían poco tiempo de laborar en el Centro y con las edades más bajas de la población. Se toma en cuenta, dentro de este punto, que dichas psicólogas

están iniciando un nuevo trabajo; a esto se le suma el rol social, que como mujer se le exige, en el cual debe ser "exitosa en el trabajo, inteligente y capaz de lograr sus metas". También las expectativas familiares, personales y sociales hacen que la presión de triunfar en el área laboral sea más fuerte y exigente.

Se identificó también que los niveles de estrés pueden asociarse al papel femenino dentro de la sociedad en la cual se hace hincapié en cuanto a que, como mujer joven-profesional, debe manejar su rol de trabajo y de familia correctamente. "Debe" cumplir con sus obligaciones, muchas veces, sin poder tener su espacio personal, debido a que debe cumplir como profesional, como mamá, esposa e hija. Esto se presenta tanto en el área emocional como también en la parte económica, lo cual intensifica aún más la necesidad de asumir su trabajo sin medir consecuencias emocionales, psicológicas y/o físicas. Es importante rescatar aquí que, en su mayoría, las psicólogas tienen responsabilidades familiares como lo son manutención de hijos, cuidado de otros familiares, deudas de préstamos universitarios, satisfacción de necesidades básicas.

Las diferentes actitudes "obligadas" hacia la mujer de forma cultural-social ocasionan que el síndrome se desarrolle más rápidamente. Dichas actitudes son: la fortaleza, rendimiento en el trabajo, estabilidad emocional, física y mental. Si la profesional no cuenta con dichas destrezas, se puede ver descalificada en su trabajo.

Quienes puntuaron más bajo fueron, como ya se mencionó, las mujeres con mayor edad y con más tiempo de trabajar en el Centro. Para explicar este punto se hace referencia a lo que expresa Erikson E. (1968), sobre la identidad del YO:

La identidad es una afirmación, "un sentirse vivo y activo, ser uno mismo, la tensión activa y confiada y vigorizante de sostener lo que me es propio; es una afirmación que manifiesta una unidad de identidad personal y cultural". Estos dos niveles, el de identidad personal y el de la identidad cultural, interactúan durante el desarrollo y se integran para lograr una unidad cuando se logra culminar exitosamente este desarrollo.

Dichas psicólogas presentaron menor cansancio emocional y mayor realización personal. Retomando lo expuesto por Erikson, sobre la identidad del Yo, es decir sobre la realización propia de cada persona, vemos que esta se logra al interactuar positivamente la identidad personal y la cultural.

Las psicólogas de más de 46 años presentan mayor experiencia laboral, social y familiar que el resto de la población evaluada en el presente estudio. Al observar estos datos dentro de la perspectiva de género, se ve cómo los roles femeninos interfieren en menor grado que en el caso de las psicólogas con menor edad y mayor nivel del síndrome.

Con respecto a esto, es posible que los roles estén mejor manejados por las psicólogas de mayor edad, gracias a su experiencia de vida tanto personal como profesional. También porque la etapa de vida en la cual se encuentran se caracteriza en mayor grado por la satisfacción personal que por el cumplimiento de roles sociales y/o familiares, en donde las "responsabilidades" como hijos, familia en general, sistema social y demás, se han ido relegando o disminuyendo, conforme han pasado los años.

En el aspecto laboral se denotó que el papel como psicólogas se desarrollaba más por motivos personales (realización personal) que por motivos económicos y/o familiares, a diferencia de quienes están iniciando su vida profesional y/o familiar. Es en este aspecto donde se hace notar la influencia del rol femenino (género) dentro del desarrollo del síndrome de *burnout*.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El presente estudio determinó los niveles del síndrome de *burnout* presentados en las psicólogas del Centro de Niños RISE, ubicado en la ciudad de Chicago, Illinois.

A partir de la revisión bibliográfica realizada para este trabajo de investigación, se pudo comprobar que se han elaborado muchas definiciones y modelos teóricos acerca del síndrome.

En este trabajo también se explicaron con detalle los factores de riesgo, síntomas y consecuencias a nivel individual, social y organizacional, y se indica que el análisis integral de estos es importante para la evaluación e identificación del *burnout*.

