

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera: Psicología

Trabajo final de integración

“Nivel de Burnout en terapeutas que atienden pacientes con diagnóstico de TLP”

Autor: Claudio Andrés Lo Fiego

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

Índice:

1. Introducción	4
2. Objetivo general	4
3. Objetivos específicos.....	4
4. Marco teórico.....	5
4.1. Trastorno límite de personalidad(TLP).....	5
4.2. Terapia dialéctico conductual (DBT).....	9
4.3. Síndrome de Burnout.....	14
4.3.1. Fases del Burnout.....	19
4.3.2. Desencadenantes y facilitadores.....	20
4.4. Síndrome de burnout en terapeutas.....	24
5. Metodología.....	31
5.1. Hipótesis.....	31
5.2. Tipo de estudio.....	31
5.3. Características de la muestra.....	31
5.4. Procedimiento.....	32
5.5. Instrumentos.....	32
6. Desarrollo.....	33
6.2. Resultados.....	33
6.2.1. Comparación del nivel de Burnout en los tres grupos.....	34
6.2.2. Comparación del nivel de Burnout por profesión.....	38

6.2.3. Comparación del nivel de Burnout por sexo en el grupo DBT.....	39
6.2.4 Comparación del nivel de Burnout por edad en el grupo DBT.....	39
6.2.5. Comparación del nivel de Burnout y la experiencia profesional.....	40
6.2.6. Comparación de niveles de Burnout por cantidad de TLP tratado.....	41
6.2.7. Mindfulness.....	42
6.3. Discusión.....	43
7. Bibliografía.....	52
8. Anexos.....	62

1. Introducción:

El presente trabajo se desarrolla en base a la pasantía realizada en una institución dedicada a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la Salud Mental.

La mencionada fundación está orientada a la clínica psicológica y psiquiátrica, y a la formación de profesionales en esos ámbitos. En cuanto a la faz clínica, se especializa en la atención de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, desde un modelo de tipo cognitivo-conductual denominado Dialectical Behavior Therapy (terapia dialéctico conductamental, o DBT) Este modelo hace hincapié en la enseñanza de habilidades psicosociales como parte clave del tratamiento. Dentro de estas habilidades se encuentran las Habilidades Básicas de Conciencia (Mindfulness), las cuales son definidas como centrales para el aprendizaje y puesta en práctica de las demás.

La pasantía implica varias actividades diarias: cursos de postgrado en Psicología Cognitiva contemporánea, Psicología Positiva, Terapias de Grupos, DBT (Dialectical Behavioral Therapy) , en grupos de habilidades sociales para pacientes y familiares y la participación de las supervisiones del equipo de DBT, del equipo de clínica general y del grupo de residentes de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires.

De las asistencias a las supervisiones surge el tema que se propone abordar en este trabajo de integración final; la descripción y análisis de los niveles de Síndrome de Burnout en los terapeutas de los tres grupos de supervisión.

2. Objetivo General

Determinar los niveles de Síndrome Burnout en los terapeutas que conforman el grupo de DBT, el grupo de Clínica general y el grupo de residentes de hospitales públicos.

3. Objetivos específicos:

1-Comparar los niveles de Burnout en las dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentimiento de realización personal, en los tres grupos.

2-Comparar los niveles de Burnout completo: en los tres grupos.

3- Establecer si existe relación entre las puntuaciones obtenidas de Burnout y los años de experiencia clínica que poseen los terapeutas y si existen diferencias entre los niveles de Burnout de acuerdo a su profesión.

4-Establecer si existe relación entre los niveles obtenidos de Burnout y la cantidad de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) tratados por los terapeutas actualmente.

5-Establecer la relación entre las variables sexo y edad, asociadas al Síndrome de Burnout, en los terapeutas que integran los diferentes grupos.

6-Comparar los niveles de Burnout entre los terapeutas que realizan coaching y asistencia telefónica las 24 horas y los que no.

7-Analizar los beneficios percibidos de la práctica de Mindfulness en la prevención del síndrome de Burnout.

4. Marco Teórico:

4.1 Trastorno Límite de Personalidad (TLP)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) destaca como característica esencial un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad y la autoimagen y una notable impulsividad que tiene sus comienzos al principio de la edad adulta y se manifiesta en diferentes contextos (American Psychiatric Association, 2005). En 1980 se hizo oficial el término Trastorno Límite de la Personalidad para hacer el diagnóstico de dichos pacientes (Gunderson, 2008). Por su parte, Rubio LLarosa (1994) sostiene que la denominación *límite* es secuela histórica de cuando dicho trastorno se consideraba fronterizo entre las psicosis y las neurosis, pero que no contiene en sí la característica central de la patología ya que existen otros términos que serían más adecuados para nombrarlo, como podría ser Trastorno de la Regulación Emocional. En un sentido lingüístico, el término supone un nivel moderado de gravedad o un grado intermedio del funcionamiento de la personalidad (Escribano

Nieto, 2006).

El TLP es considerado en la actualidad como un síndrome complejo y heterogéneo que surge de la necesidad de categorizar un conjunto de pacientes que presentan un claro patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal, una marcada impulsividad e ira inapropiada, que no encajan dentro de los síndromes tradicionales (Escribano Nieto, 2006).

Los criterios diagnósticos que propone el DSM-IV para el trastorno son:

Un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar abandono real o imaginado. nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación, que se recogen en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida) Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El trastorno afecta al 1 al 2% de población, y es el doble de frecuente entre las mujeres que en los hombres (Sadock & Sadock ,2004). Investigaciones sugieren que la prevalencia del TLP se ubica entre el 1.2% al 6% de la población general, aproximadamente el 10% de las personas que reciben tratamiento ambulatorio y aumenta a casi un 20% de los pacientes que reciben internación (Sadock & Sadock ,2004). Es uno de los trastornos de personalidad que produce mayor deterioro en la vida de quien lo padece, estimándose que casi el 70% de dicha población realizará al menos un intento de suicidio. Asimismo la American Psychological Association (2001), informa que más del 10% de estos pacientes comete suicidio. En su mayoría, presentan comorbilidad con trastornos del Eje 1, siendo los más habituales los trastornos del estado de ánimo (52%), abuso de sustancias (14 a 56%), desórdenes de alimentación (15%) y trastornos de ansiedad (7%) (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2004).

Se evidencia en algunas investigaciones que entre los profesionales, existe la creencia de que el tratamiento con pacientes con TLP genera el síndrome de desgaste profesional o burnout. Asimismo, estos pacientes generan sentimientos negativos en los profesionales tales como preocupación, cansancio, frustración, rechazo y sentir que se está siendo manipulado (Gagliesi & Regalado, 2009).

La mayoría de los profesionales de la salud mental referían tener dificultades en la alianza terapéutica con estos pacientes. Algunas investigaciones los ponen en el ranking como los menos deseables de tener en el consultorio. Por su parte las y los consultantes y sus familias suelen cambiar muchas veces de tratamientos debido a que los mismos no cumplen las expectativas de alivio esperadas.(Leiderman, et al. 2004).

En cuanto pronóstico del trastorno, si bien la evolución de los pacientes es variable, se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo, de modo que a partir de la cuarta o quinta década de vida, los pacientes logran una cierta estabilidad en las

relaciones personales y en su funcionamiento laboral. En estudios de seguimiento a 6 y 15 años, se observó que la mayoría de los pacientes lograba llevar una vida dentro de los rangos normales; los síntomas impulsivos tuvieron una mayor remisión, en especial las automutilaciones, el abuso de sustancias y la promiscuidad (Paris, 2003). Estos estudios longitudinales muestran que los sujetos con el trastorno cumplen criterios de remisión a los 6 años en el 68,6% de los casos, con sólo un 5,9% de recurrencia, con lo que el pronóstico es mejor de lo que se pensaba anteriormente para la mayoría de los casos (Zanarini, 2003).

Etiología:

Como la mayoría de los trastornos de personalidad, el TLP es causado por una compleja combinación de factores genéticos, sociales y psicológicos; todas las teorías modernas coinciden en que para que se manifieste el trastorno, deben interactuar múltiples causas. No obstante, se describen factores de riesgo específicos cuya presencia aumenta la probabilidad del desarrollo del TLP; dichos factores pueden ser biológico-genéticos, psicológico-ambientales y del entorno y socioculturales. No obstante la presencia de dichos patrones no implica necesariamente la aparición de TLP (Gunderson, 2008).

Si bien no existen aún estudios que afirmen sobre si el Desorden Límite es hereditario, se refiere que la mayoría de las personas que lo padecen, tienen cinco veces más probabilidades que la población general, de tener algún familiar con igual trastorno u otros diagnósticos afectivos tales como depresión y bipolaridad, entre otros (Apfelbaum, Gagliosi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

Tratamiento:

El tratamiento del TLP es complejo debido a que no existe un acuerdo en cuanto a su conceptualización y a las diversas estrategias de abordaje existentes. En el 2001 la American Psychiatric Association (APA), publicó una Guía Clínica de consenso para el tratamiento del TLP, que posteriormente fue revisada en 2005 (Oldham 2007). Según las recomendaciones de dicha guía, el tratamiento principal para el TLP es la psicoterapia complementada con la farmacoterapia para aquellos síntomas y conductas que más alteran la calidad de vida.

Las áreas para las que se recomienda el tratamiento psicofarmacológico son inestabilidad afectiva, descontrol conductual-impulsividad y alteraciones cognitivas. Sin embargo, hasta la fecha no existe ningún fármaco aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) o la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (EMA) con la indicación oficial para el tratamiento del TLP, es decir, que el tratamiento farmacológico es sólo sintomático y, en función de aquellos síntomas que se presenten como predominantes, se decidirá qué tipo de psicofármacos se utilizará en cada paciente (Escribano Nieto, 2006).

Si bien existe un substancial acuerdo en que el tratamiento psicoterapéutico de este trastorno puede incrementar su eficacia mediante farmacoterapia enfocada en síntomas (Oldham, 2007), no obstante, Linehan (2003) sostiene que los individuos que cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad, llenan los consultorios de los profesionales de la salud y que, si bien se ha demostrado la efectividad de la farmacoterapia en pacientes que padecen dicho trastorno, resulta necesario algún tipo de tratamiento psicosocial.

Desde una perspectiva psicoterapéutica, los enfoques más habituales para tratar el TLP son el psicodinámico, y el cognitivo conductual (Oldham, 2004). En la actualidad existen cuatro modelos de psicoterapia con eficacia basada en la evidencia para tratar parte de la sintomatología presentada en el Trastorno Límite de la Personalidad: La Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) de Linehan, la Terapia Focalizada en esquemas de Young, la Terapia Basada en la Mentalización de Bateman y Fonagy y la Psicoterapia focalizada en la transferencia de Kernberg.

4.2 Terapia Dialéctica Comportamental (TDC ó DBT)

La terapia dialéctica Comportamental, llamada en inglés Dialectical Behavior Therapy (DBT), es un tratamiento cognitivo conductual que fue desarrollado específicamente para el trastorno límite de la personalidad; particularmente para aquellos que presentaban conductas autolesivas como autocortes para aquellos pacientes que tenían pensamientos recurrentes de suicidio (Lynch, Zachary, Rosenthal & Smoski, 2008). Este modelo de tratamiento psicoterapéutico fue el primero que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados para tratar dicho trastorno (Linehan, 2003b).

El modelo DBT fue desarrollado por Linehan desde un marco cognitivo-conductual en la década del 70, quien observó en sus pacientes mujeres suicidas que un alto porcentaje de las mismas cumplía con criterios de trastorno límite de personalidad. Como respuesta a esta situación desarrolló un modelo terapéutico con rasgos diferenciales a la terapia cognitivo-conductual tradicional, que denominó Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Manning, 2007). La autora integró al tratamiento diversas técnicas que no se asocian tradicionalmente a la terapia cognitiva o conductual, como trabajar la aceptación de las emociones y situaciones desde una perspectiva Zen y las intervenciones paradójales en la línea batesoniana (Linehan, 1993a). Por otra parte, este tratamiento además incluye intervenciones orientadas a reducir el desgaste (burnout) que normalmente padecen los terapeutas que tratan este tipo de pacientes. Se piensa que al intervenir sobre ambos polos de la relación se logra un impacto positivo y sinérgico sobre los resultados terapéuticos (Linehan, 1993, 2003; Nee & Farman, 2005).

Linehan reformula el desorden límite de personalidad como un desorden en la regulación. Hace una revisión crítica de los criterios utilizados en el DSM IV para definir este desorden, observando que en ocasiones son inespecíficos, no son suficientemente descriptivos de conductas que puedan observarse, o utilizan descriptores que pueden resultar peyorativos (por ejemplo, conducta *manipuladora*). Parte de la desregulación emocional (caracterizada por un bajo umbral de activación, alta respuesta, y lento retorno a la calma), como factor que desorganiza los otros aspectos: desregulación interpersonal, desregulación conductual, desregulación cognitiva y desregulación del self.

El término dialéctico refiere a una lógica de la patología y visión holística de mundo pensada en término de polaridades que se integran en una síntesis. Asimismo, la persuasión del diálogo en terapia está pensada como dialéctica. En ese sentido, reformula el trastorno límite de personalidad como una falla en el proceso dialéctico (Linehan, 1993).

En cuanto a la etiología del trastorno, supone una teoría biosocial compuesta por desregulación emocional debida a vulnerabilidades biológicas, que se retroalimentan con un ambiente invalidante (Linehan, 1993).

El modelo de tratamiento completo se integra mediante las modalidades de psicoterapia individual, grupo de entrenamiento en habilidades, consulta telefónica y consulta de caso para los terapeutas. De todas formas, estas modalidades pueden condensarse o suplementarse en diferentes contextos (ej.: internación, atención de un solo terapeuta, etc.) (Linehan, 1993).

