

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE HUMANIDADES
VICERRECTORÍA. DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CÚNICA



PROGRAMA DE TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA MAESTROS DE LA ESCUELA BÁSICA
GENERAL DEL IPHE QUE PRESENTAN SÍNDROME DE
BURNOUT

Por:

LICDA: JENNY MATTEUS ESCOBAR

Tesis presentada en cumplimiento de los requisitos
exigidos para optar por el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Panamá, 2004.

57

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

21 ABR 2005

Programa de maestría en: **Psicología Clínica**
 Facultad de: **Humanidades**
 Número de Código:
 Nombre del estudiante: **Jenny C. Matteus Escobar**
 Título al que aspira: **Magíster en Psicología Clínica**
 Tema de tesis: **Programa de Terapia de Grupo Cognitivo
 Conductual para Maestras que presentan el
 Síndrome de Burnout**

Resumen Ejecutivo: El trabajo a desarrollar consiste en una investigación con diseño de estudio de caso de intervención terapéutico y análisis cualitativo, cuyo propósito es describir y evaluar los síntomas del síndrome del Burnout en las maestras de la Escuela Básica General de Enseñanza Especial del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE). Pretendemos desarrollar e implementar un programa de tratamiento de grupo con enfoque Cognitivo Conductual y evaluar su efectividad al finalizar el mismo.

Atxyn del autor

Nombre de Asesor:

Magíster Isaías Madrid

Firma de Asesor.

Isaías Madrid F.

Firma del Estudiante:

Jenny C. Matteus E.

Aprobado por:

Coordinador del Programa

**Director de Postgrado de la Vicerrectoría de
Investigación y Postgrado**

Fecha: _____

12520

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con especial cariño a mi madre, Amelia, a mi esposo, Euclides, a mis hermanos Jorge y Carol y a mi padre Jorge Matteus, Q D P

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios por darme la oportunidad de alcanzar una de las metas más importantes en mi desarrollo como profesional.

Agradezco al Magíster Isaías Madrid por su valiosa asesoría en la elaboración de esta investigación

A los compañeros que estuvieron siempre brindándome su apoyo emocional

A todos mis familiares, en especial, a mi madre y a mi esposo, por su apoyo incondicional, por alentarme en la ejecución del proyecto

A la directora de la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE y a todas las maestras que participaron en el estudio

RESUMEN

El trabajo desarrollado consiste en una investigación de tipo cuasiexperimental, con diseño de estudio de caso de intervención terapéutico; mediante el cual, se evalúa la efectividad de la Terapia de Grupo Cognitivo Conductual en una muestra de ocho maestras diagnosticadas con síndrome de Burnout en niveles de leve a moderado, que laboran en la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE. El programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual desarrolla tres módulos que son: Autocontrol emocional (relajación, expresión de sentimientos), Reestructuración Cognitiva (asertividad y resolución de conflictos) y Control Conductual (habilidades sociales, cambios en estilo de vida). Consta de 12 sesiones de una hora, dos veces por semana. La variable dependiente del estudio fue el Burnout definido por sus tres dimensiones y por la ansiedad manifiesta, las cuales se evaluaron en dos períodos de antes y después del programa de Terapia Cognitivo Conductual. Los resultados analizados reflejan que la Terapia de Grupo Cognitivo Conductual no disminuyó la ansiedad y los síntomas o dimensiones del Burnout.

SUMMARY

The report developed here consists on an investigation almost-experimental with a study design based on a therapeutic mediation; through which, the Theraphy of a Group Cognitive Conduct is the result of eight teachers diagnosed with the Burnout Syndrome in a slight to a moderate levels, who work at the General Basics in Special Education School from IPHE. The Group Cognitive Conduct Theraphy develops three modules which are: emotional auto-control (relaxation, expressing feelings), Cognitive Restructuration Passertiveness and resolution of conflicts) and Conduct Control (Social abilities, changes of life-styles). It has twelve sessions twice a week lasting one hour. The variable depending on the study was the Burnout, defined by its three dimensions and for the anxiety it manifests which were evaluated in two periods, before and after the Cognitive Conduct Therapy. The analyzed results reflect that the cognitive Conduct Group Thraphy doesn't reduce the anxiety and the symptom or dimensions of the Burnout.

ÍNDICE GENERAL

| | Pág |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DEDICATORIA | . |
| AGRADECIMIENTO | . |
| RESUMEN – SUMMARY | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| | |
| CAPÍTULO PRIMERO: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | 5 |
| 1. SÍNDROME DE BURNOUT | 6 |
| 1.1. ORIGEN DEL TÉRMINO BURNOUT | 6 |
| 1.2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT | 7 |
| 1.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE BURNOUT | 10 |
| 1.4. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SÍNDROME DE BURNOUT | 12 |
| 1.4.1 Componentes del Síndrome de Burnout | 12 |
| 1.4.2 Manifestaciones del Síndrome de Burnout | 15 |
| 1.4.3 Evolución del Síndrome de Burnout | 17 |
| 1.4.4 Población en riesgo de desarrollar el Burnout | 22 |
| 1.4.5 Causas del Síndrome de Burnout | 25 |
| 1.5. APROXIMACIONES TEÓRICAS QUE EXPLICAN EL BURNOUT ... | 32 |
| 1.5.1 Teoría Sociocognitiva del Yo | 33 |
| 1.5.2 Teoría del Intercambio Social | 34 |
| 1.5.3 Teoría Organizacional | 35 |
| 1.6. ESTRÉS Y BURNOUT | 37 |
| 1.7. EL BURNOUT EN MAESTROS DE ENSEÑANZA BÁSICA GENERAL | 41 |
| | |
| 2. PROGRAMA DE TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA INTERVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT | 43 |
| 2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL | 43 |
| 2.1.1. Terapia Racional Emotiva de la Conducta (TREC) | 45 |
| 2.1.2. Terapia Cognitiva de Beck | 56 |
| 2.2. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A GRUPOS | 60 |
| 2.3. TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL | 65 |
| 2.3.1. Reestructuración Cognitiva | 66 |
| 2.3.2. Tareas cognitivas | 68 |
| 2.3.3. Resolución de problemas | 69 |
| 2.3.4. Entrenamiento en habilidades sociales | 71 |
| 2.3.5. Entrenamiento en Asertividad | 74 |
| 2.3.6. Rol Play | 75 |
| 2.3.7. Ejercicios para combatir la vergüenza | 76 |
| 2.3.8. Uso del humor | 76 |