Detectar los factores de riesgo: la implicación laboral, el ocio, el apoyo social, la carga laboral, el clima laboral, las condiciones del entorno físico laboral, el rol profesional como familiar, el desarrollo organizacional y la relación terapeuta-paciente, permiten plantear y enfocar las estrategias de prevención o tratamiento de una manera más eficaz.

En suma, de la investigación realizada, se pueden destacar varios aspectos que ayudan a delimitar el concepto de *Burnout* y su efecto en las psicólogas del Centro RISE:

- Parece claro que el *burnout* se desarrolla como consecuencia de eventos estresantes que disponen a la profesional a padecerlo. Estos eventos son de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que las psicólogas mantienen con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del síndrome.
- Se determinaron cuantitativamente, por medio del inventario Maslach, los niveles de *Burnout* presentados por la población escogida, en los cuales el nivel de

cansancio emocional fue el que puntuó más alto dentro del estudio estadístico realizado.

- Se logró identificar la correlación entre los años de trabajo y los niveles del síndrome de *burnout*, y se observaron altos niveles de agotamiento en las profesionales con menor tiempo de laborar en el Centro en comparación con quienes han permanecido ahí por más de tres años.
- Se analizó la correlación entre la edad y el nivel del desarrollo del síndrome. Se observó que, quienes presentaron altos niveles de cansancio emocional y despersonalización, fueron las psicólogas que tenían entre 25 y 35 años de edad.
- Otro aspecto importante fueron los datos comparativos obtenidos con respecto a las psicólogas bilingües y no bilingües, en los cuales se observó que quienes puntuaban más alto fueron las psicólogas no bilingües.
- Se identificaron los factores genéricos. Dichos factores como: la edad, junto al rol social y familiar en los que se encontraban las psicólogas evaluadas, identificaron niveles altos y bajos del Síndrome. Esto hace ver que las características genéricas implícitas en el ejercicio profesional de las psicólogas del Centro, contribuyeron con los niveles del *Burnout*.
- Se determinó, gracias a la escala de Maslach, que las psicólogas presentaron niveles de cansancio emocional y despersonalización, por lo cual no se observó, dentro del inventario, la dimensión completa del síndrome, ya que los niveles de realización personal puntuaron positivamente. Aun así, por medio de la técnica de observación participante, se pudo comprobar que las psicólogas desertaban de su trabajo después de uno o dos años de estar en el Centro, debido a los niveles de agotamiento emocional, físico y laboral que desarrollaron en la Institución.

Como conclusión, se señala que el principal aporte de este estudio es poner de manifiesto una realidad en el campo de la salud laboral, importante en sus implicancias genéricas. Siendo el *burnout* un síndrome tan multifactorial en sus orígenes, es necesario que su intervención sea multidisciplinaria y que cuente con la participación activa de otros sectores, aparte del de salud. Asimismo, en el ámbito laboral, por sus diversos roles, como lo son el de mujer, esposa, madre y demás, la población femenina puede desarrollar el síndrome en niveles altos de cansancio y estrés emocional, físico, psicológico y social.

RECOMENDACIONES

Con el afán de conocer la problemática del *burnout* a nivel institucional y nacional, se deben promover no solo estudios de replicación de la presente investigación, sino la realización de otros estudios con base en muestras del personal de salud, principalmente psicólogas(os) de instituciones públicas y particulares, así como también la inclusión de variables importantes que enriquezcan nuevos proyectos.

Es importante desarrollar en el centro RISE, así como en otros centros, programas que incluyan algunos antídotos, tales como:

- Implicarse en actividades externas al trabajo.
- Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares.
- Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación.
- No postergar los periodos de vacaciones.
- Desarrollar actividad física, deportiva y recreacional.
- Realizar una psicoterapia focalizada en el problema, para prevenir una cronicidad del síndrome.

Se sugiere que se lleven a cabo programas preventivos y de autocuidado que se ajusten a las necesidades específicas de las instituciones y entidades laborales. Así mantener altos los grados de satisfacción del cuerpo profesional, los cuales se verán reflejados en la calidad de su trabajo.

Es necesario, además, llevar a cabo en futuras investigaciones, una caracterización completa de la población que se desea estudiar (ámbito laboral, personal, social, económico), para desarrollar un ligamen más estrecho con los temas de género.