Linehan (1993a) sostiene que la Terapia Dialéctica Comportamental se fundamenta en la Teoría Biosocial de la Personalidad. Según esta perspectiva, en relación al Desorden Límite, se podría establecer que los síntomas y conductas de dichas personas, se explicarían por la desregulación emocional la cual es el conjunto de ciertas vulnerabilidades biológicas que se retroalimentan con un ambiente invalidante durante el desarrollo del individuo. La vulnerabilidad emocional se caracteriza por una muy alta sensibilidad a los estímulos emocionales, una respuesta muy intensa a dichos estímulos y un lento retorno a la calma. La modulación emocional tiene que ver con la capacidad de inhibir la conducta inapropiada, auto-organizarse para una acción dirigida al alcance de un objetivo (es decir, actuar de una manera que no dependa del estado de ánimo), conseguir concentrar la atención y calmarse uno mismo ante la presencia de un estímulo emocional fuerte (Linehan, 2003). La desregulación de las emociones en las personas que presentan un trastorno límite de personalidad, son una combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo (demasiado reactivo) con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas (Linehan, 2003).

En pacientes que presentan TLP es frecuente que se activen emociones en situaciones en las que no es esperable que aparezcan, produciendo una respuesta más fuerte de lo predecible y siendo muy lento el retorno a la calma. Durante estos momentos el dolor es vivido como insoportable, sintiendo la necesidad de serenarse de forma inmediata, provocando las llamadas Conductas Problemas. La ideación suicida, las conductas autolesivas y los intentos de suicidio pueden ser concebidos como un intento de solución a un problema, siendo muchas veces formas exitosas en el corto plazo en la resolución de ese conflicto. En general producen alivio inmediato, lo que aumenta la probabilidad de que la conducta se repita cuando vuelva a haber un episodio de desregulación (Apfelbaum, et al, 2007).

En la génesis del desorden, el ambiente invalidante puede dar lugar a un problema, o no, dependiendo de la vulnerabilidad emocional de la persona. Las y los niñas y niños que tienen una predisposición biológica a la desregulación emocional no estarían en las mismas condiciones de aprender, a través de su ambiente, habilidades para modular sus emociones: nombrarlas, calmarse, tolerar el malestar, confiar en sus respuestas emocionales. (Gagliesi, 2008).

Con respecto al ambiente invalidante, Linehan (1993b) plantea que la característica definitoria es la tendencia a responder de forma inapropiada a la experiencia privada y a las demandas de la persona.

Un ambiente invalidante contribuye a la desregulación de las emociones ya que no enseña al niño a poner nombre a sus emociones, a modular la activación de las mismas, ni a tolerar el malestar. Le enseña a no confiar en sus propias respuestas emocionales y a invalidarlas, haciéndole recurrir al exterior para obtener pistas de cómo actuar y sentirse (Linehan1993b)

Una de las experiencias invalidantes más traumáticas es el abuso sexual; se estima que hasta un 75% de las personas con TLP ha sido víctima de algún abuso sexual durante la infancia (Linehan 1993b). También se observa que muchas de las personas con TLP se caracterizan por haber padecido algún tipo de abuso emocional en su desarrollo temprano, consistiendo en las fallas por parte de las figuras paternas al brindar protección y cuidado, al satisfacer las necesidades del niño, lo cual les generó pensamientos y sentimientos ambivalentes (Hoffman & Mcglashan, 2003).

Linehan (1993a) afirma que los ambientes invalidantes son un componente necesario para el desarrollo de muchas de las características del Trastorno Límite de la Personalidad. Este tipo de ambientes puede potenciar la vulnerabilidad biológica.

El objetivo fundamental es reconocer y validar la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes y proporcionar las habilidades necesarias para la regulación de las emociones. Además la terapia contempla el entrenamiento en habilidades para mejorar las relaciones interpersonales, el control de conductas impulsivas o que atenten contra la calidad de vida, la flexibilización de los patrones cognitivos y la mejora del sentido de la

identidad personal.

Las habilidades básicas de conciencia se construyen alrededor del concepto de conciencia plena (en inglés, “mindfulness”). Este concepto, que procede del budismo, hace referencia al “darse cuenta”, participar plenamente del aquí ahora, es decir, “conciencia de la experiencia presente, con aceptación” (Siegel, Germer & Olendzki, 2009). El entrenamiento en Mindfulness se basa en prácticas de la tradición oriental (Budista y Zen), así como de la occidental (oración contemplativa).

En las Habilidades de atención plena (mindfulness), la meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar conciencia de sus experiencias (emociones, pensamientos, sensaciones, conductas, etc.). Se trata de adoptar una actitud de contemplación de nuestras experiencias, dándonos la oportunidad de conocerlas y aceptarlas y no realizar juicios de valor sobre las mismas (García Palacios, 2006).

Como señala Ricard (2008), la conciencia plena consiste en mantenerse a cada momento plenamente despierto respecto a todo lo que surge tanto dentro como fuera de uno mismo. Esto lleva a una comprensión de la naturaleza de lo que se percibe, libre de todas las deformaciones que pueden provocar tanto aquello que atrae como lo que se rechaza. La idea básica es que la mente funciona de forma automática y se encarga de vivir tanto en el pasado como anticiparse al futuro, esto hace que la persona no esté presente en el momento presente. Estos automatismos que rigen el pensamiento humano están en las antípodas de la plena conciencia.

Kabat-Zinn (1994) describe este concepto como el acto de focalizar la atención de forma intencionada en el momento presente con aceptación.

Kabat-Zinn (2005) sostiene que la mente tiende a ser errática y a dejarse llevar por pensamientos y sueños que arrancan la conciencia del momento presente, afectando todo lo que la persona hace. Los pensamientos son tan dominantes que nublan con facilidad la conciencia del presente, en especial en los momentos de crisis. Es decir, sin conciencia. El vivir (pensar) en el pasado o el futuro impide experimentar el presente y, sobre todo, considerarlo de forma activa en el proyecto personal elegido por el individuo.

La integración de mindfulness en el contexto terapéutico ha demostrado ser una práctica efectiva y poderosa para mejorar la salud mental. Estudios científicos continúan probando su eficacia en una variedad de trastornos relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad, el estrés, trastorno por estrés postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo, el abuso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad, entre otros (Germer, Siegel & Fulton, 2005).

En la meditación mindfulness observamos con satisfacción que aquellos psicólogos que se comprometen con una práctica cotidiana comienzan a hacer descubrimientos importantes con respecto a lo que los estresa, angustia y condiciona, transitando con singular éxito el doloroso camino que suele mediar en la recuperación de la salud integral mente-cuerpo. Si el profesional se beneficia de la práctica de la atención plena, seguramente podrá desarrollar con sus consultantes el factor más terapéutico del trabajo, cual es una sana empatía (lo que incluye atenderlo, escucharlo, respetarlo y aceptarlo plenamente). Una parte del entrenamiento en mindfulness conlleva el aprendizaje de la compasión (y de la auto-compasión), que son las mejores armas para defenderse del síndrome del Burnout (Simon, 2007).

Cuatro modelos innovadores se destacan dentro de esta línea: la Terapia dialéctica comportamental (DBT), de Linehan, la Reducción de estrés basado en mindfulness (MBRS), de Kabat-Zinn, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) de Segal, Williams, Teasdale y la Terapia de aceptación y compromiso desarrollada por Hayes.

Para DBT, las habilidades de conciencia plena contribuyen a influir en los distintos órdenes de desregulación que supone este trastorno. La adquisición de la habilidad de estar aquí y ahora reduce las conductas de rumiación que pueden aparecer como rasgos más obsesivos o depresivos, asimismo, facilita el reconocimiento de estados de ánimo a los efectos de la regulación emocional, e incrementa la eficacia de las estrategias de exposición que pueden intentarse para mejorar la tolerancia al malestar (Linehan, 2002).

Existen ya numerosos estudios controlados que ofrecen resultados respecto a la eficacia de esta terapia Koerner & Dimeff, (2007); Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard (2006). El programa de tratamiento consigue reducciones significativas en número

de abandonos, de hospitalizaciones, de intentos de suicidio, indicadores de depresión y otras emociones negativas. La terapia Dialéctico-comportamental ha mostrado su eficacia en pacientes ambulatorios y hospitalizados (Kröger et al., 2006).

4.3 Síndrome de Burnout

En la actualidad no existe una definición unánime del síndrome. Burnout se traduce literalmente como *quemarse*, estar fundido, agotado, fatigado, exhausto. Este concepto tiene origen popular, no académico, ya que está basado en experiencias de campo, más que en investigaciones de entornos universitarios.

Los primeros artículos sobre Burnout surgieron en la década de 1970 y describían el fenómeno de estrés en las personas que se ocupan de actividades relacionadas con la ayuda y la atención; Freudenberger (1974) fue el precursor más conocido de esta área de estudio. Sin embargo, Schaufelli y Ezzmann (1998) se refieren a una cita más antigua del término, en la que Bradley menciona ya en 1969, usando el término burnout para referirse a hacer frente a las condiciones de un trabajo estresante y fue transmitido años después por las autoras y Maslach y Jackson (1981) como un síndrome que se produce entre personas que trabajan con servicios humanos (maestros, bomberos, policías, psicólogos, enfermeras, etc.)

El término de burnout profesional lo introdujo Freudenberg cuando trabajaba en Nueva York observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el burnout como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral. (Gil-Monte, 1991).

Tres vertientes se han venido desarrollando constituyendo la base de las investigaciones sobre Burnout:

Freudenberg (1974), quién lo plantea como una existencia gastada, es el representante de la primer vertiente; en segundo lugar, la sostenida por Pines, Aronson y Kafry (1981) con

el triple agotamiento: emocional, mental y físico; por último, las aportaciones de Maslach y Jackson (1981) con la tridimensionalidad del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Esta última corresponde a la definición más utilizada para su descripción (Garcés de los Fayos Ruiz, 2005).

Freudenberg, sostiene que es típico de las profesiones de servicio de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente ,sin tomar en consideración las propias necesidades ,el autor partió de un planteamiento individualista y clínico de la depresión, considerada como uno de los síntomas más característicos del Burnout .(Garcés de los Fayos Ruiz ,2005)

Pines, Aronson y Kafry (1981), presentados como la segunda vertiente, con una concepción de Burnout como fenómeno social. Lo definieron como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima, causado por estar implicada la persona en situaciones que le afectan emocionalmente durante largos períodos de tiempo. Para Pines y Aronson (1988) el burnout no está restringido a profesionales de ayuda, ya que lo consideraron como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionales demandantes. En esta misma línea, otros autores que han realizado numerosas investigaciones sobre esta temática (Gil-Monte & Peiró, 1997) lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Ferrer (2002) define Burnout como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamientos sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja, pacientes y compañeros, y hacia el propio rol profesional, condensación de agotamiento desproporcionado.

Moreno y Peñacoba (1999) diferencian el estrés del burnout diciendo que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo. El exceso de trabajo no provoca más burnout;

de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador no produce menos burnout; no es un proceso asociado a la fatiga sino a la desmotivación, (Quiceno & Alpi ,2007).

Hay discusión acerca de la diferenciación entre Burnout y estrés laboral. El estrés laboral suele considerarse como la tensión o ansiedad que percibe un individuo resultado de la reacción a las demandas físicas y psíquicas, inherentes al puesto de trabajo que ocupa o, también, la falta de ajuste entre un individuo y su entorno laboral. Un prolongado y creciente estrés laboral puede dar lugar al Burnout, sobretodo en las llamadas profesiones de servicios humanos (Cherniss, 1993).

La tercera vertiente corresponde a la planteada por la psicóloga Christina Maslach, quien estudió la forma en que las personas se enfrentaban a la excitación emocional en su trabajo, interesándose por las estrategias actitudinales, denominadas despersonalización. Estas estrategias se refieren al modo en que los profesionales de la salud mezclan la compasión con el distanciamiento emocional, evitando el involucramiento con la enfermedad o patología que presenta el paciente y utilizando la deshumanización en defensa propia se describe así al proceso de protegerse uno mismo ante las situaciones estresoras respondiendo a los pacientes en forma despersonalizada (Gil Monte & Marucco, 2006). Maslach dio a conocer en 1976 el término de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos y en el año 1981, junto a Jackson presenta un modelo tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Quiceno & Alpi ,2007).

Dentro de esta tercera vertiente se desarrolló la teoría y el instrumento de medición de Maslach (1981).

Maslach (2001) señala que el agotamiento emocional representa la dimensión de tensión básica del Síndrome de Burnout, la despersonalización expresa el contexto interpersonal en donde se desarrolla el trabajo del sujeto, y la eficacia reducida o disminución del logro personal, representa la autoevaluación que realiza el individuo de su desempeño laboral y personal.

La secuencia planteada por estas autoras, agotamiento emocional-despersonalización-baja

realización personal, no es compartida por otros autores que sostienen que no se presentan en un orden tan lineal, sino en un orden variado. Sin embargo, la propuesta de Maslach es la más comúnmente aceptada y se explica de la siguiente manera: a raíz de los estresores laborales, las personas van desarrollando un agotamiento emocional que da lugar a una actitud despersonalizada hacia las personas que atienden. Se pierde de este modo su compromiso con la tarea y se genera la sensación de baja realización personal (Gil Monte & Peiró, 1997).

De acuerdo con Garcés de los Fayos (2000), existiría consenso entre los autores en asumir el modelo de Síndrome de Burnout con base a las tres dimensiones descritas por Maslach y Jackson (1981), y Pines (1981). El síndrome sería una consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo, y también sería necesaria la presencia de una interacción trabajador-cliente intensa y/o duradera en el tiempo para que el síntoma se produzca.

Más recientemente Gil Monte, Carretero, Roldan y Nuñez Román (2005) identifica cuatro dimensiones: Ilusión por el trabajo, desgaste, indolencia y culpa. Gil Monte (2003) en relación a la variable culpa, incorpora este concepto como parte de una de las fases o etapas principales en el desarrollo de este síndrome. Desarrollando además un nuevo instrumento llamado Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) para evaluar Burnout.