| | Pág. |
|------------------------------------------------------------|-------------|
| CAPITULO SEGUNDO: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN . | 77 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 78 |
| 2. OBJETIVOS | 80 |
| 2.1. Objetivos Generales | 80 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 81 |
| 3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN | 81 |
| 4. HIPÓTESIS | 82 |
| 4.1. Hipótesis Conceptual | 82 |
| 4.2. Hipótesis Operacional | 82 |
| 4.3. Hipótesis de Trabajo | 83 |
| 4.4. Hipótesis Nula | 83 |
| 5. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN | 84 |
| 5.1. Tipo de Investigación | 84 |
| 5.2. Diseño de investigación | 84 |
| 6. VARIABLES | 85 |
| 6.1. Variable Independiente | 85 |
| 6.2. Variable Dependiente | 86 |
| 7. POBLACIÓN Y MUESTRA | 87 |
| 7.1. Población Objetivo | 87 |
| 7.2. Población Muestral | 87 |
| 7.3. Muestra | 87 |
| 8. MÉTODOS DE SELECCIÓN | 88 |
| 8.1. Criterios de Inclusión | 88 |
| 8.2. Criterios de Exclusión | 88 |
| 9. INSTRUMENTOS | 89 |
| 10. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS | 93 |
| CAPÍTULO TERCERO: RESULTADOS | 94 |
| 1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS | 95 |
| 1.1. PROCEDIMIENTO | 95 |
| 1.2. ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS | 97 |
| 1.3. RESULTADOS CLÍNICOS OBSERVADOS EN EL GRUPO | 114 |
| 1.4. DISCUSIÓN | 129 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 133 |
| BIBLIOGRAFÍA | 138 |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE CUADROS

| | Pág. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| CUADRO I: ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT | 90 |
| CUADRO II: RESUMEN DE RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE ACUERDO A LAS HIPÓTESIS | 115 |
| CUADRO 111: RESULTADOS GRUPALES DE BURNOUT POR NIVELES..... | 116 |
| CUADRO IV: RESULTADOS GRUPALES SEGÚN DIMENSIONES DEL BURNOUT | 118 |
| CUADRO V: RESULTADOS GRUPALES DEL BURNOUT GLOBAL Y SUS DIMENSIONES DE ACUERDO AL CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB). PRUEBA DE WILCOXON..... | 120 |
| CUADRO VI: RESULTADOS INDIVIDUALES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO. | 122 |
| CUADRO VII: RESULTADOS GRUPALES DE LA ESCALA ANSIEDAD ESTADO. PRUEBA DE WILCOXON..... | 124 |
| CUADRO VIII: RESULTADOS INDIVIDUALES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD RASGO..... | 125 |
| CUADRO IX: RESULTADOS GRUPALES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD RASGO. PRUEBA DE WILCOXON. | 126 |
| CUADRO X: RESULTADOS INDIVIDUALES DE LA ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD..... | 127 |
| CUADRO XI: RESULTADOS GRUPALES EN LA ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD. PRUEBA DE WILCOXON..... | 128 |

ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | Pág. |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| GRÁFICA N° 1. RESULTADOS GRUPALES DE BURNOUT POR NIVELES..... | 116 |
| GRÁFICA N° 2. RESULTADOS DEL GRUPO SEGÚN DIMENSIONES DEL BURNOUT..... | 118 |
| GRÁFICA N° 3. RESULTADOS INDIVIDUALES SEGÚN LA ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO..... | 122 |
| GRÁFICA N° 4. RESULTADO DE LA ESCALA ANSIEDAD RASGO.... | 125 |
| GRÁFICA N° 5. RESULTADOS DE LA ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD..... | 127 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | Pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ANEXO N° 1. PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL..... | 143 |
| ANEXO N° 2. PROGRAMA DE TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL..... | 146 |
| ANEXO N° 3. CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT..... | 149 |

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, una de las principales causas de estrés laboral que afecta a los docentes es el agotamiento emocional y la no consecución de sus metas, ambas son características definitorias del síndrome de burnout. Esto es posible debido a las demandas y expectativas crecientes de la sociedad con respecto a las tareas que les son propias, tales como la exigencia de dar respuesta inmediata al alumnado en el proceso mismo de enseñanza-aprendizaje, que a su vez, son la base del síndrome. Igualmente, el problema es más grave cuando se trata de docentes que lidian en su labor diaria con personas discapacitadas; situación que aumenta las probabilidades de desarrollar mayor estrés laboral.

Por otra parte, los estudios recomiendan utilizar técnicas cognitivas en el tratamiento de las alteraciones comportamentales que muestran algunos docentes víctimas de burnout, ya que, está comprobado que la forma en que un individuo interpreta una situación y decide afrontarla determina que dicha situación provoque una respuesta de estrés. En este sentido, consideramos las técnicas cognitivo conductuales para el desarrollo de un programa cognitivo conductual para el tratamiento de burnout en maestros.

A continuación, este trabajo de investigación pretende determinar la efectividad del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y dimensiones del burnout aplicado a maestras diagnosticadas con el síndrome.

En el primer capítulo abordamos el marco teórico que sustenta el estudio, es decir, describimos en primer lugar, el origen y definición del síndrome de burnout, así como la delimitación conceptual, características tales como dimensiones que la componen, evolución, manifestaciones y variables que la causan; teorías explicativas, relación entre estrés y burnout y burnout en maestros. En segundo lugar, hacemos referencia a las teorías que fundamentan la Terapia Cognitivo Conductual, específicamente, la Teoría Racional Emotiva de Allbert Ellis y la Teoría Cognitiva de Aaron Beck y sus postulados. De igual forma exponemos los principios fundamentales de la terapia cognitivo conductual aplicada a grupos, que a su vez sirvió de base para la elaboración del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual. Por último, presentamos algunas de las técnicas utilizadas por la terapia cognitivo conductual.