Recomendaciones para una propuesta organizacional

- La propuesta de trabajo se ajusta a las necesidades del Centro de Niños RISE. Para ello, se debe trabajar sobre una revisión histórica del Centro y la consulta a los miembros del área administrativa y de recursos humanos sobre las expectativas futuras del mismo. Esta información será fundamental para la definición de modelos de organización que sean adecuados a los intereses y objetivos de las personas que integran la institución.
- Al observar los datos obtenidos, se recomienda desarrollar un mejoramiento en el proceso de inducción del Centro. Para que los/as profesionales que inician su labor ahí, puedan contar con apoyo y guía, con respecto al trabajo como psicólogas(os) como en el posible desarrollo de niveles del síndrome de *burnout*. Con esto también se pueden generar grupos de apoyo entre los compañeros de trabajo. Este punto envuelve la necesidad de que la parte administrativa (directora del centro), así como el personal de Psicología, trabajen en conjunto identificando y delimitando las necesidades que se reflejan dentro del ámbito laboral. Es importante que la coordinación de recursos humanos del Centro RISE genere un sistema de inducción que oriente a la profesional respecto a sus actividades laborales. Se deben diseñar dos tipos de cuestionarios, uno orientado al personal administrativo y otro hacia el personal de Psicología, con el fin de evaluar las potencialidades de cada persona y los beneficios que aportará su desempeño laboral a la institución.
- Crear grupos de apoyo con la colaboración de los empleados de la institución y desarrollar grupos clínicos semanales o mensuales en donde se puedan analizar los diferentes casos de abuso que atiende el personal, para así crear apoyo y tener una guía más amplia en la ejecución de la terapia. Un grupo de apoyo, puede estar dirigido a la atención y detección del posible trauma vicario que las(os) profesionales pueden estar desarrollando debido al estrés laboral y al nivel emocional involucrado en cada caso de abuso en el cual trabajan. Estos

grupos de apoyo deben ser coordinados bajo la dirección de un psicólogo (a) clínico de la YWCA, con el fin de que pueda orientar adecuadamente a los integrantes.

- Determinar los problemas y preocupaciones prioritarias que se han desarrollado en el Centro, sus causas, sus consecuencias e indicadores. Para ello se recomienda el desarrollo de un proyecto de investigación sobre indicadores del síndrome de *burnout*, coordinado por Diana Glegg (directora del Centro).
- El/la profesional deberá conocer las estrategias con las que cuenta para evaluar la existencia del *burnout*. Asimismo, se debe contar con instrumentos (inventario Maslach) para realizar evaluaciones continuas del desarrollo de este problema, los cuales se deben analizar una vez al mes por el personal de recursos humanos, con el fin de evaluar los posibles niveles del síndrome desarrollados por el personal del Centro.

Basándose en investigaciones previas y en lo analizado dentro del centro, se generan además las siguientes propuestas:

- **Comunicación:** Freudenberger (1986) planteaba que una forma de disminuir el impacto del *burnout* sería establecer una adecuada comunicación, entendida como la mejora de los canales de comunicación existentes en la organización, tanto en sentido vertical (supervisores) como horizontal (compañeros), lo que permitiría mayor claridad en el desempeño del trabajo, un establecimiento de recompensas adecuado, una igualación de las expectativas potenciales y reales y, como consecuencia de lo anterior, una mayor satisfacción en el trabajo. Esto quiere decir generar mayor y mejor comunicación del personal de Psicología con el área administrativa y viceversa.