4.3.2. Modelos psicosociales

En la delimitación conceptual del síndrome, Gil Monte y Peiró, (1997) sostienen que las teorías explicativas pueden diferenciarse en dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

Cada perspectiva entiende el síndrome de Burnout de forma diferente, la diferencia entre el enfoque clínico y social radica en que el primero analiza el problema en tanto estado personal y el segundo lo analiza en tanto proceso dinámico, producto de la interacción

entre varios factores. Así Tonon (2003) congruente con la perspectiva clínica define el síndrome como el resultado del trauma narcisista que lleva a la disminución en la autoestima Harrison (1999) desde una perspectiva social postula que las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a los demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no la dejan conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el Burnout, que, así mismo, retroalimenta negativamente su motivación para ayudar (Tonon, 2003).

Desde la perspectiva clínica el síndrome de Burnout no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surge de las relaciones sociales. Es un tipo particular de mecanismos de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización. Se han identificado una serie de variables antecedentes del síndrome de quemarse (Maslach y Jackson 1982), que son importantes de considerar, como las del entorno social, nivel organizacional, interpersonal e individual específicas de la profesión.

El afrontamiento es entendido aquí como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria (Lazarus, 2000). Otros autores (Karasek & Theorell, 1990) proponen modelos de estrés desde una perspectiva interaccionista en los que vinculan más estrechamente ciertas características organizacionales.

Para Vieira et al. (2006) el síndrome parece no estar vinculado a actividades específicas de los trabajadores, pero sí a la organización del trabajo. Maslach, Schaufeli, y Leiter (2001) afirman que las personas que están acometidas por el síndrome de Burnout pueden tener un impacto negativo en sus colegas pudiendo ser el Burnout contagioso y perpetuarse por sí mismo, a través de las interacciones informales en el trabajo.

Al considerar las consecuencias del Burnout para la organización, hay que tener en cuenta que ellas van más allá de la institución y afectan a toda la sociedad; además, el síndrome puede contagiarse a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por

observación durante los procesos de socialización laboral. Para algunos autores, la satisfacción laboral disminuida es consecuencia del Burnout; para otros es antecedente (Richadsen, Burke, & Leeiter 1992)

No debe confundirse con la “traumatización vicaria” descrita por McCann y Pearlman, en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema, tales como violaciones, torturas y diversos tipos de vejámenes, asaltos con violencia, desmembramientos en guerras o accidentes, entre otras (Benelvaz , 1997). Es una especie de “victimización vicaria” sufrida por el terapeuta encargado de la asistencia de las víctimas y, por el hecho de ser testigo de tan horrendos testimonios, un síndrome de stress traumático secundario, muy bien descrito por Figley (2000), para terapeutas familiares, resalta, la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros consultantes, y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo.

El desgaste por empatía puede derivar de la exposición a un acontecimiento traumatizante, o a una serie de ellos y puede aparecer súbitamente y sin aviso; a diferencia del Burnout que es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes).

4.3.1. Fases del Burnout.

Reinhold (2002) destaca el síndrome como un resultado de la combinación de factores internos (vulnerabilidad biológica y psicológica) con externo (de escritorio).

En cuanto a Reinhold (2002), el síndrome de Burnout se compone de cinco fases para completar el proceso agotador, y llegar al gran desgaste, que son:

1 - Fase de idealismo - cuando es un entusiasta de su vida profesional, se da por el trabajo,

2 – Fase de realismo - son percepciones reales de la persona acerca de sus aspiraciones e ideales, la exploración de los sentimientos de frustración, donde la experiencia profesional, los premios insuficientes para los esfuerzos realizados, se siente una

sensación de incompetencia,

3 - fase de estancamiento y la frustración – se desvanece el efecto inicial y se convierte en fatiga crónica. Síntomas de irritabilidad.

4 - Fase de apatía / Burnout– la autoestima profesional se erosiona, el individuo se siente deprimido, su vida va perdiendo significado.

5 - El fenómeno de Phoenix. Se hace referencia al resurgir de las cenizas , pero no siempre ocurre. Malagris (2004), afirma que existen aquellos , que en este momento, los mecanismos de defensa pueden ayudar a crecer con el agotamiento.

Malagris, (2004) y Reinhold, (2002) caracterizan el Burnout como un proceso dinámico progresivo gradual y acumulativo, que puede erosionar la relación profesional con su trabajo reducir la energía y la voluntad de la persona en su vida en general, pero básicamente, resultan tediosas todas las actividades que anteriormente se consideraban como algo trivial.

Estos sentimientos de frustración y fracaso favorecen un trato superficial con el paciente o su familia destruyendo uno de los principales incentivos y motivaciones de la práctica: la satisfacción de la relación interpersonal que se establece entre terapeuta y paciente. Esta disonancia cognitiva y ética termina minando, de manera insidiosa, el sentimiento de integridad tanto personal como profesional (Lickholm, 2001).

4.3.2. Desencadenantes y facilitadores

Gil-Monte (2007) afirma que los estudios sobre el síndrome de burnout muestran acuerdo al concluir que el entorno laboral y las condiciones de trabajo son los únicos factores que intervienen en la etiología del síndrome, pero las fuentes de estrés laboral pueden afectar de manera diferente al desarrollo de los síntomas y al progreso del síndrome en función de algunas variables de personalidad, de variables sociodemográficas individuales o de condiciones personales.

Identificar los desencadenantes y facilitadores del síndrome es una tarea compleja ya que cualquier situación crónica molesta del entorno laboral puede ser un estresor y, por tanto

un desencadenante o facilitador del síndrome. No obstante, se reconocen ciertas variables laborales y variables de carácter personal, como desencadenantes y facilitadoras del síndrome, respectivamente (Gil Monte & Peiró, 1997).

Maslach y Jackson (1982) sostiene que para que el síndrome aparezca, a las condiciones contextuales deben sumarse ciertas condiciones personales. Incluye características de la personalidad y estrategias de afrontamiento que una persona emplea para ayudarse a resistir la amenaza que representa un evento estresante. Entre ellas, la investigadora ha identificado las siguientes: deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes, trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento, relaciones negativas y antagonismos con los colegas.

Gil Monte, Peiró y Valcarcel (1998) identifican como facilitadores del síndrome de Burnout a las variables sociodemográficas, tales como el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión. Ellas pueden cumplir una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto.

Algunos autores afirman que la edad parece no influir, aunque se considera que puede existir un período de desensibilización. En los primeros años de la carrera profesional, se aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de burnout hallaremos (Apiquian Guitart, 2007).

Aunque el ambiente organizacional suele esgrimirse como una de las causas fundamentales que conducen al síndrome de Burnout, siguiendo a Garré Olmo (2000), en la etiología del síndrome cabe destacar, además las variables de personalidad. Desde esta perspectiva se enfatizan variables como los sentimientos de competencia, el sentido existencial que se alcanza a través de la realización del trabajo, la autoeficiencia o la importancia de las estrategias de afrontamiento (Chermiss, 2001).

Peiró (1992) menciona que entre las variables personales se deben tener en cuenta las relacionadas con la personalidad, ya que la mayoría de los investigadores entienden que el síndrome se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación

profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás; así como en aquellos con patrón tipo A: extremadamente competitivos, con alta motivación de logro (ética del éxito exagerada), agresivos, impacientes, precipitados e inquietos, bajo presión por el tiempo y la responsabilidad y compromiso por su trabajo (adicto obsesivo del trabajo), y alta necesidad de control, autodesconfianza y locus de control externo.

El perfil de la persona más vulnerable al Burnout está caracterizado por elementos tales como elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia (Maslach & Jackson, 1982). De acuerdo a las estrategias de afrontamiento puestas en acción tienen efectos facilitadores o inhibitorios; aquellos sujetos que emplean estrategias activas, centradas en el problema presentan menos Burnout que los que utilizan la evitación con estrategias centradas en la emoción.

Existen investigaciones que evalúan la falta de entrenamiento y la poca preparación profesional como factores facilitadores de Burnout. En un trabajo de marzo del 2000 de la Universidad de Nueva Zelanda el entrenamiento fue el único factor que se pudo determinar sin dudas como preventivo del agotamiento emocional. En un estudio realizado por el Servicio de Psicología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston y publicado en octubre de 2000 identifica, sin lugar a dudas, al déficit en la educación y en el entrenamiento de los psicólogos como un factor etiopatogénico fundamental. Varias investigaciones, fundamentalmente realizadas en EE.UU., demuestran que los déficit en la educación y en el entrenamiento durante la formación de los psicólogos son factores de gran importancia para el desarrollo de Burnout, en los servicios de emergencia en casos de pacientes víctimas de violencia, con conductas suicidas y violentas. García García y Herrero Remuzgo (2008) identifican que aquellos sujetos que poseían una titulación universitaria mostraban evidencias de estar menos despersonalizados que aquellos que no poseían una titulación universitaria.

Las investigaciones realizadas con 165 psicólogos que trabajan en hospitales como pasantes en el programa de doctorado en psicología, Wertz (2000) encontró que la realización personal, recursos de afrontamiento y los requisitos personales fueron

importantes y contribuyeron para prevenir el Burnout.

En referencia a estudios de médicos residentes del hospital de Mallorca en AE registran el 41% niveles altos (Marin, 2005) y las cifras mas altas se registran en el Hospital Universitario del Valle en Cali 85.3% (Guevara , Henao & Herrero ,2004). En un programa de residencia en medicina interna de la Universidad de Washington, el 76% tiene niveles altos en AE (Shangfelt , 2002)

Por todos los trabajos analizados podríamos afirmar que no solo la edad, sino la experiencia profesional y el grado de preparación juegan como factores protectores de padecer Burnout.

Otra variable a tener en cuenta es el apoyo social en el trabajo, que actúa como modulador en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización.

Gil-Monte (2005) señala en un trabajo sobre apoyo social percibido que es importante resaltar que 92.5% de la población percibió un nivel alto de apoyo proveniente de sus supervisores y directores, que estuvo positiva y significativamente correlacionado con la ilusión de alcanzar metas laborales, lo cual permite que el trabajo sea percibido como una fuente de realización personal.

Pines, Aronson y Kafry (1981) caracteriza el apoyo social como una intervención muy eficaz para contrarrestar el agotamiento, a su vez Hagihara, Tarumi, y Miller (1998) definen el apoyo social como la prestación y recepción de los bienes tangibles e intangibles, servicios y beneficios (el estímulo y la confianza) en el contexto de la informal, por ejemplo, familia, amigos, colegas y jefes.

Entre los desencadenantes laborales, Peiró (1992) establece una serie de cuatro categorías:

- 1)-estresores físicos de trabajo y contenidos del puesto;
- 2)- desempeño de roles y relaciones interpersonales;
- 3)- nuevas tecnologías y aspectos organizacionales y
- 4)- fuentes extraorganizacionales de estrés laboral, como trabajo-familia.

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 niveles del síndrome. Asimismo, Gil Monte (2005) y Lloyd et al. (2002) sostiene que la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y sobre todo supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan la posibilidad de padecer Burnout.

Desde un nivel organizacional, los inconvenientes que se generan son los problemas de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a estas cuestiones organizacionales. Silva (2000) señala que el sufrimiento surge a través de ciertas condiciones específicas, dadas por el choque entre una historia individual, el proyecto de compañía, esperanzas y deseos, y una organización laboral que los ignora. Las consecuencias de la falta de ajuste de la organización a su estructura genera además efectos que han sido identificados como antecedentes del Burnout (Gil Monte, Peiró & Valcarcel, 1998).

En el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones: la aparición de los juicios por mala praxis, los nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, modificaciones en los programas de educación y formación, en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de status y/o prestigio profesional. (Gil Monte & Peiró, 1997).

4.4 Síndrome de Burnout en terapeutas:

La profesión del psicólogo requiere elevada demanda emocional y una gran responsabilidad profesional. La evaluación del Burnout en los profesionales que ejercen su actividad en el campo de la psicología es relevante debido a que la calidad de la asistencia depende en buena medida del bienestar laboral de los propios profesionales (Moreno Jiménez, Meda Lara, Morante Benadero, Rodríguez Muñoz & Palomera

Chávez, 2006).

Las diversas áreas de especialidad en psicología ponen al profesional en una variedad de campos que difieren en cuanto al rol; la conducta de los sujetos a los que atiende, los problemas que aborda y los marcos institucionales en que se sitúa (García Silva Herrera; Meda Lara, Moreno Jiménez, Morante & Castañeda Torres, 2008). Estos y otros aspectos llevan a que el profesional se sienta exigido impotente para responder en forma adecuada, generando en él una frustración constante, fatiga corporal cansancio mental, que, en muchos casos, los despersonaliza, los disocia de la realidad de sus pacientes.

Analizando específicamente las características del ejercicio de la psicoterapia y las exigencias del rol de psicoterapeuta, se plantea una definición de Burnout psicoterapéutico: es un desgaste personal producido por el ejercicio de la psicoterapia, que se expresa en dificultades emocionales, cognitivas y comportamentales, y que interfieren las relaciones interpersonales profesionales y personales (Yáñez, 2002).

El psicólogo está en permanente contacto con el sufrimiento humano, el dolor, el miedo, las frustraciones, los fracasos, las pérdidas y la muerte. Además, los conflictos existentes entre los intereses de la organización o institución a la que pertenecen, y las personas objeto de su trabajo suelen plantearles problemas personales que los sobrecargan y desgastan. Benavides Pereira, Moreno Jiménez, Garrosa Hernández & González Gutiérrez, (2002) , sostienen que a veces, las actitudes desarrolladas en el trabajo pueden extenderse y generalizarse a las demás situaciones, llevándoles al distanciamiento de las personas, a la observación y a la interpretación generalizada .Otra de las dificultades proviene del hecho de que los psicólogos sean objeto de una visión idealizada por parte de los pacientes, lo que facilita que se sientan con la obligación de confirmar dichas expectativas. Con frecuencia el profesional psicólogo considera que su función es mantener una capacidad de respuesta constante, con la predisposición a atender y solucionar las demandas de sus pacientes, lo que a veces es sentido como una exigencia (Benavides Pereira, et al; 2002).

Por primera vez en la Argentina, en mayo de 2008, la Cámara Laboral de San Carlos de Bariloche reconoció al "síndrome de desgaste profesional" sufrido por una psicóloga que

trabajó durante 18 años en el departamento de sanidad de la Policía de Río Negro, como una enfermedad-accidente de trabajo (Bernstein, 2009).