El segundo capítulo desarrolla la metodología de la investigación a partir del planteamiento del problema, objetivos, preguntas de investigación, hipótesis entre otros aspectos.

En el capítulo tercero, exponemos los resultados de la investigación con una breve descripción de los procedimientos realizados en la ejecución del proyecto; seguido por la presentación de las entrevistas psicológicas, donde nos referimos a la historia individual de las participantes. Posteriormente, presentamos los resultados del grupo analizados estadísticamente y finalmente, se expone la discusión de dichos resultados.

Como lo establece todo trabajo investigativo, finalmente, se contemplan una serie de consideraciones finales, como lo son, las conclusiones y recomendaciones; seguidamente, exponemos la bibliografía consultada, así como los anexos a través de los

cuales mostramos los instrumentos, objetivos del programa, materiales, entre otros documentos empleados en el desarrollo del programa

CAPÍTULO PRIMERO
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. SÍNDROME DE BURNOUT

1.1. ORIGEN DEL TÉRMINO BURNOUT:

El término inglés Burnout, cuya traducción al castellano deriva en “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto debido a la demanda excesiva de energía, fuerzas o recursos” (Drutman, 2001); inicialmente fue usado en 1901 por Thomas Mann en su novela “The Buddensbrooks”, donde relata la decadencia de una familia quedando implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre su obra. Sesenta años más tarde, en 1961, Graham Green es el primero en utilizar el término en una publicación “A Burnout Case”.

Sin embargo, el primero en darle una definición al término Burnout fue el psicoanalista de origen alemán residente en Norteamérica Herbert Freudenberger en el año 1974, quien trabajando en una clínica de toxicómanos comenzó a observar una progresiva pérdida de energía, desmotivación en el trabajo, así como síntomas de ansiedad y depresión manifestadas en la mayoría de los asistentes voluntarios mostrándose insensibles, poco comprensivos y agresivos en relación con la gente. Lo definió como “un conjunto de síntomas médico – biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía”, refiriéndose a los profesionales denominados de “ayuda”, en donde su actividad va dirigida hacia otras personas (Cairo, 2002).

En el mismo año (1974), Von Ginsburg define el Burnout como “un agotamiento psicofísico de los trabajadores en las organizaciones de ayuda” (Drutman, 2001).

No obstante, anterior al término burnout, en Estados Unidos se empleaba el término Flame Out para referirse a las diversas alteraciones que sufrían los trabajadores en sus empleos.

Posteriormente, en 1976 la psicóloga Cristina Maslach da a conocer el concepto de Burnout, en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, los trabajadores presentaban pérdida graduable de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros. Desde entonces, el Burnout ha gozado de un creciente interés por parte de investigadores y organizaciones que han ampliado y propuesto nuevas definiciones; las cuales damos a conocer en el próximo apartado.

1.2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El Burnout significa literalmente “quemado”, o desgaste psíquico en el trabajo. Se define como un “proceso de desgaste profesional, inversamente proporcional a la implicación o entrega en el trabajo, frecuente en los trabajadores de servicios asistenciales o de servicios: médicos, enfermeras, profesores y maestros, psicólogos, policías y demás profesiones que requieren el uso de las relaciones humanas (Grau y Chacón, 1996).

En la década del 70, Freudenberger, H., (1980), definió el síndrome de Burnout como “un estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada”.

Por otro lado, Maslach, C. y Jackson, S. en sus trabajos sobre el “Síndrome de Burnout” desde 1976, consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual se reflejan tres grandes aspectos (Drutman, 2001):

- El cansancio emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento;
- La despersonalización, caracterizado por un cambio negativo de actitudes que conduce a un distanciamiento frente a los problemas;
- La falta de realización personal que incluye la manifestación de respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo con síntomas depresivos, aislamiento y agotamiento físico y psíquico, la despersonalización en el sentido de la deshumanización y una actitud negativa hacia sí mismos y hacia los propios logros una moral baja, un detrimento y descenso de la productividad en el trabajo, lo que lleva a una pobre realización personal.

En el año 1981, debido a la falta de unanimidad en la conceptualización del síndrome de Burnout, se celebró en Filadelfia la Primera Conferencia Nacional sobre el Burnout, en donde Maslach y Jackson refieren una evolución secuencial, por lo que pasaría del cansancio emocional a la despersonalización y posteriormente a la falta de realización personal.

Sin embargo, Golembiewski, R. en 1986 y Leiter, M. en 1989 plantean que no es necesario que esta secuencia tenga que producirse de una forma ordenada y opinan que el síndrome puede presentarse de forma aguda y crónica.

Cherniss, C. en 1980, señala que el síndrome puede darse como consecuencia de una sensación de ineficacia. En el mismo año Edelwich, J. se refiere al Burnout como una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del propósito de los trabajadores de ayuda, como resultado de las condiciones de su trabajo frente a las demandas excesivas de los usuarios

Pine, Aronson, y Kaffry (1988), lo definen como un estado de agotamiento físico, mental y emocional resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso hacia los demás, durante un período de tiempo prolongado (Grau y Chacón, 1996).

Para algunos autores el síndrome de Burnout es una forma particular de estrés laboral. Gran parte de éstos, lo consideran como la fase avanzada del estrés laboral, o consecuencia del estrés laboral crónico. Desde esta perspectiva, el psicólogo y profesor de la Universidad de Barcelona Jesús Vicent (Ortega, 2001), señala que el Burnout es una fase avanzada de estrés laboral que puede llegar a desarrollar una incapacidad total para volver a trabajar.

Hoy día, el síndrome de Burnout continua recibiendo aportaciones de diversos autores con el fin de aunar los criterios en torno a su conceptualización, existiendo mayor aceptación del mismo como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución (Gil Monte y Peiró, 1997. En: Grau Y Chacón, 1996).

Es pertinente señalar, que en relación al concepto, se han configurado dos perspectivas con el objetivo de establecer la delimitación del síndrome de Burnout, el enfoque clínico y el psicosocial, dentro de los cuales representan los trabajos de Freudenberger, Pines y Aronson y los de Maslach, Jackson, Golembiewski, Leiter, Gil Monte y Peiró respectivamente. Dichas perspectivas las exponemos seguidamente.