- **Abordar los procesos inconscientes relacionados con el *burnout*:** Garden (1991b) señala que, una vez que se conozca la naturaleza precisa de los procesos no conscientes que subyacen en el *burnout*, la intervención habrá que dirigirla a estos procesos con un programa terapéutico similar al que se efectuaría ante cualquier otro problema psicológico. Es importante intensificar los entrenamientos brindados al personal del centro en donde se trabaje el trauma vicario, el rol de género, las diferencias culturales y el síndrome de *Burnout*, para analizar estrategias con las cuales enfrentar situaciones que envuelvan alguna de estas sintomatologías.
- **Rotación:** Hiscott y Connop (1989), desde una perspectiva organizacional, mantienen que una forma de solucionar el *burnout* es establecer rotaciones regulares entre los trabajadores afectados por el síndrome, las cuales permitan reducir los efectos acumulativos de los estresores laborales. Dentro del centro es importante evaluar los horarios de atención al público. Muchas veces los horarios establecidos hacen que el profesional labore hasta once horas en un día, situación que puede agravar el desarrollo del síndrome. Es por ello importante definir mejores sistemas de horarios y, de ser posible, como lo expresan Hiscott y Connop (1989), rotar al personal para no generar altos niveles de cansancio físico-emocional.
- **Terapia racional emotiva:** Ursprung (1986) señala que, puesto que en el *burnout* están mediando pensamientos irracionales provocados por los diferentes eventos estresantes, se hace necesario hacer frente al síndrome mediante una reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva en la que se encuentra, y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación. Cada fin de mes, se celebran en el Centro los cumpleaños del personal que trabaja ahí, tanto administrativo como del área de Psicología. Se cree relevante el seguimiento e implementación de este tipo de actividades, en las cuales el personal puede tener un espacio recreativo y así compartir con sus

compañeros de trabajo, sirviendo esto como una terapia para ellos (as), dentro del mismo ámbito laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez, g., y Fernández, L. (1991a): “*El Síndrome de ‘Burnout’ o el desgaste profesional (I): revisión de estudios*”, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, n.º 21, pp. 257-265.
- Amador Piza, Alberto. *Estrés*. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>
- Antecedentes del Burnout: Contexto Internacional*. Recuperado de http://www.wikilearning.com/estudios_sobre_el_burnout-wkccp-16390-1.htm
- Baranger, Willy. (s/f). *Afectos y efectos de la contratransferencia*. Recuperado de <http://www.apdeba.org/publicaciones/1998/pdf/Sirota3.pdf>
- Batres Méndez, Gioconda. *La salud de las mujeres y el género*. Med. leg. Costa Rica, set. 2001, vol.18, no.2, p.10-19. ISSN 1409-0015.
- Bell Jara, Ana. *Mitos y realidades del mercado laboral en Chile*. Recuperado de <http://www.fes.cl/documentos/publfes/merclaboral.pdf>
- Bergold, s/f. *Estrés o Burnout*. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>.
- Castillo Ramírez, Sisy. *El Síndrome de "Burn Out" o Síndrome de Agotamiento Profesional*. Med. leg. Costa Rica, mar. 2001, vol.17, no.2, p.11-14. ISSN 1409-0015.
- Charnes, Gabriela. 2001. *La calidad de vida de los profesionales de la salud: previniendo el síndrome de "burnout"*.
- Chrestman (1999). *Dealing With Vicarious Traumatization in the context of global fear*. Recuperado de http://www.focusing.org/folio/Vol20No12007/12_DealingWith_R.pdf
- Cimac, (2000). *Factores de estrés entre hombres y mujeres*. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>
- Corsi, Jorge. (2000). *El síndrome "burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar*. Mujer/Fempres N° 219-220, febrero-marzo 2000, pp. 21-22
- Corsi, Jorge. (2000) *Violencia familiar : una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. P. imprenta : Buenos Aires.

- Cunningham (2003). Burnout y contratransferencia. Recuperado de <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout1.pdf>
- Deckard, Meterko y Field (1994). Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- Dutton y Rubinstein (2002). *Los efectos en profesionales que trabajan con trauma*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100007&lng=es&nrm=-101k
- Elizur y Rosenheim(1982). *La relacion entre un profesional de salud y su cliente*. Recuperado de <http://home.page.ch/pub/bruce@vtx.ch/Benbassat.pdf>
- Erikson E. (1968). *Erikson y la Teoria del YO*. Recuperado de <http://www.geocities.com/ResearchTriangle/Thinktank/4492/noticias/erikson.htm>
- Etchegoyen, R. H. (1982). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Fernandez, Francisco Alonso (s/F). *A quienes afecta el burnout*. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm#aqu>
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Freud. (1938-1940). *Afectos y efectos de la contratransferencia*. Recuperado de <http://www.apdeba.org/publicaciones/1998/pdf/Sirota3.pdf>
- Garcés de Los Fayos Ruiz. *Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido* (2004). Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones.
- García Izquierdo (1991a) Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- Gil-Monte, P. y Peiro, J.M. (2001). Factor Structure Burnout Inventory- General Survey (MBI-GS) for a Spanish sample. Trabajo presentado en *The Tenth European Congress on Work and organizational psychology*. Czech republic, Praha, 16-19 Mayo
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide

- Grebert.(1992). Desgaste profesional. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/hfainstein/h16.htm>. Pag 808
- Guerrero Barona, Eloisa. (2003) *Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario*. Murcia, España
- Henke, B. (1994). *Coping with compassion fatigue*. St. Louis: Concordia Publishing House.
- Hernández, Fernández y Baptista, 2003. Escalamiento tipo Lickert. Recuperado <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout-maestros/sindrome-burnout-maestros2.shtml>
- Henderson (1984). Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- ICASA (2004). Recuperado de <http://www.ywca.org>
- Imposible decir desde cuando existe el Burnout*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml#anteced>
- Jorgesen (1992), Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- Kyriacou (1980). Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado,1995. Recuperado de <http://www.mtas.es/insht/legislation/L/lprl.htm>
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.). Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press
- Maslach, C. & Jackson, S. (1984). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3ªed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Maslach, C. & Jackson, S. (1982). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.
- Marsellach Umbert, Gloria. (s/f) *El estrés en la mujer*. Recuperado de http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/el_estrés.htm
- Marsellach, 2001. *Factores de estrés entre hombres y mujeres*. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>
- Mestre Navas, José Miguel; Guil Bozal, Rocío. *Revista electrónica iberoamericana de psicología social: R.E.I.P.S.*, ISSN 1576-0413, Vol. 2, Nº. 1, 2004
- Moreno, Bernardo. (s/f). *A quienes afecta el burnout*. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm#aqu>
- Moriana, J.A. (2004). *Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado*. Córdoba: Servicio de Publicaciones UCO.
- Moriana, J.A. y Herruzo, J. (2004). *Estrés y burnout en profesores*. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 597-621.
- Munroe (1990). *Los efectos en profesionales que trabajan con trauma*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100007&lng=es&nrm=-101k
- Navarrete M. y Arellano M (1999). *Dramaterapia como técnica contra el Burnout*. Recuperado de <http://www.dramaterapia.cl/dt/index.php?action=show&type=story&id=2>
- Observación Participante. Recuperado de <http://www.rppnet.com.ar/tecnicasdeinvestigacion.htm>
- Orm Bergold.(s-f). *Estrés o Burnout*. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>.
- Pearlman, L. (1995). *Self care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization*. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 51-64). Maryland: Sidran Press.

- Pearlman (1996). *Preventing burnout in professionals and paraprofessionals who work with child abuse and neglect cases: A cognitive behavioral approach to supervision* Pages 643 – 663. Copyright John Wiley & Sons, Inc.
- Phelan (2002). *Estudio sobre el estrés postraumático*. Recuperado de <http://www.uv.es/maglogon/GonzalezMorales2006TESIS.pdf>
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. NY
- Popper Karl R. (1999). *La lógica de la investigación científica*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Price y Spence (1994). Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- Ramos Rivas, Marny. *Síndrome de burnout en el personal del Hospital de Heredia*. Recuperado de http://www.hospitalheredia.sa.cr/revista_articulo8.html
- Rosse, Johnson y Crown (1991). Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- Saakvitne y Pearlman (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. Norton, W.W. & Company, Incorporated
- Schauben y Fraizer (1995). *Los efectos en profesionales que trabajan con trauma*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100007&lng=es&nrm=-101k
- Síndrome de Burnout. Recuperado de www.diezminutos.org/burnout.html
- Síndrome de Burnout. Recuperado de www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml
- Síndrome de burnout en el personal del hospital de Heredia*. Recuperado de [hospitalheredia.sa.cr/revista_articulo8.html](http://www.hospitalheredia.sa.cr/revista_articulo8.html)
- Smith, Birch y Marchant (1984). Estadísticas sobre Burnout. Recuperado de <http://www.blancamaria.com/mobbing.htm>
- Stamm, B.H. (1999). *Secondary Traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers, and educators*. Maryland: Sidran Press.

Tizón JL.(2004). *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.

Val-Llobet, Carme. (2000) *El impacto del estrés en la salud de las mujeres*. Meridiana Nº 17.