La literatura sobre el Burnout es abundante en la actualidad; una revisión que abarca el período 1990-2002 (Boudreau & Nakashima, 2002) identificó 2.138 elementos distintos. Pese a que la investigación del Burnout se ha extendido a una amplia variedad de profesiones, asistenciales y no asistenciales, el estudio del Burnout en psicólogos es relativamente escaso a pesar de ser una profesión con alto riesgo de padecerlo.

Un estudio que debe mencionarse a pesar de no ser una población específica de terapeutas es el de Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2007) donde se observan influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en el personal sanitario hispanoamericano y español, con una muestra de 11530 profesionales; respecto al país de residencia de los profesionales de la salud, el valor medio más alto de A E se observó en Argentina con 27 puntos, seguido de España (26,1) y Uruguay (24), con una diferencia de casi 10 puntos sobre los restantes países de habla hispana.

El porcentaje de participación de los psicólogos en algunos estudios sobre Burnout muestran resultados similares, como es el caso del realizado por Moreno Jiménez, et al (2006) en psicólogos mejicanos donde se entregaron 800 cuestionarios y fueron devueltos 454, obteniendo un resultado de respuesta de 56,7%. Otro estudio que refleja un porcentaje aún mayor de rechazo es el realizado por Benavides Pereira, et al (2002) en psicólogos de lengua española y brasilera donde se enviaron 968 cuestionarios y se recibieron 203, dando un porcentaje de respuesta de 20,97%.

Grau et al. (2007), en el estudio antes mencionado en el personal sanitario hispanoamericano y español no específico de terapeutas hallaron una prevalencia de Burnout completo para Argentina del 14.4%. En población específica de terapeutas

Casas & Sorello, (2011) evaluaron el Síndrome de Burnout en 67 psicólogos que realizan tarea asistencial en instituciones sanitarias públicas de la ciudad de Córdoba; hallaron un 6 % de participantes que tienen Burnout completo, cifras similares se observaron en el estudio de Ortiz y Ortega (2009) en 126 psicólogos mexicanos, registró un 8%, así como

en Farber (1985) reporta una incidencia general del 6 % y un poco menos observaron Vega, et al (2004) en 42 psiquiatras que ejercían psicoterapia reporta un 4,8% de los psiquiatras psicoterapeutas presentó niveles de Burnout completo. Marfull Villanueva (2006) en 20 psicólogos clínicos de Viña del Mar, Chile, encontraron un porcentaje de presencia de 35%, siendo este el nivel mas alto de Burnout completo hallado .

En la evaluación de las dimensiones los investigadores Alarcón y Muñoz (2007) en una muestra de 173 psicólogos colombianos, hallaron en la dimensión agotamiento emocional, 35,8% de presencia de altas puntuaciones . En cuanto a la dimensión despersonalización se encontró que 34,1% están en nivel elevado. Cifras muy similares fue lo reportado por Moreno Jiménez, et al. (2006) quienes realizaron una investigación con 454 psicólogos de diferentes regiones de México, encontrando que el 33,3% presentaron elevado índice en AE y en la dimensión despersonalización, 32,5% con índice alto.

En el mismo sentido pero con porcentajes menores se observan los trabajos reportados por Benevides Pereira (2002) en una muestra de 190 psicólogos en diferentes regiones de Brasil encontraron que 25,5% de la muestra presentó valores arriba de la media en agotamiento emocional, 24,5% en despersonalización.

Vega, et al. (2004) reportan estudio de 42 psiquiatras que ejercen psicoterapia en Chile en la subescala AE, un 48% de los sujetos registró puntuaciones que les ubican en el rango alto de la escala . El síndrome se produce debido a un proceso en el cual el agotamiento emocional es una dimensión central (Volpato, Gomes, Silva, Justo & Benevides Pereira, 2003). Además en la subescala de despersonalización., el 26 % de los participantes obtuvo puntuaciones incluidas en el rango alto de la escala.

Andrade (2009) en una muestra de 915 psicólogos en Porto Alegre reporta puntuaciones altas en AE 36,6%. También es reportado como notable la alta frecuencia de despersonalización, con 378 sujetos (41,3%) .Con respecto a la dimensión despersonalización se ha planteado que los psicólogos clínicos que establecen una relación íntima y estrecha con los pacientes, creando fuertes lazos afectivos, podría ser un factor protector y explicaría sus menores niveles de despersonalización Farber (1985),

encontró que los psicólogos clínicos estadounidenses con dichas características experimentaban menores niveles de Burnout.

En cuanto al sexo, Apiquian Guitart (2007) plantea que el grupo de mujeres sería, principalmente, el más vulnerable, quizás por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de la mujer.

Porto Gomes y Cruz (2004) analiza una muestra de 439 psicólogos portugueses encontrando que las mujeres en comparación con los hombres, mostraron peores resultados en casi todas las variables en estudio, es decir, mayores niveles de estrés, Burnout y la insatisfacción laboral y la salud física. Sucedieron reportes similares en Moreno Jiménez et al.(2006) en una encuesta de psicólogos mexicanos con una muestra 454 en la variable sexo.

Contrariamente a ello, Granero, Retamar, Carabajal, Gómez Alonso, Bragagnolo (s/f), mostraron mediante un estudio sobre la vida personal y el Síndrome de Burnout en psicoterapeutas, que los varones presentan mayores índices de Burnout que las mujeres. Similar es el reporte de Casas y Sorello (2009) que hayan también una mayor cantidad de hombres cansados emocionalmente (54%) con respecto a las mujeres (45%).

Un estudio sobre variables sociodemográficas y síndrome de Burnout en personal del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla García García y Herrero Remuzgo (2008) muestra la existencia de una relación estadísticamente significativa entre género y la escala despersonalización, se detectó que el grupo de hombres obtenían puntuaciones superiores en despersonalización que el grupo de mujeres .

Se observa que algunas investigaciones han encontrado que entre los profesionales sanitarios, las mujeres son el grupo más vulnerable Atance (1997), mientras que otras indican que los hombres Vega et al (2004), o bien que no existen diferencias significativas por género Pando , Bermúdez , Aranda , Pérez , Flores & Arellano(2003). En definitiva respecto del sexo, algunos estudios muestran que los hombres exhiben mayores niveles de Burnout (Lackritz, 2004; te Brake, Bloemendal & Hoogstraten,

2003), otros indican que son las mujeres (Freudenberger & Nort, 1985; Maslach & Jackson, 1981), y en otros más no se halla relación alguna entre el sexo y las diferentes dimensiones del Burnout (Gil-Monte & Peiro, 1997; Pierce & Molloy, 1990).

La edad asociada al síndrome de Burnout parece tener una relación inversa entre la edad y los niveles de Burnout; no obstante, parecen ser preferentemente los años de experiencia en la profesión los que se encuentran asociados al síndrome (Van Horn, Schaufeli, Greenglass & Burke, 1997), lo que facilita la obtención de estrategias de afrontamiento.

Andrade (2009) en su análisis de la muestra 915 psicólogos halló que el grupo de edad superior a 47 años, mostró el agotamiento emocional (AE) más bajo y que los sujetos con edades entre 23 y 36 años que tienen el más alto índice. Cuantos más mayores, (más de 47 años), marcan baja despersonalización, y los más jóvenes , alta despersonalización.

Por lo tanto, para entender el aspecto relacionado con la variable edad, en la que los sujetos mayores son menos emocionalmente agotado (AE), mientras que los jóvenes tienen un alto índices en esta dimensión, es posible conjeturar que el individuo a medida que aumenta su edad va desarrollando sus propias estrategias de protección (Coelho, 1998).

Los resultados de algunos estudios no encuentran una relación significativa con la edad de los profesionales Pando et al.(2003), y en otros el grupo más vulnerable estaría entre los 30 y 39 años de edad según estudio de Vega , Yáñez ,González & Quezada (2004).

La mayoría de los trabajos analizados concuerdan que la variable edad es un factor protector contra el Burnout, algunos autores afirman (Apiquian Guitart, 2007) que la edad parece no influir, aunque se considera que puede existir un período de desensibilización. En los primeros años de la carrera profesional, la persona se encuentra vulnerable, dado que se trata de un período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana. En este tiempo se aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de Burnout hallaremos . En cambio otras investigaciones informan una relación inversa que se explicaría por qué aquellos con más

años de trabajo tendrían menos Burnout y es que estos continuarían ejerciendo su profesión, mientras que los que experimentan más Burnout la abandonan (Naisberg & Fenning, 1991). El trabajo de Ortiz y Ortega (2008) se orienta a esta última información contradiciendo los estudios antes analizados ; hallaron que los niveles mas altos de Burnout pertenecían al grupo de edad de 41 a 60 años (28%), seguidos por el grupo de edad de entre 20 y 35 años (21%).

En la relación entre los niveles de Burnout y los años de ejercicio profesional, Restrepo, Colorado & Cabrera (2006), como también señala Apiquian (2007) se ha encontrado que el síndrome se desarrolla en los dos primeros años o a partir de 10 o mas años de ejercicio profesional. No concordando en parte con esto Cabrera Rego (2006) en estudio de 130 profesionales de la salud , respecto a los años de ejercicio profesional, halló un predominio de Burnout en los trabajadores que tenían de 10 a 20 años de ejercicio laboral (28,9%), seguido de aquellos con menos de 10 años (24%). Solamente un 14,3% de los trabajadores con más de 20 años de ejercicio profesional, sufrieron Burnout.

Granero et al, (s/f); en una muestra integrada por 145 psicoterapeutas reporta que en la medida en que aumentó la cantidad de años de ejercicio de la profesión, disminuyó considerablemente el número de integrantes de la muestra.

Con respecto a la antigüedad profesional no existe una opinión definitiva, si bien algunos sostienen que haría su aparición en dos periodos: el de a los dos primeros años de carrera profesional y el que corresponde a una experiencia mayor a 10 años; en ambos momentos se produce un mayor nivel de asociación con el síndrome. Sin embargo, otros autores encuentran que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo, aquellos que continuaron en la práctica, son quienes menos padecen el síndrome (Naisberg & Fenning 1999)

Maslach y Jackson (1986) sostienen que a medida que los años avanzan, el sujeto va ganando en seguridad y experiencia en las tareas laborales y muestran una menor vulnerabilidad a la tensión laboral, Cherniss (2001) en el mismo sentido concuerda que los años serían un factor protector.

En suma, las investigaciones sobre Burnout en trabajadores de la salud no son concluyentes respecto del rol facilitador o inhibidor de variables sociodemográficas como el género y la edad, o de factores laborales que podrían actuar como desencadenantes tales como los años de profesión y el esquema de trabajo en turnos, y tampoco se han encontrado relaciones concluyentes entre las variables mencionadas y el nivel de burnout en sus dimensiones específicas (Moreno & Peñacoba, 1999).

La práctica del mindfulness sería un importante protector contra el Burnout. Algunos estudios confirman esta percepción sobre la eficacia de la técnica MBSR, para reducir el malestar psicológico de los profesionales sanitarios. Asuero y Banda (2010) afirman que el programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuyó el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud. Franco Justo y Justo Martínez (2010) obtuvieron una reducción significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización, así como un incremento en la dimensión realización personal en el grupo experimental en comparación con el grupo control al comparar sus puntuaciones pretest-posttest y pretest-seguimiento.

Teniendo en cuenta la profesión Esparza, Guerra y Martínez (1999) en una muestra 154 profesionales de la salud reportaron un 60% de los psiquiatras con proclividad al síndrome de Burnout contra un 33% de proclividad de los Psicólogos; en la misma dirección Alvarez Gallegos y Fernandez Rios (1991) en una muestra compuesta por un total de 77 de profesionales gallegos de salud mental reportan en psiquiatras mayor proclividad a padecer Burnout que en psicólogos.

5. Metodología:

5.1. Hipótesis:

El tratamiento de pacientes diagnosticados con T.L.P. expone a los terapeutas del grupo que trabaja con el modelo D.B.T., a estresores laborales que aumentan el riesgo de dichos profesionales a padecer Síndrome de Burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de realización personal.

5.2. Tipo de estudio:

Correlacional transeccional de diferencia de grupos. No experimental.

5.3. Características de la muestra:

Participantes:

La muestra quedó constituida por un total de 38 profesionales, dividida en los 3 grupos de la siguiente manera:

Grupo A (DBT) 16 terapeutas: 12 mujeres y 4 hombres, 12 de profesión psicólogos y 4 psiquiatras, con edades entre 29 y 46 años. De un total de 17 presentes solo una persona no completó la encuesta. Este grupo trabaja con el modelo DBT, y se especializa en pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP).

Grupo B (clínica) 9 terapeutas: 7 mujeres y 2 hombres, 7 de ellos psicólogos y 2 psiquiatras, con edades entre 27 a 49 años. De un total de 16 presentes; 6 personas no devolvieron la encuesta o sea el 40 % de los presentes. Este grupo trabaja con variadas técnicas cognitivo-conductual, y admiten pacientes con patologías diversas.

Grupo C (residentes) 13 terapeutas: 6 mujeres y 7 hombres, todos de profesión psiquiatra, con edades entre 24 y 28 años. El 100% de los presentes realizó la encuesta. Este grupo está constituido por residentes de hospitales municipales que trabajan con diferentes modelos, están aprendiendo el modelo DBT en la institución, admiten pacientes con diversas patologías incluso TLP.

5.4. Procedimiento

El estudio fue autorizado por el director de la Institución, quien también asumió la responsabilidad de motivar la colaboración del personal. Los participantes fueron invitados a participar mediante una carta de consentimiento que explica los objetivos del estudio y garantiza anonimato, confidencialidad y voluntad de participar.

Se tomó un cuestionario de información general, que colectó información sobre variables sociodemográficas (edad, sexo y algunas características laborales antigüedad en la

profesión, número de personas que atiende, experiencia clínica con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, cantidad de pacientes con TLP que está tratando actualmente); y el Maslach Burnout Inventory MBI. Las escalas mencionadas se les entregaron a los terapeutas de los grupos A, B y C en los días de supervisión respectivos y se recogieron en la misma jornada.