1.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE BURNOUT

De acuerdo con Gil Monte (2002), la necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho en la necesidad de preocuparse más por la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados, ya que éstas tienen repercusiones sobre la organización y de igual forma, el síndrome de Burnout repercute sobre la sociedad en general.

Desde el enfoque psicosocial, el burnout es considerado como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas; es decir, es un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización como lo caracteriza Maslach (Grau y Chacón, 1996).

La perspectiva clínica contempla al Burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La distinción radica en que el Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que

plantean un “etiquetamiento”; por ejemplo, decir que alguien “está quemado” sugiere un fenómeno estático, un resultado final.

Por otra parte, la conceptualización de Burnout como proceso, lo plantea como un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional – cliente, y por la relación profesional – organización y que implica fases en su desarrollo. No debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores).

En otras palabras, según Gil Monte (2002), el Burnout es entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento utilizadas por los profesionales. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el profesional desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional es un paso intermedio en la relación estrés – consecuencias del estrés de manera que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias perjudiciales para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas, y para la organización.

Relacionado con la perspectiva clínica se haya un problema paralelo a la definición del Burnout y es el de su diferenciación de otros estados, con los que suele confundirse: tedio, depresión, ansiedad, alienación, insatisfacción laboral, fatiga, etc.

Podemos mencionar que el proceso de Burnout supone una interacción de variables afectivas, cognitivo – aptitudinales y actitudinales que se articulan entre sí en un

episodio secuencial. Más que un estado, es una respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo (Gil Monte y Peiró, 1997, En: Grau y Chacón, 1996).

El estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, el Burnout siempre tiene efectos negativos.

1.4. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En los apartados precedentes, nos hemos referido en general a los aspectos conceptuales del síndrome de Burnout. A partir de esta sección ofrecemos mayor información en torno a los componentes, manifestaciones, evolución, población y causas del síndrome con el objetivo de incrementar la comprensión del mismo.

1.4.1. Componentes del Síndrome de Burnout

Las características o rasgos definatorios del síndrome de Burnout provienen de los trabajos de Maslach, C. y Jackson, S., quienes consideran tres componentes esenciales: *el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal* (Cairo, 2002).

a) **Cansancio emocional:**

Es la actitud más evidente, clara y común en la mayoría de los casos; la persona no responde a la demanda laboral y generalmente se encuentra irritable y deprimida. Se caracteriza por una pérdida progresiva de energía, una creciente sensación de agotamiento en el trabajo, de desgaste y disminución de los recursos emocionales y al sentimiento de que la capacidad de entrega a los demás, se desvanece.

b) **Despersonalización:**

Es el elemento nuclear del Síndrome de Burnout, se refiere al desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo y aislamiento con cariz pesimista, logrando así una postura impersonal, caracterizada por la deshumanización de las relaciones hacia las demás personas, tanto a compañeros como clientes. Se reconoce además, por la pérdida de motivación laboral, el etiquetamiento despectivo para calificar a otros y por intentos de hacerlos responsables o “culpables” de sus propios fracasos en el cumplimiento de los compromisos de trabajo.

La despersonalización surge ante el fracaso del individuo por modificar las situaciones estresantes de la fase anterior (agotamiento emocional), provocadoras de sentimientos negativos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Para protegerse de estos sentimientos y aliviar sus tensiones la persona trata de adaptarse a la situación aislándose y utilizando mecanismos neuróticos.

c) Falta de Realización Personal

La falta de realización personal, sobreviene cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el profesional. El individuo parece a la creencia de que el trabajo no amerita más esfuerzos, siente que las demandas laborales exceden su capacidad, encontrándose en completa inadecuación profesional debido a la insuficiencia de los logros laborales. No obstante, frente a este fenómeno puede surgir el efecto contrario, la sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades e intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

Según Maslach y Jackson (En: Grau y Chacón, 1996), la falta de realización personal se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima, afectando al rendimiento laboral.

Los autores señalan que existe consenso en que estas tres dimensiones o elementos son los constituyentes básicos del síndrome de Burnout, aunque se presentan diferentes modelos para explicar sus intervínculos. Establecen que los tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y la falta de realización negativa.

Por otro lado, el síndrome de Burnout está considerado como una variable en la cual, dichos componentes se perciben a través de síntomas en diferentes áreas, los cuales veremos en el siguiente acápite.

1.4.2. Manifestaciones del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional, además de componerse de las dimensiones de agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización, también presenta como consecuencia de éstos, una serie de síntomas que, según sus efectos se clasifican en cuatro áreas de manifestación y son las siguientes:

a) Manifestaciones psicósomáticas:

El efecto del Burnout sobre el bienestar de las personas que lo padecen es evidente, puesto que se extiende a diversas áreas de su funcionamiento. Se ha observado un conjunto de manifestaciones psicósomáticas, tales como: fatiga crónica, frecuentes dolores cervicales, de cabeza y cuello, trastornos del sueño, úlcera y otros trastornos gastrointestinales, taquicardia, hipertensión, cardiopatía isquémica, crisis asmáticas, dolores musculares, diarreas y desórdenes menstruales (Ortega, 2001).

b) Manifestaciones emocionales:

A nivel emocional, el profesional con Síndrome de Burnout manifiesta síntomas de irritabilidad, impaciencia, distanciamiento y vacío. Generalmente, presenta sentimientos de soledad y alienación, impotencia u omnipotencia tornándose suspicaz de llegar a transformarse en un individuo poco apreciado y estimado, sentimiento que puede degenerar en desconfianza y actitudes defensivas.

c) Manifestaciones conductuales:

En este aspecto, el Burnout se caracteriza por la presencia de conductas adictivas y evitativas, ingesta elevada de alcohol, fármacos, drogas ilegales, ausentismo laboral, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito de la familia y del trabajo, conducta violenta, así como comportamientos de alto riesgo o conducción arriesgada y conductas suicidas. También se observa actitud de aislamiento y superficialidad en el contacto con los demás.