Valent (2002). *Burnout y contratransferencia*. Recuperado de <http://ir.lib.sfu.ca/retrieve/2373/etd1966.pdf>

Velásquez, s/f. Estrés. Recuperado de <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>

Velásquez S. (1998-2000). *Alerta y cuidado de la salud de las psicólogas ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas*. Recuperado de <http://agendadelasmujeres.com.ar/notadesplegada.php?id=278>

ANEXOS

Consent of Participation

This study is being conducted by Andrea Lopez, student for the Social and Family Violence Master Degree program at UNED University (Universidad Estatal a Distancia) located in San Jose, Costa Rica. The goal of this study is to investigate and evaluate the levels of "Burnout" that are presented by professional psychologists in the city of Chicago, Illinois.

The Burnout syndrome is a mental/physical illness which is affecting professional psychologists due to high levels of stress presented by emotional and work situations in daily work routines. In order to conduct this study, your participation is needed for the purpose of finding a solution to this syndrome which is affecting primarily professional individuals who deal directly with aiding others with mental or emotional difficulties.

Attached please find the Maslach Inventory, a scale that measures the levels of Burnout in Health Professional. It is highly important that you answer every question as honestly as possible. This evaluation/study is completely confidential.

Your results of the study will be collected on Saturday, July 15 2006.

Thank you for your cooperation.

Andrea Beita
312.493.1222
Andy17__@hotmail.com

CUESTIONARIO MASLACH

Cuestionario Maslach, de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34. Ha sido adaptado por Moreno, Oliver.

El cuestionario más utilizado en la escala de Maslach de 1986. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

ESCALA DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad,:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

- Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

6. Working all day with several individuals becomes an effort

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

7. I treat my patients problems effectively

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

8. I feel burned out by my job

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

9. I think I have a positive influence with my job in the lives of people

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

10. I have become less sensitive towards people since I began this profession

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

11. I worry that this job is driving me to become an emotionally cold person

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

12. I feel very active

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never | <input type="checkbox"/> Weekly |
| <input type="checkbox"/> Few times a year or less | <input type="checkbox"/> Few times a week |
| <input type="checkbox"/> Once a month or less | <input type="checkbox"/> Every day |
| <input type="checkbox"/> A few times a month or less | |

13. I feel frustrated at work

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never | <input type="checkbox"/> Weekly |
| <input type="checkbox"/> Few times a year or less | <input type="checkbox"/> Few times a week |
| <input type="checkbox"/> Once a month or less | <input type="checkbox"/> Every day |
| <input type="checkbox"/> A few times a month or less | |

14. I think I am working too much

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never | <input type="checkbox"/> Weekly |
| <input type="checkbox"/> Few times a year or less | <input type="checkbox"/> Few times a week |
| <input type="checkbox"/> Once a month or less | <input type="checkbox"/> Every day |
| <input type="checkbox"/> A few times a month or less | |

15. In reality I do not care what happens to my patients

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never | <input type="checkbox"/> Weekly |
| <input type="checkbox"/> Few times a year or less | <input type="checkbox"/> Few times a week |
| <input type="checkbox"/> Once a month or less | <input type="checkbox"/> Every day |
| <input type="checkbox"/> A few times a month or less | |

16. Working directly with other people causes me to stress

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never | <input type="checkbox"/> Weekly |
| <input type="checkbox"/> Few times a year or less | <input type="checkbox"/> Few times a week |
| <input type="checkbox"/> Once a month or less | <input type="checkbox"/> Every day |
| <input type="checkbox"/> A few times a month or less | |

17. I can easily create a relaxed atmosphere with my patients

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never | <input type="checkbox"/> Weekly |
| <input type="checkbox"/> Few times a year or less | <input type="checkbox"/> Few times a week |
| <input type="checkbox"/> Once a month or less | <input type="checkbox"/> Every day |
| <input type="checkbox"/> A few times a month or less | |

18. I feel stimulated after working with my patients

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Never | <input type="checkbox"/> Weekly |
| <input type="checkbox"/> Few times a year or less | <input type="checkbox"/> Few times a week |

- Once a month or less Every day
 A few times a month or less

19. I have acquired many good things/positive things in my profession

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

20. I feel defeated

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

21. At work, I treat emotional problems very calmly

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less

22. I feel that my patients blame me for some of their problems

- Never Weekly
 Few times a year or less Few times a week
 Once a month or less Every day
 A few times a month or less



THANKS!!!