Para determinar la relación existente entre las puntuaciones del MBI-HSS (Maslach & Jackson, 1981, 1986) y las variables evaluadas, se utilizó la prueba *F* de Snedecor y posteriormente, en aquellas variables que aparecen significativas, se aplicó la *t* de Student de contraste de medias. Para la consignación de los datos y su posterior análisis se utilizó el paquete estadístico Infostat para Windows .

5.5. Instrumentos:

Para obtener la información necesaria, se utilizarán los siguientes instrumentos:

Cuestionario de información general, que colecta información sobre variables demográficas (edad, sexo.) y algunas características laborales (antigüedad en la institución, área de trabajo, número de personas que atiende en una jornada normal de trabajo, experiencia clínica con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, cantidad de pacientes con TLP que está tratando actualmente, si practica mindfulness en que medida percibe que se ha favorecido con la práctica).

Burnout Inventory – Health Services Survey (MBI-HSS) Burnout Inventory (MBI) para profesionales sanitarios:

Para detectar la presencia del síndrome y sus categorías: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y realización personal y su intensidad: alta, intermedia y baja. La escala utilizada posee originalmente 22 ítems. Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de 6 alternativas (1= nunca, 2= una vez al año o menos, 3= una vez al mes o menos, 4= una vez por semana, 5= algunas veces por semana y 6= todos los días).

Las categorías de la escala original son: AE bajo (puntuación igual o menor a 16), AE medio (17 a 26), AE (mayor o igual a 27); DP baja (puntuación menor o igual a 6), DP media (7-12), DP alta (mayor o igual a 13), RP baja (puntuación mayor o igual a 39), RP

media (38-32) y RP alta (menor o igual a 31).

1. Agotamiento emocional: Mide sensaciones de fatiga, que aparecen como consecuencia de la actividad laboral. Se define como falta de energía y destrucción de los recursos emocionales con la vivencia de que no queda nada que dar u ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces. Corresponde a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13,14, 16, 20.

2. Despersonalización: evalúa respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los usuarios. Se define como el desarrollo de una actitud y concepto de si mismo negativo, con la pérdida de la autoestima e incapacidad de enfrentar de enfrentar situaciones ya vividas y resueltas con eficacia. Corresponde a los ítems 5, 10, 11, 15, 22.

3. Logro personal: evalúa sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en el desempeño laboral cotidiano. Se define como imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión lo cual confiere al trabajador una sensación creciente de incompetencia. Corresponde a los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

6. Desarrollo:

6.2. Resultados:

Los resultados obtenidos en función de cada uno de los objetivos fijados fueron los siguientes:

6.2.1. Comparación de niveles de Burnout de los 3 grupos:

Figura N° 1: Dimensiones Burnout por grupo. Puntajes brutos.

Los promedios en cada una de las dimensiones del MBI para el grupo que practica DBT son los siguientes:

Puntaje general:		
AE: 30,68 (alto)	DP: 8,25 (medio)	RP: 36,75 (medio)

Tabla N° 1:

Dimensiones MBI en grupo DBT. Porcentajes.

	Nivel de presencia			
	Alto	Medio	Bajo	
Agotamiento Emocional	56.25%	18.75%	25%	100%
Despersonalización	43.75%	6.25%	50%	100%
Realización Personal	25%	50%	25%	100%

El 56,25 % de sus miembros tienen niveles altos en la dimensión agotamiento emocional solo el 25% de los miembros del grupo puntúan bajo en esta dimensión. En despersonalización la mitad de los integrantes del grupo da bajo, pero un 43,75% da alto. En realización personal la mitad del grupo tiene puntaje alto, esto es un factor de

protección frente al Burnout. Un 25% da bajo para esta dimensión.

Teniendo en cuenta que para considerar que se presenta el síndrome de Burnout de manera completa deben encontrarse puntajes altos en Agotamiento emocional y Despersonalización, y bajos en Realización Personal, tres de los miembros de este grupo cumplieron esas condiciones, lo que representa un 18%.

Los promedios en cada una de las dimensiones del MBI para el grupo de Clínica son los siguientes:

AE: 15, 33 (bajo)	D: 2, 66 (bajo)	RP. 35 (medio)
-------------------	-----------------	----------------

Tabla N° 2:

Dimensiones MBI en grupo Clínica. Porcentajes.

	Nivel de presencia			
	Alto	Medio	Bajo	
Agotamiento Emocional	22%	12%	66%	100%
Despersonalización	11%	0%	89%	100%
Realización Personal	33%	23%	44%	100%

Tabla N° 3 :

Dimensiones MBI en grupo de residentes. Porcentajes.

	Nivel de presencia			
	Alto	Medio	Bajo	
Agotamiento Emocional	8%	38%	54%	100%
Despersonalización	0%	8%	92%	100%
Realización Personal	70%	15%	15%	100%

Los promedios en cada una de las dimensiones del MBI para el grupo de residentes son los siguientes:

Los grupos B y C dan bajo en la dimensión agotamiento emocional, pero el grupo B tiene un 22% alto de sus integrantes y el C 7,69%.

La dimensión realización personal es alta para el grupo C =39,61; el 69,23 % de sus miembros tiene niveles altos, esto puede explicarse por la razón que son jóvenes que hace poco tiempo que se han recibido y han logrado ingresar a una residencia recientemente.

Este grupo pertenece a alumnos del 1er año de residencia y llevan pocos meses en sus trabajos, esta puede ser la razón por la cual la dimensión agotamiento emocional en general sea baja comparando con estudios hechos a residentes en otros sitios que luego desarrollaremos en la discusión .

Con respecto al grupo A y el B se evidencia una notable diferencia en los niveles de Burnout en la dimensión AE en el grupo A el 56,25 % tiene niveles altos contra solo el 22,2 % del B; y en la dimensión D despersonalización el grupo A tiene un 43,75 % altos contra el 11,1% del grupo B; a pesar de esto en la dimensión realización personal el 44% de los integrantes del Grupo B presentan índices bajos mientras que en el grupo A, que está sufriendo Burnout, tiene en el 50% de sus miembros índices altos de realización personal. El grupo C presenta a su vez los índices mas altos de realización personal

correspondiendo al 69,23 % de sus miembros el rango mas alto ; y presenta índices notablemente mas bajos en AE correspondiendo al rango alto solo el 7,69% de sus miembros y no presentando integrantes en el rango alto en la dimensión despersonalización.

Microsoft Figura N° 2 : Niveles altos de AE y D en los 3 grupos expresado en %.

En el grupo de Clínica se encontró un sujeto que presentó Burnout completo, y en el grupo de residentes ninguno mostró esta condición.

Para verificar la existencia de diferencias significativas en los puntajes obtenidos para cada una de las dimensiones del MBI entre los terapeutas del grupo DBT y el resto de los profesionales se procesaron pruebas de análisis de la varianza de un factor (ANOVA), y en los casos en que se detectaron diferencias significativas entre los grupos, se hicieron las comparaciones entre grupos a través de pruebas de diferencia de medias (t de student) según el modelo de Fisher. Los resultados fueron los siguientes:

En dimensión agotamiento emocional se encontraron diferencias significativas entre los grupos a través del ANOVA ($p < 0,01$), la comparación de las medias mostró que la correspondiente al grupo DBT difiere significativamente de las de los otros grupos. (media grupo DBT= 31,27, media Clínica =15.46, media Residentes: 16,00; $p < 0,01$). También se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la dimensión despersonalización ($p < 0,01$) resultando el grupo DBT con un valor significativamente mayor al de los otros grupos (media grupo DBT= 8.80, media Clínica =2.00, media Residente:2,40; $p < 0,01$).

No se encontraron diferencias significativas a través del ANOVA en la dimensión de Realización personal.

6.2.2. Comparación de niveles de Burnout por profesión

Tabla N° 4

Por profesión en el grupo A (DBT):

Psiquiatras		
AE=30 (alto)	D= 7(medio)	RP= 34,75 (medio)
Psicólogos		
AE= 31,08 (alto)	D= 8,67(medio)	RP= 37,41(medio)

En ambas profesiones se observa un índice elevado en agotamiento emocional, un poco más elevado en psicólogos.

Para el análisis estadístico de las diferencias por profesión en las dimensiones del MBI dentro del grupo se realizaron también pruebas de diferencias de medias, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión agotamiento emocional ($p < 0,01$) y en despersonalización ($p < 0,01$).

6.2.3. Comparación de niveles de Burnout por sexo en el grupo A (DBT)

Tabla N°5

Por sexo en grupo A (DBT)

Por sexo en grupo A (DBT)

Hombres:4

AE= 34(alto) D= 10 (alto) RP=35,5 (medio)

Mujeres: 12

AE= 29,58 (alto) D= 7,66(medio) Rp= 37,16 (medio)

Los hombres presentan en promedio niveles más elevados que las mujeres en la dimensión agotamiento emocional, y algo más marcadamente elevados en la dimensión despersonalización. Sin embargo en el análisis estadístico a través de la prueba de diferencia de medias estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas (Agotamiento emocional: $p=0.58$; Despersonalización: $p=0.58$).

6.2.4. Comparación de niveles de Burnout por edad en el grupo A (DBT)

Tabla N°6

AE= 22,75 (bajo) D= 2,75 (bajo) RP= 38,37 (medio)

Existe una notable diferencia entre los menores de 34 años que tienen un alto índice en la dimensión agotamiento emocional (38,75) y los mayores cuyo índice es medio (22,75); más acentuada es la diferencia en la dimensión despersonalización siendo para los mayores de 34 años bajo (2,75) y para los menores de 34 años el índice es alto 5 veces mayor (13,75).

Sin embargo esta diferencia aparece al agrupar a los sujetos en grupos de edad. Para verificar la relación entre la edad y los niveles de Burnout en la muestra se hizo un análisis de correlación de Pearson y no hubo una asociación significativa entre las variables para ninguna de las dimensiones (Agotamiento emocional: $r= 0.20$; Despersonalización: $r=0.09$; Realización personal: $r=-0.08$).

6.2.5. Comparación de niveles de Burnout en relación con la experiencia profesional

Tabla N|°7

Por años de ejercicio profesional en el grupo DBT		
< de 7 años:		
AE= 36,83(alto)	D= 12,83 (alto)	RP=32,16 (bajo)
De 7 a 10 años:		
AE=24,85 (medio)	D= 7,28 (medio)	RP=35,4 (medio)
➤ De 10 años:		
AE= 32 (alto) (medio)	D= 1;33 (bajo)	RP=37,33

Para el análisis de la relación entre los años de ejercicio profesional y los niveles de Burnout se dividió a la muestra en tres grupos de acuerdo con la primera variable: menos de 7 años de ejercicio, entre 7 y 10, y más de 10.

En términos descriptivos, los promedios de las distintas dimensiones para los grupos considerados muestran que, en la dimensión Agotamiento emocional se evidencia alto índice de Burnout en los primeros años de ejercicio de la profesión, que luego disminuye con los años para volver a elevarse después de los 10 años. En la dimensión personalización es muy elevado el índice de Burnout en los primeros años y va

disminuyendo con los años.

En el análisis estadístico a través del ANOVA entre todos los grupos se encontraron diferencias significativas para la dimensión Despersonalización del MBI ($p < 0,01$). La media del grupo de menor experiencia es significativamente mayor a la del grupo con más de 10 años de ejercicio profesional ($p < 0,01$). No resultaron significativas las diferencias entre el grupo de experiencia intermedia y los otros dos.

6.2.6. Comparación de niveles de Burnout por cantidad de TLP tratados:

Tabla N°8

Niveles de Burnout según la cantidad de pacientes TLP tratados		
<i>< de 5 = 2</i>		
<i>EE= 12 (bajo)</i>	<i>D=5 (bajo)</i>	<i>RP= 39,5 (alto)</i>
<i>De 5 a 9 = 5</i>		
<i>EE= 32(alto)</i>	<i>D= 4,4 (bajo)</i>	<i>RP= 36,6 (medio)</i>
<i>De 10 a 14 = 6</i>		
<i>EE= 35, 16 (alto)</i>	<i>D= 12 (alto)</i>	<i>RP= 38(medio)</i>
<i>>14 = 3</i>		
<i>EE= 32 (alto)</i>	<i>D= 9, 33 (medio)</i>	<i>RP= 32,66(medio)</i>

En la muestra se evidencia un aumento en los niveles de Burnout en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización en relación directa con la cantidad de TLP

tratados, disminuyendo levemente cuando la cifra supera los 14 TLP.

El análisis estadístico a través del análisis de correlación lineal de Pearson marca una relación directa significativa entre dos de las dimensiones del Burnout y cantidad de TLP tratados.

Tabla N°9

Relación entre Burnout y cantidad de TLP tratados

Dimensión MBI	Correlación con cantidad de TLP tratados
Agotamiento emocional	0.65*
Despersonalización	0.61*
Realización personal	-0.19 ^{ns}

* $p < 0.01$; ns no significativo

6.2.7. Mindfulness

Se les pidió a los terapeutas que practican mindfulness que puntuaran de 1 a 5 su percepción sobre los beneficios de dicha práctica como factor protector contra el síndrome de Burnout y el beneficio percibido en relación con sus pacientes.

Practican mindfulness todos los del grupo A (DBT) y uno del B (clínica) total = 17

Puntuaron el beneficio percibido los del grupo A (DBT) con un promedio de 4, 12 siendo la tendencia una impresión muy positiva.

El del grupo B (clínica) puntuó con 3. Total: promedio 4,05

En cuanto a la importancia otorgada a Mindfulness por profesión, los psicólogos puntuaron en promedio 4, 23 y los psiquiatras algo más bajo: 3,5.

Tabla N°10: Mindfulness comparación por edad , sexo y profesión.

Por edad ,sexo y profesión		
	Cantidad	puntaje
➤ De 35 años	6	4,33
< de 35 años	11	3,90
Masculino	5	3,60
Femenino	12	4,25
Psicólogos	13	4,23
Psiquiatras	4	3,25

Observando los puntajes promedio puede decirse que los psicólogos, los mayores de 35 años y las mujeres perciben como mas beneficioso la práctica del mindfulness que los psiquiatras, los menores de 35 años y los hombres. Sin embargo las pruebas de diferencias de medias no arrojaron valores significativos.