En oposición a estas conductas, algunos profesionales se dedican a realizar actividades deportivas, de manera que éstas se convierten en una barrera protectora que lo defiende de la sobrecarga de su profesión.

d) **Manifestaciones psicológicas:**

Las manifestaciones que se dan en el aspecto psicológico producto del Burnout son consecuencia del estrés laboral y de la insatisfacción laboral que vive el profesional (Cairo, 2002). Frecuentemente, se aprecia nerviosismo, ansiedad, desorientación, dificultad para la concentración, baja tolerancia a la frustración, actitudes paranoides y/o agresivas hacia los compañeros, clientes y la propia familia.

Es común encontrar baja autoestima, depresión y otros trastornos psicológicos que se originan por el estrés y la ansiedad.

Podemos mencionar, que el Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional, presenta además, manifestaciones en el ambiente laboral observándose baja capacidad de trabajo, deterioro en la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles y comunicaciones deficientes.

1.4.3. Evolución del Síndrome de Burnout

Como mencionamos anteriormente, una de las características del Burnout, que permite tener más claridad sobre éste, se refiere a su evolución. A continuación explicamos las distintas fases, que según los autores intervienen en el desarrollo del síndrome.

Durante los últimos años se ha discutido el cuadro evolutivo por el que pasa el Síndrome de Burnout. Para Maslach, éste es un proceso secuencial, por lo que se pasaría

del cansancio emocional a la despersonalización y finalmente, a la falta de realización personal. Golembiewski y Leiter afirman que el síndrome puede aparecer en distintos grados o niveles de sentimientos experimentados comprendidos desde una baja, moderada y alta presencia. Además, sostienen que la progresión no es lineal, sino más bien un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo (Drutman, 2001).

De acuerdo con Ortega (2001), el Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional se considera como un proceso continuo y los componentes indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad, por lo que es difícil prever cuándo se va a producir.

Según Cherniss (En Cairo, 2002), el Síndrome de Burnout se desarrolla en tres fases evolutivas:

- En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos; es decir, se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica.
- En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los demás de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

De manera similar, Drutman (2001), explica estos tres estadios que se corresponden con los tres componentes del Burnout de la siguiente forma:

- a) Primer estadio: en el que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, dándose una situación de estrés. El estrés es un fenómeno clave y fundamental y cada persona tiene sus propios mecanismos para enfrentarse a él. Hay una serie de factores o situaciones que nos conducen al estrés como el desencanto en el trabajo, exceso de compromiso, responsabilidad y enfrentamiento a situaciones difíciles y un excesivo contacto directo con otros seres humanos.

En este estadio la sintomatología pasa por varias etapas:

- Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.
- Se disminuye el nivel de compromiso, comienza a deshumanizarse la tarea, se altera la atención, se tienen aspiraciones excesivas, comienza la pérdida de ilusión, aparecen celos y problemas con el equipo de trabajo.
- Comienzan las reacciones emocionales, sentimientos de culpa, depresión, agresividad.
- Se inicia una desorganización progresiva, disminuye la capacidad cognitiva, la creatividad, la motivación y disminuye la diferenciación.
- Se instaura la indiferencia en la vida emocional, social y espiritual.

- Se manifiestan reacciones psicosomáticas.
 - Hace aparición la desesperación, inclinaciones que pueden conducir al suicidio en situaciones de extrema gravedad.
- b) Segundo estadio: en la serie de excesos o sobre esfuerzos en los que el sujeto daría una respuesta emocional a ese desajuste, aparecen signos de ansiedad y fatiga. Esta situación exige al profesional una adaptación psicológica.
- c) Tercer estadio: el enfrentamiento defensivo le conduce a un cambio de actitudes frente a lo que le supone una situación laboral intolerable. Esta fase requiere tratamiento adecuado del sujeto en todos sus componentes físicos y psíquicos, ya que se percibe frustración, desmotivación, deseos de dejar a un lado el trabajo y sobre todo desmoralización. Comienzan a aparecer actitudes negativas, sentimientos de culpa, incapacidad para resolver dificultades y se insensibilizan ante los problemas que requieren ayuda.

Por otro lado, Cairo (2002), sostiene que el cuadro evolutivo del Burnout tiene cuatro niveles de patologías. Estas son las siguientes:

- Nivel I: identificada con la carencia de deseos para ir a trabajar, dolor de espalda y cuello. Ocurre la situación de que frente a la interrogante “¿qué te pasa?”, la respuesta es “no sé, no me siento bien”.

- Nivel II: Empieza a molestar la relación con otros, hay sensación de persecución, “(todos están en contra mío)”, incrementándose el ausentismo laboral y la rotación.
- Nivel III: disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas. En esta etapa en muchos casos se inicia la automedicación y la ingesta de alcohol o consumo de sustancias ilegales.
- Nivel IV: Esta etapa se caracteriza por la drogadicción, alcoholismo, intentos de suicidio; además, suelen aparecer enfermedades graves como cáncer, accidentes cardiovasculares, entre otros.

Como se observa, en cualquiera de los niveles o fases del cuadro evolutivo del burnout las emociones que se generan son: ansiedad, tensión, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta. Sin duda, éstas afectaran siempre, en cualquier situación, la calidad de vida del profesional y de los servicios, deteriorando el trabajo institucional y a la vez, a sus clientes.

Cairo (2002), también señala que en general, el síndrome de Burnout se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Es insidioso: con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra, ya que su desarrollo oscila en intensidades variables dentro de una misma persona.

- Es un problema difícil de aceptar por lo que el profesional utiliza como mecanismo de defensa la negación con el objetivo de rechazar el sentimiento de fracaso laboral y personal.
- Es irreversible: debido a su evolución de una fase aguda a crónica adquiere tal malignidad que resulta irreversible llevando al individuo al abandono de su profesión.

Por todo lo expuesto, podemos concluir que el síndrome de Burnout o de desgaste profesional es un proceso continuo, cíclico y severo, puesto que influye en todas las esferas del desarrollo humano atentando contra la salud, dignidad y seguridad física, emocional y psicológica del individuo; lo cual, se hace más patente dependiendo aún más del tipo de trabajo o profesión que realice, pues se ha demostrado que el Burnout se presenta en profesionales de la salud como médicos, enfermeras, así como maestros, policías, psicólogos, y otras actividades que exigen el contacto con personas.

En el próximo acápite ofrecemos las distintas profesiones que se ubican dentro de la población en mayor riesgo de padecer el síndrome de Burnout.

1.4.4. Población en riesgo de desarrollar el Burnout

A lo largo del capítulo, hemos explicado los aspectos fundamentales del Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional, se pretende en este apartado aportar información en relación a la población susceptible de presentarlo.

El Burnout puede afectar a toda persona que se desempeña en profesiones que exigen entrega, idealismo, compromiso, y servicio a personas. Originalmente, fue observado en profesionales como médicos, psicoanalistas, guardias, asistentes sociales y bomberos. En la actualidad, se extiende a todas aquellas profesiones de intervención social; es decir, trabajos de ayuda a los demás donde se interactúa en forma activa dentro de estructuras funcionales. Pasó de “personas que cuidan personas de alto riesgo” a personas que se relacionan en contextos de interacción conflictiva, con mayor o menor soporte. Hoy en día, estas personas que trabajan cuidando o solucionando problemas de otros, con técnicas y cualidades exigidas, dentro de medios y organizaciones de logros evaluados, son potenciales poseedores del síndrome del Burnout (Cairo, 2002).

Francisco Alonso-Fernández, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid (Torres, 2001), establece una clasificación de las trabajadoras y trabajadores que sufren Burnout: estrés de la competitividad (empresariado, directivos/as); de la creatividad (escritores/as, artistas, investigadores/as); de la responsabilidad y entrega (médicos/as, enfermeras/os); de las relaciones (servicios en contacto directo con las personas: profesorado, funcionarios/as, vendedoras/es); de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos).

Otros autores han propuesto que entre los profesionales con mayor riesgo a padecer de Burnout según su ocupación, se encuentran los siguientes:

📖 Profesionales de la educación: La población de maestros, docentes y profesores representa una de las funciones con mayor probabilidad de desarrollar el síndrome

de Burnout. Esto se debe a la modificación que han sufrido sus roles, de modo que cada vez han de responsabilizarse de un mayor número de funciones, han de mantener una postura más coherente en una sociedad plural procurando el control sobre los conflictos surgidos en las aulas, sin dejar de realizar una atención personalizada y a su vez sin desatender al grupo, motivándolo y estimulándolo. Por otro lado, las deficiencias ambientales de donde ejercen sus funciones y los escasos apoyos a veces prestados por las organizaciones, pueden condicionar en estos profesionales la aparición del Síndrome de Burnout; lo cual constituye un grave peligro, ya que son el modelo para sus alumnos.

- 📖 **Profesionales de servicios ciudadanos:** profesionales como bomberos, policías, servicios de emergencia y salvamento, constantemente se ven sometidos a situaciones de estrés que acontecen de manera imprevisible y con grandes demandas por parte de sus usuarios, llevándolos a sentirse “quemados”.
- 📖 **Profesionales de la sanidad:** en los inicios del Burnout, el síndrome se observó en los profesionales de la salud, desencadenado por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos – terapéuticos con respecto del padecimiento del enfermo. En este sentido, Cairo (2002), reafirma que el contacto directo con los pacientes, que a su vez, llevan a la consulta grandes tensiones debido a sus diferentes afecciones y a su particular forma de sentir las conducen al médico, enfermera, auxiliar, psicólogo, orientador, al desarrollo del Burnout.

Sin embargo, gran parte de los estudios sobre Burnout han llegado a la conclusión de que son las profesiones asistenciales las más afectadas por el desgaste. Desde este punto de vista, Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid (En: Torres, 2001), indica que “el Burnout afecta principalmente a las profesiones asistenciales, y dentro de ellas, a dos: la docencia y la asistencia a víctimas”. Ello se explica por los elementos del contexto y por las condiciones personales de quien presta el servicio.

Hoy en día, el Burnout se extiende a muchas profesiones que lejos de estar en contacto directo con personas, exige esfuerzo en límite de tiempo que supera las capacidades del profesional, tales como economistas, auditores, trabajadores sociales, comerciantes, entre otros. Pero, no sólo la ocupación o tipo de trabajo hace vulnerable la aparición del síndrome de Burnout; igualmente, a esto se unen el conjunto de variables desencadenantes que contemplan las características del individuo, las relaciones interpersonales, el entorno, entre otros, como veremos a continuación.

1.4.5. Causas del Síndrome de Burnout

Este apartado está muy relacionado con el anterior, puesto que es esta población vulnerable, la que permite distinguir la procedencia o más bien, las causas que dan origen, en parte, al Burnout en dichos profesionales.

De acuerdo con Grau y Chacón (1996), el proceso de Burnout es consecuencia de la influencia de agentes del entorno social, del marco laboral y características personales.

De forma similar, para Gil Monte (2002), la causa del Síndrome de Burnout es la resultante de la combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Estresores como la escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte; falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol; falta de autonomía y autoridad en el trabajo para la toma de decisiones; rápidos cambios tecnológicos, entre otros eventos, inciden en los profesionales ocasionando el Burnout.

No obstante, estas variables han sido estudiadas como antecedentes mostrando su capacidad predictora. Mientras, los modelos transaccionales actuales que explican el síndrome de Burnout, sugieren un enfoque de interacción entre las características situacionales (entorno laboral) como desencadenantes y variables personales, como factores que cumplen una función moduladora.

Al respecto, Gil Monte, ofrece una taxonomía de estresores identificando cuatro niveles: a) el individual; b) nivel de las relaciones interpersonales; c) nivel organizacional y; d) nivel del entorno social.

Sin embargo, según Grau y Chacón (1996), otros autores consideran el nivel individual como una variable facilitadora y los niveles restantes como variables desencadenantes.

En este apartado, desarrollamos las causas del síndrome como variables facilitadoras y variables desencadenantes como sigue:

a) Variables desencadenantes:

Entre las variables identificadas como desencadenantes o estresores laborales del Burnout, Peiró (En: Grau y Chacón, 1996), establece cuatro categorías:

1. Nivel de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.
2. Nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, sobrecarga y conflicto de rol.
3. Nivel del entorno social, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como son: el ruido, la iluminación, vibraciones, temperatura, toxicidad, higiene, disponibilidad del espacio, sobrecarga, turnos rotativos, etc. Además, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio


social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio).


4. Nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo, e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Por consiguiente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional. En este aspecto, debemos mencionar, como señalamos arriba, que este nivel individual es considerado como una variable facilitadora más que desencadenante, la cual pasamos a describir de inmediato.


b) Variables Facilitadoras:


Grau y Chacón sostienen que las variables facilitadoras pueden ser divididas en tres categorías que son las siguientes:


1. **Variables Sociodemográficas:** éstas comprenden el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y en la profesión.

 **Sexo:** de acuerdo a estudios realizados las diferencias en relación al sexo pueden estar condicionadas por los procesos de socialización para los roles masculino y femenino y por los perfiles y requisitos de distintas ocupaciones. Por lo tanto, en algunos casos los hombres tienden a despersonalizarse más que las mujeres según el país, la cultura, muestras e instrumentos (Etzion, Pines, 1986; García, 1991, En: Grau y Chacón, 1996).


 **Edad:** A mayor edad parece padecerse menos Burnout, posiblemente porque estos profesionales han desarrollado mejores afrontamientos y expectativas profesionales más reales.


 **Estado civil:** la mayoría de los autores han encontrado que las personas que tienen pareja o están casadas, experimentan menos Burnout, aunque lo que parece influir más bien es el apoyo sociofamiliar recibido por el cónyuge, y la satisfacción / insatisfacción matrimonial. Leiter (1988), ha planteado que la vida en familia puede hacer más expertos a los sujetos en el tacto con los demás y sus problemas.

 **Existencia de hijos:** se ha encontrado que los sujetos con hijos tienen más edad, son más maduros, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente, los que no tienen usan más el trabajo como una fuente de vida social, se implican excesivamente con la gente del ámbito laboral y aumenta el riesgo al Burnout.

 Antigüedad de rol y en la profesión: De forma similar a la edad: los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos, por lo que tienen mayor riesgo de Burnout.

2. Variables de personalidad: en este aspecto, los hallazgos van en dos direcciones fundamentales:

 Según algunos rasgos del carácter y cualidades aisladas de las personas: los individuos empáticos, sensibles, humanos, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse mucho con los demás, son vulnerables al síndrome. Se asocian significativamente al Burnout la ansiedad – rasgo, la adicción al trabajo y otras cualidades.

 El papel modulador de determinadas cualidades o patrones funcionales de la personalidad, por efectos directos o indirectos. Las estructuras complejas más relacionadas con la modulación del Burnout son:

- El tipo A de conducta: de acuerdo a investigaciones (Nowack, 1986, En: Grau y Chacón, 1996), el tipo A de conducta diferenciaba a sujetos con altos y bajos sentimientos de Burnout. Otros autores indican que se relacionaba más significativamente con agotamiento emocional y despersonalización, mientras que era baja su correlación con falta de realización personal.
- Locus de control: las personas con locus de control externo son más propensos al Burnout.

- **Estilos de atribución:** Gil Monte y Peiró, señalan que las personas con locus de control externos son más propensos al desamparo y al afrontamiento centrado en la emoción. Se ha encontrado que las personas que atribuyen la causa de su estrés a sus características personales, experimentan significativamente más realización personal en el trabajo, cuando la causa se ubica en el entorno sólo se experimenta mayor agotamiento emocional, pero si la causa se atribuye a las personas, experimentan más agotamiento emocional y más despersonalización.
- **Estructuras del sí mismo:** Cherniss (1993), afirma que cuando la competencia percibida del individuo se frustra, las personas experimentan diversos síntomas de Burnout, con fracaso psicológico y retiro emocional de la situación. Los sujetos con mayor autoeficacia en relación a las formas de afrontar el estrés, experimentan con menor frecuencia el síndrome. Estudios han encontrado que expectativas de eficacia, autoestima y autoconfianza, se relacionan especialmente con mayor realización personal en el trabajo y bajos sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización.
- **Personalidad resistente:** se ha propuesto como un modulador que reduce la probabilidad de experimentar Burnout.



Estrategias de afrontamiento: Los profesionales que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos Burnout que los individuos que utilizan estrategias de evitación / escape o centradas en la

emoción; por lo tanto el afrontamiento ha sido presentado como efectos moduladores del Burnout.

La importancia del estudio de los desencadenantes y facilitadores del Burnout en los profesionales, ya sea de salud, educación o de servicios ciudadanos, no puede ser desdeñada. Cuando la relación profesional – paciente, cliente, alumno se deteriora, es frecuente culpabilizar de ello al cliente, originándose cierto grado de hostilidad, rechazo y resentimiento hacia ellos reaccionando con términos despectivos y aislándose de la situación. A la larga, el profesional puede terminar reduciendo su eficacia percibida, cuestionando su propia capacidad profesional y personal viéndose afectada su salud, las relaciones interpersonales y además la organización para la que trabaja, y lo que es peor, los individuos que reciben el servicio que en muchos casos son los discapacitados físicos o mentales, enfermos de cáncer, SIDA y otras.

1.5. APROXIMACIONES TEÓRICAS QUE EXPLICAN EL BURNOUT

Hasta el momento, hemos abordado el origen, desarrollo y delimitación del concepto, las características en cuanto a los componentes, síntomas, evolución, población riesgo y las causas del síndrome de Burnout. Corresponde entonces, hacer una revisión acerca de la taxonomía que integra diferentes modelos elaborados para explicar la etiología y consecuencias del Burnout, entre los que distingue: los modelos de desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, modelos elaborados desde la

teoría del intercambio social y modelos elaborados desde la teoría organizacional, los cuales serán expuestos seguidamente.

1.5.1. Teoría Sociocognitiva del Yo

Los modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo, se caracterizan por otorgar a las variables del self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.), un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de la competencia social de Harrison (Gil Monte, 2002).

De acuerdo con Harrison, la competencia y la eficacia percibida son variables claves en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que comienzan a trabajar en profesiones de intervención social o servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás; en otras palabras, son individuos altruistas. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera va a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con los factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.), aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones de rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, entre otros) dificultan la consecución de

los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

1.5.2. Teoría del Intercambio Social

La teoría del intercambio social es el segundo grupo en la clasificación que integra los modelos para explicar la etiología del Síndrome de Burnout. Estos modelos consideran que el desgaste profesional o Burnout tiene sus percepciones en la falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Por ejemplo, para Buunk y Schaufeli (En: Gil Monte, 2002), el Síndrome de Burnout tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo.