Discusión:

Este estudio se planteó como objetivo general evaluar los niveles de Burnout en los tres grupos que supervisan en la institución. Se formuló una hipótesis la cual expresa que el tratamiento de pacientes diagnosticados con T.L.P. expone a los terapeutas del grupo A que trabaja con el modelo D.B.T., a estresores laborales que aumenta el riesgo de dichos profesionales a padecer Síndrome de Burnout. La hipótesis ha sido corroborada: los niveles de Burnout en el grupo de referencia fueron altos en agotamiento emocional, registrándose en la mayoría de sus miembros niveles altos en esta dimensión y casi en la mitad de los miembros altos en la dimensión despersonalización, siendo estadísticamente significativas las dimensiones mencionadas en comparación con los otros dos grupos; presentando además el grupo A un Burnout completo, en el 18,75 % de los terapeutas que lo integran.

En relación a la cantidad de pacientes tratados con diagnóstico TLP se demostró que los niveles de agotamiento emocional y despersonalización aumentan proporcionalmente con la cantidad de pacientes tratados.

Midiendo por años de ejercicio de la profesión se obtuvieron en la dimensión AE niveles muy altos en los primeros años, bajando considerablemente a partir de los 7 años y tendiendo nuevamente a aumentar después de los 10 años. Como afirma Apiquian (2007) se ha encontrado que el síndrome se desarrolla en los dos primeros años o a partir de 10 o más años de ejercicio profesional.

En Despersonalización se encontró que el nivel hallado inicial es muy elevado, para ir disminuyendo con los años; se encontraron diferencias significativas para la dimensión Despersonalización. La media del grupo de menor experiencia es significativamente mayor a la del grupo con más de 10 años de ejercicio profesional. No resultaron significativas las diferencias entre el grupo de experiencia intermedia y los otros dos.

El Grupo A (DBT) presenta entonces altos índices de niveles de Burnout en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización y aunque en el manual de uso del MBI se advierte que tal clasificación no debería utilizarse con criterios diagnósticos, existe una clara tendencia a utilizarla en este sentido (Gil-Monte & Peiró, 2000).

En cuanto al agotamiento emocional como factor predictor de la sintomatología confirma la mayoría de estudios sobre el tema (Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach & Jackson 1982; Schaufeli & Enzman, 1998; Shirom, 1989). No es extraño que en este contexto algunos autores (Leiter, 1991; Shirom, 1989) lo hayan propuesto como el elemento fundamental del síndrome.

Los resultados hallados en el grupo A (DBT) concuerdan con los reportados por Vega , Yañez, Gonzalez & Quezada (2004) en estudio de psicoterapeutas con pacientes infanto juveniles, en la subescala de Cansancio Emocional, registraron puntuaciones que los ubica en el rango alto de la escala ; en la subescala de Despersonalización , fueron significativamente menor que las registradas en el grupo A (DBT) .Por su parte los investigadores Alarcón y Muñoz (2007) en psicólogos colombianos, en relación a la dimensión agotamiento emocional y despersonalización hallaron también altas puntuaciones . Igual tendencia fue lo reportado por Moreno Jiménez, et al. (2006) realizaron una investigación con psicólogos de diferentes regiones de México. Similar tendencia se observa en Vega, et al. (2004) que reportan estudio de 42 psiquiatras que ejercen psicoterapia en Chile rangos altos en la subescala de Cansancio Emocional y despersonalización pero siempre todos con cifras inferiores al presente estudio.

En el mismo sentido pero con cifras muy inferiores a las obtenidas en el presente estudio se observan los trabajos reportados por Benevides Pereira (2002) en una muestra de 190 psicólogos en diferentes regiones de Brasil.

Andrade (2009) en una muestra de 915 psicólogos en Porto Alegre presenta puntuaciones altas en AE y reporta como notable la alta frecuencia de despersonalización , siendo sin embargo inferior al grupo A (DBT) .

Con respecto a la participación de los terapeutas en el presente estudio hubo una notable diferencia entre el grupo C que participó en su totalidad ; el grupo A no participó un solo integrante y el grupo B donde participaron poco mas de la mitad de los presentes. El porcentaje de participación de los psicólogos en algunos estudios sobre Burnout muestran un comportamiento similar al grupo B, como es el caso del realizado por Moreno Jiménez, et al (2006) o por Benavides Pereira, et al (2002) .

En el presente estudio , el grupo C (residentes de hospitales públicos) presentan niveles mas bajos de Burnout en comparación con numerosos estudios reportados ,de población similar ,posiblemente por las características especiales que este grupo ofrece, que han ingresado recientemente al sistema de residencia y algunos de los profesionales aún no tenían asignados pacientes . Solo en la dimensión AE presenta niveles comparables a pocos reportes hallados, pero siendo muy inferiores a los reportes de médicos residentes en medicina interna de la Universidad de Washington, Estados Unidos (Shangfelt , 2002) o a residentes del hospital de Mallorca (Marin, 2005) y mas aún que las cifras que se registran en el Hospital Universitario del Valle en Calí (Guevara , Henao & Herrero , 2004).

En el segundo objetivo se plantea la comparación en los tres grupos de la presencia de Burnout completo o sea niveles alto en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización y bajo en realización personal. En el grupo A (DBT) se registran 18% de presencia de Burnout completo , contra 11,1 % del grupo B (clínica) y el grupo C (residentes) 0% no se registra ningún integrante con Burnout completo.

Casas y Sorello, (2011) en psicólogos que realizan tarea asistencial en instituciones sanitarias públicas de la ciudad de Córdoba ; Ortiz y Ortega(2009) en psicólogos mexicanos, así como Vega, et al (2004) en psiquiatras que ejercían psicoterapia reportan todos estos estudios mencionados cifras similares a las observadas en el grupo B (Clínica) de este estudio pero siempre inferiores al grupo A (DBT) que es superado solo por el obtenido en un estudio realizado por Marfull Villanueva (2006) en 20 psicólogos clínicos de Viña del Mar.

El tercer objetivo fijado plantea la relación entre los niveles de Burnout y los años de ejercicio profesional y si existen diferencias entre los niveles de Burnout de acuerdo a su profesión.

En el presente estudio en la dimensión agotamiento emocional se evidencia alto índice en los primeros años de ejercicio de la profesión , disminuyendo luego con los años; entre los 7 a 10 años se establece en un rango medio para volver a elevarse después de los 10 años a un rango alto .En la dimensión despersonalización es muy elevado el índice en

los primeros años, y va disminuyendo progresivamente con los años ,llegando entre los 7 a 10 años a un valor medio para terminar siendo de rango bajo después de los 10 años . Observando diferencias estadísticamente significativas entre el grupo conformado por los terapeutas de menor experiencia con una media en despersonalización alta y el grupo de mayor experiencia , con mas de 10 años de ejercicio profesional que presenta una media baja. No resultaron significativas las diferencias entre el grupo de experiencia intermedia y los otros dos

En referencia a la dimensión AE se observa un similar comportamiento en estudio de Restrepo, et al., (2006) en los años de ejercicio profesional. En el estudio de Cabrera Rego (2006) , respecto a los años de ejercicio profesional, halló un predominio de Burnout en los trabajadores que tenían de 10 a 20 años de ejercicio laboral , seguido de aquellos con menos de 10 años ,siendo los trabajadores con más de 20 años de ejercicio profesional, los que sufrieron menos Burnout.

En relación a los niveles de burnout de acuerdo a la profesión que posean los terapeutas sean Psiquiatras o Psicólogos ; en ambas profesiones en el grupo A (DBT) se observan niveles elevados en agotamiento emocional , poco mas elevado en psicólogos; y similar comportamiento en la dimensión despersonalización. Aunque se observa que de los tres integrantes que presentan Burnout completo en el grupo A (DBT) son dos Psiquiatras.

Contrariamente a lo hallado en el presente trabajo Esparza, Guerra y Martínez (1999) en una muestra 154 profesionales de la salud reportaron que el doble de los psiquiatras presentaban proclividad al síndrome de Burnout que los Psicólogos; en la misma dirección Alvarez Gallegos y Fernandez Rios (1991) en una muestra compuesta por un total de 77 de profesionales gallegos de salud mental reportan en psiquiatras mayor proclividad a padecer Burnout que en psicólogos; esta tendencia se observa en todos los trabajos consultados en población hospitalaria.

Los hallazgos del presente trabajo posiblemente se expliquen porque en DBT quien conduce el tratamiento , es el terapeuta individual y en el presente caso la mayoría son psicólogos.

En el cuarto objetivo se indaga sobre la relación entre los niveles de Burnout obtenidos y

la cantidad de pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad que tienen actualmente como pacientes, se encontró una relación directa. Registrándose niveles bajos en los terapeutas que tienen 2 pacientes diagnosticados con TLP, llegando a niveles altos a partir de 5 pacientes y aumentando progresivamente en proporción directa, produciéndose una leve disminución a partir de los 14 pacientes. En la dimensión realización personal se evidencia una relación inversa, es cada vez menor la RP a medida que se aumenta la cantidad de pacientes.

No se han encontrado estudios que analicen específicamente el tema.

El quinto objetivo fue establecer la relación entre las variables sexo y edad asociadas al Síndrome de Burnout, en los terapeutas que integran los diferentes grupos.

En el grupo A (DBT) los hombres presentan niveles más elevados en la dimensión agotamiento emocional y notoriamente elevado en la dimensión despersonalización. Las mujeres también tienen rango alto pero menor para la primera dimensión y rango medio para la segunda. En realización personal las mujeres puntuaron más alto que los hombres. Tanto dentro del grupo A como en los otros grupos no se evidencian diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo.

Granero, et. Al.(s/f), mostraron hallazgos similares, los varones presentan mayores índices de Burnout que las mujeres. Se determinó el promedio de la dimensión agotamiento emocional por sexo en la cual se muestra que las personas de sexo masculino tienden más hacia el agotamiento que las personas del sexo femenino y que el promedio de despersonalización por sexo, en la cual podemos observar que las personas de sexo masculino tienden más a la despersonalización que las personas de sexo femenino igual que lo reportado en el presente estudio. En Casas y Sorello (2009) hay también una mayor cantidad de hombres agotados emocionalmente con respecto a las mujeres.

Contrariamente a ello, Apiquian Guitart (2007) plantea que el grupo de mujeres sería, principalmente, el más vulnerable, pudiendo ser razones diferentes las causas, como sería la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. En la misma tendencia Porto Gomes & Cruz (2004) analiza desde una muestra de 439

psicólogos portugueses que las mujeres en comparación con los hombres, mostraron peores resultados en casi todas las variables en estudio, es decir, mayores niveles de estrés, Burnout, insatisfacción laboral y mayor deterioro en la salud física. Sucieron reportes similares en Moreno Jiménez et.al.(2006) en una encuesta de psicólogos mexicanos con una muestra 454 en la variable sexo.

Un estudio sobre variables sociodemográficas y síndrome de Burnout en personal del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla García García y Herrero Remuzgo (2008) muestran la existencia de una relación estadísticamente significativa entre género y la escala de despersonalización, se detectó que el grupo de hombres obtenían puntuaciones superiores en despersonalización que el grupo de mujeres. Los niveles de despersonalización en los hombres fueron puntuaciones significativamente superiores a las mujeres en tendencia similar a los resultados reportados en este estudio.

Con respecto a edad asociada al síndrome de Burnout en el presente estudio se dividió en mitades iguales el grupo A (DBT) poniendo como límite la edad de 34 años; los menores de 34 años registraron altos niveles de Burnout en agotamiento emocional y en despersonalización estableciéndose una notable diferencia con los mayores de 34 años que en agotamiento emocional obtuvieron y más importante aun, la diferencia en despersonalización. A su vez la realización personal fue aumentando con la edad. En efecto, parece que existe una relación inversa entre la edad y los niveles de burnout; no obstante, parecen ser preferentemente los años de experiencia en la profesión los que se encuentran asociados al síndrome (Van Horn, Schaufeli, Greenglass & Burke, 1997), lo que facilita la obtención de estrategias de afrontamiento.

Andrade (2009) en su análisis de la muestra 915 psicólogos halló que el grupo de edad superior a 47 años, mostró el agotamiento emocional (AE) más bajo, reportando que la edad y la despersonalización, tienen una asociación significativa. Además, la realización profesional es más alta en los mayores que en los jóvenes.

La mayoría de los trabajos que se han analizados concuerdan que la variable edad es un factor protector contra el Burnout, algunos autores afirman (Apiquian Guitart, 2007) que la edad parece no influir, aunque se considera que puede existir un período de

desensibilización. A pesar de lo dicho anteriormente con respecto a los diferentes estudios analizados y el presente trabajo, la mayor parte de la bibliografía consultada no encuentran una relación significativa con la edad de los profesionales, y en otros el grupo más vulnerable estaría entre los 30 y 39 años de edad, mientras un tercer grupo de estudios da cuenta de un mayor nivel de agotamiento emocional y baja realización personal sobre los 44 años(Vega et. al. 2004).

El sexto objetivo fue comparar los niveles de Burnout entre los terapeutas que realizan coaching y asistencia telefónica las 24 horas y los que no. Este objetivo no pudo analizarse ya que los únicos terapeutas que adoptan la asistencia telefónica corresponden todos al grupo A (DBT) y por otra parte la totalidad de los integrantes del grupo lo adoptan.

Mas allá de las creencias de que los contactos por fuera de las sesiones atentan contra el proceso de la terapia (Zetzel, 1971); existen hallazgos que consolidan la idea de la utilidad de los contactos telefónicos en adicciones, alcoholismo en estudios de Murphy, Collins & Rush (2008) y en suicidio Bongar (1991).

Otros hallazgos científicos que apoyan la idea de que el contacto telefónico en los tratamientos con pacientes ambulatorios es bueno, aparte de que mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y, por ende, los resultados se alcanzan más rápido y son más estables, sin embargo muchos investigadores y profesionales rechazan esta práctica de apoyo, basándose en diferentes explicaciones, una de las principales es el temor a que los profesionales sufran altos índices de Burnout (Gunderson, 1996).

El séptimo objetivo fue medir la percepción de los terapeutas que practican mindfulness como factor protector contra el burnout y si percibían beneficios de dicha prácticas en el ejercicio profesional. Los terapeutas, mas los psicólogos que los psiquiatras y mas las mujeres que los hombres, observaron en la practica del mindfulness un importante protector contra el Burnout. Algunos estudios confirman esta percepción sobre su eficacia como los mencionados Asuero y Banda (2010) y Franco Justo y Justo Martínez (2010) que obtuvieron una reducción significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control en las dimensiones agotamiento emocional y

despersonalización, así como un incremento en la dimensión realización personal. Los resultados de la presente investigación serían un apoyo a la eficacia de las técnicas de mindfulness para la disminución de los niveles de burnout en profesionales de la salud.

Es relevante destacar algunas consideraciones metodológicas. Sobre todo, dado el tamaño de la muestra, los resultados obtenidos deben valorarse con prudencia; no obstante ello se ha podido demostrar la hipótesis.

Se afirma, en consecuencia, que el trabajo de los psicólogos y psiquiatras en el tratamiento del TLP, guarda una gran relación con los factores psicosociales de riesgo, precursores del estrés ocupacional. Esto pudiera explicarse por lo propuesto por Escribà Aguir, Artazcoz y Pérez Hoyos (2008), de que dichos factores psicosociales de riesgo, que se encontraron en alto porcentaje en el colectivo profesional evaluado, pudiesen ser factores específicos y característicos de este tipo de trabajo.

Esta situación igualmente parece explicarse de acuerdo a lo propuesto por De las Cuevas (2003), al tratarse de una ocupación donde se atienden necesidades de otras personas, con un alto compromiso sobre la vida del paciente y sobre su bienestar.

Como sugieren Escribà Aguir et al. (2008), debido al impacto del estrés ocupacional en la salud del colectivo profesional estudiado, resulta importante instaurar medidas de prevención.

De acuerdo a De las Cuevas (2003), los psicólogos y psiquiatras requerirían un cambio de actitud, aludiendo a aceptar la realidad, comprender las características del sistema laboral y trabajar con ellas, para tener expectativas más objetivas y accesibles, como también llama a enfocarse en los éxitos y no en los fracasos, a interpretar los resultados de forma objetiva y no autorreferencial; esta nueva actitud implica liberar la energía colocada en la negación, represión, proyección u otros mecanismos de defensa, para dirigirla al cambio de las situaciones negativas en oportunidades o circunstancias positivas.

Con los datos que hemos analizado, los resultados y las conclusiones obtenidas en este trabajo corroboramos que en el síndrome de Burnout están implicados factores que van desde los personales, el contexto de trabajo y la organización, pasando seguramente por

aquéllos que están relacionados con la formación profesional. En cuanto a la relación entre afrontamiento del estrés y Burnout confirmamos que el empleo de las estrategias de control o centradas en el problema pueden prevenir el desarrollo del síndrome y por el contrario el empleo de estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción facilita su aparición.

Dentro de las recomendaciones que se deben destacar en el plano general y en particular para la población e institución analizada está la poderosa influencia del apoyo social; esto es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. La supervisión está considerada como la mejor forma de soporte social, ya sea como asistencia de casos o ayuda para un mayor desarrollo de habilidades (Lloyd et al, 2002).

El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio, contribuyendo a aminorar los efectos estresantes del trabajo, mejorando los sentimientos de baja realización, disminuyendo el agotamiento emocional y moderando la despersonalización, al menos parcialmente.

Se sugiere realizar diseños de investigación longitudinal que abarquen un período prolongado de tiempo, con un grupo específico de profesionales, de modo de medir el desarrollo del Síndrome en el tiempo y la efectividad de las intervenciones.

Además, continuar con investigaciones que permitan incorporar otras variables de análisis que incorporen análisis de elementos institucionales como: infraestructura, clima organizacional, y condiciones materiales de trabajo y el síndrome de Burnout.

Evitar el fenómeno de omnipotencia institucional; esto se observa en una actitud de sobrevaloración propia en relación con la temática abordada, es decir que se conciben así mismos casi imprescindibles, habiendo cierta tendencia a la descalificación hacia otras alternativas. Está muy presente la idea de que estamos en presencia de un centro super especializado y se observa negación persistente del impacto emocional del trabajo; y negación y evitación de conflictos entre el líder y el equipo.

Posiblemente generar instancias de autocuidado con características de supervisión externa, un agente externo no involucrado que cumpla el rol de facilitador, podría ayudar.

De acuerdo a lo manifestado por los terapeutas en la observación de los beneficios percibidos con la práctica de Mindfulness, este debiera ser un elemento más para recomendar a otras instituciones.

Un déficit observado en el presente trabajo, es no haber medido como en un principio estaba previsto el apoyo social percibido, se entiende que hubiera enriquecido notablemente el análisis. La bibliografía y estudios analizados demuestran que el déficit en la educación y en el entrenamiento durante la formación de los psicólogos son factores de gran importancia para el desarrollo de Burnout , hubiera sido un aporte importante haber medido también el nivel de preparación.

Un error a mencionar es haber puesto como sexto objetivo la comparación de los niveles de Burnout entre los terapeutas que realizan coaching y asistencia telefónica las 24 horas y los que no, entendiéndose que fuera del grupo A (DBT), alguien podía realizar dicha práctica, o no entendiéndose que la asistencia telefónica ineludiblemente la hacían todos los del grupo DBT, como consecuencia este objetivo no pudo ser cumplido.

7. Bibliografía:

- Alarcón LF, & Muñoz AR.(2007) Una mirada al síndrome de burnout en Colombia: el desgaste profesional de los psicólogos In: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide. p. 219-230.
- Almendro Padilla, C. & de Pablo González, R. (2001). *El síndrome de Burnout*. Recuperado noviembre de 2011 en <http://www.diezminutos.org/burnout.html>
- Alvarez Gallego E, & Fernandez Rios (1991) *El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional* Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Sección de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela (La Coruña)
- Andrade KátiaBiehl (2009) *Agotamiento de psicólogos* Pontificia Universidad Católica del Rio grande del Sul Facultad de Psicología programa de posgrado en psicología Doctorado en Psicología recuperado en agosto 2012 http://tede.pucrs.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=2179
- Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet (2007). *El trastorno límite de personalidad: Consultantes, familiares* Vertex.15 (58)285-302.

- Apiquian Guitart, A. (2007). *El síndrome de burnout en las empresas*. Comunicación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán. Documento recuperado en Marzo de 2012, de <http://www.anahuac.mx>
- Asuero Andrés Martín y García Banda Gloria (2010) El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuye el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2); 895-903
- Atance J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*; 71(3):293-303.
- Benavides P. A., Moreno Jiménez B., Garroza H. E., González G. J. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el "Inventario de Burnout de Psicólogos". *Clínica y Salud*. 13 (3): 257-283
- Benevides Pereira AMT. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benelbaz D. (1997). *Supervisión y procesos institucionales en equipos que trabajan con traumatización extrema*. Simposium Supervisión Clínica, V Congreso nacional de Psicología, Colegio de Psicólogos de Chile.
- Bernstein, J. (2009). *El burnout es legalmente una enfermedad*. Consultado en: <http://www.secure.fmed.uba.ar/pipermail/medfam/2009-May/006650.html>
- Bongar BM. (1991). *The suicidal patient: clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association;
- Boudreau R, Nakashima J. (2002). *A bibliography of burnout citations, 1990-2002*.Winnipeg, CA: ASAC.
- Cabrera Rego J. (2012). *Estudio del Burnout en médicos de atención primaria* Trabajo publicado en www.ilustrados.com recuperado: marzo 2012.
- Casas, D. & Sorello, M. F. (2010) Síndrome de Burnout en psicólogos que trabajan en instituciones sanitarias públicas de la ciudad Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba. Trabajo publicado en www.scribd.com recuperado agosto 2012.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of Burnout, en Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. *Professional Burnout: Recent Development sin Theory and Research* (pp. 135-149). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Cherniss, C. (2001). *Profesional Burnout in human service organizations*.New York:

- Preager.p. 15-35.
- Coelho, M. E. C. (1998). *Stress, eventos vitais e copingsob enfoque analítico-comportamental*. Monografía não publicada, Universidade Estadual de Londrina
- Escriba Aguir V, Martin Baena D, Pérez Hoyos S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*; 80(2):127-133.
- De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 5(2):107-13
- Esparza C., Guerra P. & Martínez M. (2000) *Determinación de los niveles del síndrome de Burnout en profesionales de la salud de la V región* .Artículo premiado en la Primeras Jornadas de Actualización en Investigación Psicológica Chilena, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Chile, Noviembre de 2000.
- Escribano Nieto, T (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento*.
- Farber, B.A. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. In B. Farber (Ed.). *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 1-22).Elmsford, NY: PergamonPress.
- Ferrer R.(2002) Burnout o síndrome de desgaste profesional .*Med.Clin.Barcelona* 119(13), 495-6
- Figley C. (2000) Traumatización sistémica. El trastorno de estrés postraumático secundario en los terapeutas familiares. *Sistemas familiares*. julio 2000 Buenos Aires.Franco Justo, C; Justo Martínez, E. (2010). Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Rev Tesela* 7. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7220.php>>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166
- Freudenberger, H.J. y Nort, G. (1985). *Womens' burnout*. London: Penguin Books.
- Gagliesi, P. (2007). *Terapia Dialéctico Comportamental y la Violencia*. Buenos Aires: Fundación Foro.
- Garcés de los Fayos, E. (2000). *Tesis sobre el Burnout*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona. Solicitado a: Psiquiatria.com
- Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2005) "Tesis sobre el Burnout". Documento recuperado ,

de <http://www.gestiopolis.com>

Garcés de los Fayos. (2007). *Variables predictoras, consecuencias y modelos explicativos del Burnout*. disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/Bv/organizaciones/Burnout3.pdf>.

García Silva Herrera C.; Meda Lara, R.; Moreno Jiménez, B.; Morante, M. & Castañeda Torres, J.(2008). *Prevalencia de Burnout en psicólogos mexicanos*. Recuperado en <http://revista.univa.mx/n55/Art.%20Clelia.htm>

García Palacios A.(2006) La terapia dialéctico comportamental: terapia individual. *Psicología conductual 14*, 453-466-

García García J. & Herrero Remuzgo S (2008). Estudio sobre Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en personal del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología 26*, (3), 459-477. Garré Olmo, J. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología 31* (6), 522-52

Germer, C., Siegel, R y Fulton, P (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología 15*, (2), 261-268

Gil Monte P. (2003) *Sentimientos de culpa: un síntoma relevante en el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Trabajo presentado en el “VIII Congreso de Psicología Social”. Torremolinos (Málaga).

Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse en el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid. Pirámide

Gil Monte P.R., Crretero N., Roldán M., & Nuñez Román E, (2005) Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 21*, 107-23.

Gil Monte, P. & Marucco, M. (2006). Síndrome de quemarse por el trabajo Burnout en médicos. *Medicina y Sociedad 26*, (26). Documento recuperado , de <http://www.medicinaysociedad.org.ar>

- Gil-Monte PR. & Moreno-Jiménez B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) grupo profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide;
- Gil-Monte PR. & Peiró JM. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 16 (2), 135-149.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. & Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada* 6, 43-63.
- Gil-Monte, P. R, Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 2(2), 211-220.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. & Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43-63.
- Golembiewski, R. T; Munzenrider, R & Carter, D. (1983) Phases of progressive Burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavior Science* 19, (4); 461-481.
- Gomes, A. R., & Cruz, J.F. (2004). A experiência de stresse e “burnout” em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de gênero. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 9, 193-212
- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M. & Braga F. (2007) Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español. *Rev Esp Salud Pública* 83 (2), 215-230.
- Granero, M; Retamar, R; Carabjal, J; Gómez Alonso, R. & Bragagnolo, G.(s/f). *Vida personal y Burnout del Psicoterapeuta*. Documento recuperado de <http://www.fpsico.unr.edu.ar>
- Guevara, C. A., Henao, D. P. & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 35 (4), 173-178.
- Gunderson JG. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*; 153(6):752-8.
- Gunderson, G. & Links, P. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing

- Hagihara, A., Tarumi, K., & Miller, A. S. (1998). Social support at work as a buffer of workstress-strain relationship: A signal detection approach. *Stress Medicine, 14*, 75-81
- Harrison, B.J. (1999). Are you too burnt out? *Fund Raising Management, 30* (3), 25-28
- Hoffman, P. & McGlashan T.H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work*. New York: Basic Books.
- Kernberg O. (1983). The structural Diagnosis of Borderline Personality Organization. En *Borderline Personality disorders*. Pag 87-123. New York : Hartocollis P. International. University Press, Inc., 6th Ed.
- Koerner, K. & Dimeff, L. (2007). Overview of Dialectical Behavior Therapy. En Dimeff, L. & Koerner K. (ed.) *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.
- Koldobsky, N. (2005). Histrionic and borderline personality disorders: a view from Latin America. En Maj, M., Akiskal H, Mezzich J. & Okasha, A. (ed.) *Personality Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kroger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K.G., Schunert, T., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1211-1217.
- Lackritz, J.R. (2004). Exploring burnout among university faculty: incidence, performance, and demographic issues. *Teaching and Teacher Education, 20*, 713-729.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*.
- Lazarus R.S. & Folkman, S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, New York: Springer.
- Leiderman, Buchovsky, Jiménez, Nemirovsky, Pavlovsky, Giordano. & Lipovetzky (2004) *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales*. Buenos Aires Argentina. Vertex 2004, Vol. XV - Nº 584 .

- Leiter, M. P. (1991) The dream denied: professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.
- Linehan M. (1993a). *Cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lloyd C., & Cols. (2002). Social work , stress and burnout: A Review. *J.M.Health* 11 (3) 255-265
- Lynch, T., Zachary Rosenthal, M. & Smoski, M. (2008). Dialectical behavior therapy: efficacy, mechanisms, and application. [Psychiatric Times](#); 25 (2), 76.
- Martín Asuero A. & García-Banda G. (2010) *El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR)*
- Malagris, L. E. N. (2004). Burnout: o profissional em chamas. In: F. Nunes Sobrinho, I Nassalla (Orgs.). *Pedagogia Institucional: fatores humanos nas organizações* (pp. 196-213). Rio de Janeiro: ZIT Editores.
- Manning, S. (2007). Dialectical Behaviour Therapy (DBT). En Freeman C. & Power M. (ed.) *Handbook of Evidence-based psychoterapies: a guide for research and practice* (p. 83-92). Chichester: John Wiley & Sons.
- Marfull Villanueva. Scarlett. (2006) Viñadel Mar. Chile Síndrome de burnout en los psicólogos clínicos. 6/feb/2006 *Interpsiquis*.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2, 99-113
- Maslach C, Jackson S E. (1996). *MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Research*. California, Palo Alto University.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. Maslach (1981). Burnout Inventory. Palo Alto, (Ca): *Consulting Psychologists Press*, p 48-60

- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1982) Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. En: Sanders GS, Sulz J (Eds) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum, . p. 56
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press (Versión española en TEA Ediciones).
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422
- Moreno Jiménez, B; Meda Lara, R; Morante Benadero, M; Rodríguez Muñoz, A. & Palomera Chávez, A. (2006) “Validez Factorial del Inventario de Burnout de Psicólogos en una muestra de psicólogos mejicanos”. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38, (3), 445-456. Documento recuperado ,de <http://www.scielo.org.co>
- Moreno B. & Peñacoba C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud. En: *Psicología de la Salud*. Siglo XXI. Madrid: MA Simon;. p. 739-764.
- Murphy SA, Collins LM. & Rush AJ. (2007). Customizing treatment to the patient: adaptive treatment strategies. *Drug Alcohol Depend* 88 (2), S1-3
- Naisberg JL. & Fenning S. (1991). Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. *Stress Med* 7(4):201-205.
- Nee, C. & Farman, S. (2005). Female prisoners with borderline personality disorders: Some promising treatment developments. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 15 (1), 2-15.
- Oldham, J. (2004). Borderline Personality Disorder: The Treatment Dilemma. *Journal of Psychiatric Practice*, 10 (3), 204-206
- Oldham, J., Skodol, A. & Bender, D. (2007). *Tratados de los trastornos de personalidad*. Elsevier Masson: Barcelona.
- Ortiz Viveros Godeleva R. & Ortega Herrera, M. E. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud* 19 (2), 207-214.
- Pando M, Bermúdez D, Aranda C, Pérez J, Flores E. & Arellano G. 2003. Prevalencia del estrés y el burnout en los trabajadores de la salud en Cd. Guayana, Venezuela. *Psicología y Salud*; 13(1):47-52.
- Paris, J. (1994). *Borderline personality disorders*. American Psychiatric Press: Washington.

- Peiró, J. (1992) *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró JM. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. In: C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. New York: The Free Press
- Pines, A. & Aronson, E. (1988) Career burnout: Causes and cures. New York. The Free Press. En: Gil Monte, P y Peiro, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Pierce, C.M. & Molloy, G.N. (1990). Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 60, 37-51
- Porto-Martins PC, Trevisani MF, Amorim C, Oliveira RN.(2004) Burnout em psicólogos clínicos. In: *Anais do X Encontro da Abrapso Regional Sul*, p.187; Curitiba, Brasil.
- Quiceno JM. & Alpi SV. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología* 10 (2): 117 – 125.
- Reinhold, H. H. (2002). Burnout. In: M. E. N. Lipp, *O stress do professor* (pp. 63-80). Campinas: Papirus
- Restrepo, N., Colorado, G. y Cabrera, G. (2006). Desgaste Emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. *Revista de Salud Pública*, 8, 63-73.
- Ricard M. (2008). *El arte de la meditación*. Barcelona: Urano.
- Richardson, A. M.; Burke, RJ, & Leiter M. P. (1992). Occupational demands, psychological Burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. En: *Anxiety, Stress and Doping* 5 (1); 55-68.
- Rodríguez J., Blanco M., Issas S., Romero P. & Ganoso P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención Primaria. *Atención Primaria*. 36 (8):442-447.
- Rubio Larrosa, V. (1994). Trastornos de la personalidad en Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica de Bobes. Síntesis: Madrid
- Sadock, B. & Sadock V. (2004). *Sinopsis de psiquiatría: Kaplan-Sadock*. Barcelona: Waverly Hispánica
- Shanafelt T. (2002) Burnout and self-reported patient care in an Internal Medicine Residency Program. *An I Med* 136 (5) 358-367

- Schaufeli WB, & Enzmann D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis
- Shirom A, Nirel N. & Vinokur AD. (2006). Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *J Occup Health Psychol* 11(4):328-342.
- Simón Vicente M. (2007). Mindfulness y Neurobiology. *Revista de Psicoterapia* 17 (66-67); 5-30
- Siegel, R., Germer, C.. & Olendzki, A. (2009) Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?. En Didonna, F. (ed.) *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer.
- Silva, F. P. P. Burnout: (2000) Um Desafio À Saúdedo Trabalhador. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 2(1),
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional*. Buenos Aires: Espacio.
- teBrake, H., Bloemendal, E. & Hoogstraten, J. (2003). Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31, 321-327
- Van Horn, J.E., Schaufeli, W.B., Greenglass, E.R. & Burke, R.J. (1997). A Canadian-Dutch comparison of teachers burnout. *Psychological Reports*, 81, 371-382.
- Vega S, Yáñez J, González M, & Quezada M. (2004). *El desgaste personal de los psiquiatras: Síndrome de burnout (resultados preliminares)*. Santiago, Chile: Centro de Psicología Aplicada, Universidad de Chile.
- Vieira I, Ramos A, Martins D, Bucasio E, Benevides-Pereira A, Figueira I, Jardim S. (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria* 28 (3): 352-356.
- Volpato, D. C., Gomes, F.B., Silva, S.G.M., Justo, T., & Benevides-Pereira, A.M.T. (agosto, 2003). Burnout: O desgaste dos Professores de Maringá. *Revista Eletrônica InterAçãoPsy*, 1 (1), 90-101
- Wertz, J. J. (2000). *Relation of occupational stress, coping resources, personal strain and burnout in psychologist interns*. Dissertation Abstracts International Section B: Engineering,
- Yáñez, J. (2002). III Encuentro Psicoterapéutico. Comité de Psicoterapia de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatria y Neurociencia. Textos en formato ppt., *El síndrome de Burnout en Psicoterapeutas*, documento no publicado. Reñaca. Chile 60 (11-A), 5821p

Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D. & Silk, K. (2004). Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry*, *161*, 2108–2114

Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J & Silk, K. (2003). The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, *160*, 274-283.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Vujanovic, A., Hennen, J., Reich, D. & Silk, K. (2004). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica* *110*, 416–420.

Zetzel ER. (1971). A developmental approach to the borderline patient. *Am J Psychiatry*.; *127*(7):867-71.

ANEXO:

Burnout en terapeutas:

A) Emocional exhausted (EE) o agotamiento emocional.

Respuestas:

1,2,3,6,8,13,14,16,20.

Puntaje máximo: 54

< 19 Bajo

19 a 26 Medio

> 26 Alto

B) Despersonalización (D)

Respuestas:

5;10;11;15;22.

Puntaje máx. :30

< 6 Bajo

6 a 9 Medio

> 9 Alto

C) realización personal (RP)

Respuestas;

4,7,9,12,17,18,19,21.

Puntaje máx. : 48

0 a 33 Bajo

34 a 39 Medio

> 39 Alto

Resultados:

Grupo A (DBT)

Números del 23 al 38. Total: 16 personas

EE: 30, 68 (alto) D: 8,25 (medio) RP: 36,75 (medio)

En EE:

4 bajo = 25% 3 medio = 18,75 % 9 alto = 56,25 %

En D:

8 bajo = 50% 1 medio = 6,25 % 7 alto = 43,75%

En RP:

4 bajo = 25% 8 medio = 50% 4 alto = 25%

Grupo 2 (clinica gral)

Números 14 a 22 .total : 9

EE: 15, 33 (bajo) D: 2,66 (bajo) RP. 35 (medio)

En EE:

6 bajo = 66%

1 medio= 11,1%

2 altos =22,2%

En D.

8 bajo =88,8 %

0 medio=0

1 alto = 11,1

En RP:

4 bajos =44.4

2 medio = 22,2%

3 altos = 33,3%

Grupo 3 (Residentes)

Números del 1 al 13 total : 13.

EE: 15, 46 (bajo)

D: 2 (bajo)

RP: 39, 61 (alto)

En EE:

7 bajo= 53,84 %

5 medio = 38, 46 %

1 alto = 7, 69%

En D:

12 bajo= 92,30%

1 medio= 7,69 %

0 alto= 0

En RP:

2 bajo = 15,38%

2 medio=15,38%

9 alto=69,23%

Por cantidad de TLP tratados:

<de 5 = 2 (27 y 35)

EE= 12 (bajo)

D=5 (bajo)

RP= 39,5 (alto)

De 5 a 9 = 5 (25, 26, 31, 32 , 33)

EE= 32(alto)

D= 4,4 (bajo)

RP= 36,6 (medio)

De 10 a 14 = 6 (23, 24, 28, 34, 37, 38)

EE= 35, 16 (alto)

D= 12 (alto)

RP= 38(medio)

>14 = 3 (29, 30, 36)

EE= 32 (alto)

D= 9, 33 (alto)

RP= 32,66(bajo)

Burnout por edad en el grupo DBT

Hasta 33 años= 8

EE= 38,75 (alto) D= 13,75 (alto) RP= 35,12(medio)

34 años o mas= 8

EE= 22,75 (medio) D= 2,75 (bajo) RP= 38,37 (medio)

Por profesión en DBT:

Psiquiatras 4 psicólogos 12

Psiquiatras(números 23, 29, 30 , 36)

EE=30 (alto) D= 7(medio) RP= 34,75 (medio)

Psicólogos

EE= 31,08 (alto) D= 8,66(medio) RP= 37,41(medio)

Por sexo en grupo DBT		
Hombres:4 (25, 26, 30, 36)		
EE= 34(alto)	D= 10 (alto)	RP=35,5 (medio)
Mujeres: 12		
EE= 29,58 (alto)	D= 7,66(medio)	Rp= 37,16 (medio)

Por años de ejercicio de la profesión en el grupo DBT

< de 7 años		
EE= 36, 83 (alto)	D= 12,83 (alto)	RP= 32,16 (bajo)
De 7 a 10 años		
EE= 24,85 (medio)	D= 7,28(medio)	RP= 35,4(medio)
➤ de 10 años		
EE= 32(alto)	D= 1, 33(bajo)	RP= 37, 33(medio)

Mindfulness:

Practican todos los del grupo de DBT y uno del de clínica total = 17

Puntuaron el beneficio percibido los de DBT con un promedio de 4, 12 siendo la impresión muy positiva ubicándola en percentilo82,4 .

El del grupo de clínica puntuó con 3. Total : promedio 4,05 percentilo 81

Mindfulness por profesión:

Psicólogos: puntuaron promedio 4, 23 percentilo 84,6

Psiquiatras: 3,5.....70

Por edad y por sexo

	cant	pts	percen
> de 35 años	6	4,33	86,6
<35	11	3,9	78
masculino	5	3,6	72
femenino	12	4,25	85

Niveles altos de Burnout en las dimensiones EE y D expresado en %

Comparación por profesión

Clasific	Variable	Grupo 1	Grupo 2	n(1)	n(2)	Media(1)	Media(2)	Media(1)-Media(2)	LI(95)
	LS(95)	pHomVar	T	p-valor	prueba				
Cat_DBT	Agemocional	{Psicólogo}	{Psiquiatra}	22	16	15,41	30,69	-15,28	-22,37
-8,18	0,0566	-4,37	0,0001	Bilateral					
Cat_DBT	despersonalización	{Psicólogo}	{Psiquiatra}	22	16	2,27	8,25	-5,98	-9,83
-2,13	<0,0001	-3,28	0,0045	Bilateral					
Cat_DBT	realización personal	{Psicólogo}	{Psiquiatra}	22	16	37,82	36,75	1,07	-2,33
4,47	0,0251	0,64	0,5281	Bilateral					

Comparación según pertenencia al grupo A (uso de DBT)

Clasific	Variable	Grupo 1	Grupo 2	n(1)	n(2)	Media(1)	Media(2)	Media(1)-Media(2)	LI(95)
	LS(95)	pHomVar	T	p-valor	prueba				
Cat_DBT	Agemocional	{Usa}	{No usa}	16	22	30,69	15,41	15,28	9,37
	sd	0,0566	4,37	0,0001	Unilateral				
Cat_DBT	despersonalización	{Usa}	{No usa}	16	22	8,25	2,27	5,98	2,80
	sd	<0,0001	3,28	0,0022	Unilateral				
Cat_DBT	realización personal	{Usa}	{No usa}	16	22	36,75	37,82	-1,07	-3,90
	sd	0,0251	-0,64	0,7360	Unilateral				

Relación entre Burnout y cantidad de TLP tratados

N° TLP	Agemocional	despersonalización	realización personal
N° TLP	1,00	1,2E-05	4,6E-05
0,26			
Agemocional	0,65	1,00	7,0E-08
0,04			
despersonalización	0,61	0,75	1,00
0,04			
realización personal	-0,19	-0,34	-0,33
1,00			

Ag emocional/ cant TLP 0.65 p<0.01

Despersonalización / cant TLP 0.61 p< 0.01

Relación entre años de profesión y burnout

No hay relación significativa comparando entre tres categorías (menos de 7, entre 7 y 10, y más de 10) para ninguna de las dimensiones del MBI.

Relación entre edad y burnout

Se hizo con análisis de correlación de Pearson y no hay asociación significativa con ninguna de las dimensiones.

Diferencias en el nivel de Burnout por sexo

Tampoco existen diferencias significativas en las comparaciones de medias (prueba T) según sexo en ninguna de las dimensiones.

cálculo