En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales).

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima.

En el contexto de las organizaciones sanitarias, también contribuye al desarrollo del Síndrome de Burnout los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

1.5.3. Teoría Organizacional

La teoría organizacional integra los modelos que incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan por el énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse o desgastarse por el trabajo.

Un modelo característico de este grupo es el modelo de Winnubst (En: Gil Monte, 2002), que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

En las burocracias mecánicas, el Síndrome de Burnout es una consecuencia de la rutina diaria de trabajo, de la monotonía y de la falta de control en la satisfacción de los

empleados derivada de la estructura organizacional. Pero, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo, hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental.

Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional. Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo un variable central de cara a la intervención sobre el síndrome.

Ciertos autores concluyen en que una única perspectiva no puede dar una explicación completa y satisfactoria, por tanto sugieren la adopción de un enfoque transaccional y presentan un modelo estructural, sobre la base de los estudios de Gil Monte arriba señalados, que integra muchas de estas variables, poniendo de manifiesto el papel que tienen las cualidades cognitivas del Yo relacionadas con el desempeño laboral

(autoconfianza), algunas variables del entorno organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), los estresores relacionados con la falta de apoyo social en el trabajo y las estrategias de afrontamiento (de carácter activo, de evitación.).

1.6. ESTRÉS Y BURNOUT

En páginas anteriores, hemos expuesto las variables consideradas como elementos facilitadores y desencadenantes (estresores organizacionales, individuales), así como los modelos que explican la etiología y consecuencias del síndrome de desgaste profesional o Burnout, los cuales, reflejan la influencia del factor estrés. Por consiguiente, consideramos que al hablar de Burnout es imprescindible hacer referencia del estrés, por lo que dedicamos en esta sección un abordaje en torno al mismo.

Con frecuencia, los individuos experimentamos el estrés en distintas formas e intensidades y ante situaciones o eventos que exigen respuesta de nuestro organismo para afrontar dicho problema. En realidad, el estrés es un elemento indispensable en la vida de las personas; pues nos ayuda, en muchas ocasiones, a reaccionar ante las demandas exigidas, a movilizarnos para obtener las metas que deseamos.

Hay muchas definiciones de estrés y de Burnout, según diversos estudios estos conceptos, si bien, pueden tener similitudes, no son lo mismo. Se puede estar estresada/o y seguir funcionando, aun cuando sea difícil. En cambio, cuando el Burnout (o, como se

le llamaba hace 20 o 30 años atrás, *surmenage*) llega, es necesario hacer cambios radicales en nuestra manera de enfrentar las tensiones.

El estrés es un proceso de interacción entre el individuo y su entorno, que se produce cuando una persona evalúa determinadas situaciones ambientales como amenazantes o desbordantes de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Este proceso se fija en determinadas emociones en función de determinados factores personales y, especialmente, del carácter de las demandas o situaciones estresantes que se presentan en la vida, de los motivos centrales del individuo, de su autovaloración y autoestima y de sus recursos y estrategias para enfrentar estas demandas, que se desarrollan a lo largo de la vida. Por tanto, estos factores se forman y se modifican, es decir, se pueden controlar.

El estrés se produce, entonces, como una respuesta a las situaciones estresantes a nuestro alrededor, reflejada en un conjunto de manifestaciones corporales y cognitivo-emocionales, que se sienten como resultado de la manera en que se perciben las dificultades y de nuestra forma particular de enfrentarlas.

Aunque es un mecanismo de adaptación de nuestro organismo frente a un evento amenazante y por tanto, parte de la vida, no siempre es dañino para la salud, ni se le puede confundir con las enfermedades. El estrés es un estado normal, siempre y cuando se mantenga en sus justas proporciones y, no es en sí mismo una enfermedad. Este es el estrés positivo, conocido como eutrés, que nos permite experimentar emociones gratificantes, enriquecer nuestra vida espiritual y prometedora de calidad de vida y bienestar.

Sin embargo, ese nivel de estrés normal puede ser superado llegando a ser potencialmente perjudicial, éste es conocido como distrés. Este tipo de estrés se fija en emociones negativas, como el miedo, la ansiedad, la ira o la depresión y puede obstaculizar nuestro funcionamiento personal, familiar, laboral y/o social e impactar en el sistema neuroendocrino e inmunológico, provocando con el tiempo disturbios y enfermedades tales como el Burnout.

Por otro lado, el estrés puede también, presentarse de manera crónica, prolongado en el tiempo, continuo, variando en intensidad, exigiendo permanente adaptación, para luego, provocar el distrés. El estrés crónico puede ocurrir producto de una sobreestimulación o exposición prolongada y continua a factores estresantes externos, tales como en las profesiones de periodistas, médicos y otros, o por condiciones crónicas o prolongadas de la respuesta al estrés como en los sujetos deprimidos, aunque los estresores que originaron la respuesta ya no estén presentes (García, 1997).

Otra forma que puede generar distrés, resulta de las creencias de las personas, formadas individualmente a lo largo de la vida o compartidas por influencias sociales o culturales. Por ejemplo, las expectativas acerca de las situaciones que pueden ocurrir en la vida (actitud positiva o negativa), la percepción de controlabilidad que tenga cada persona en esas situaciones y determinados estereotipos o prejuicios socialmente acuñados, como la creencia de que “del cáncer no hay quien se salve” pueden dar lugar al distrés con sus emociones resultantes, y afectar el sistema inmunitario y neuroendocrino.

Podemos decir, entonces que el estrés se convierte en patología cuando supera la capacidad de los individuos, sea por su intensidad o por su prolongación excesiva en el tiempo. Es un factor que aunque está muy relacionado con la aparición de ciertas

enfermedades, no es el causante directo de éstas, pero sí se constituye en el facilitador para la instalación y desarrollo de estas enfermedades, además de afectar nuestro bienestar y satisfacción con la vida. En este sentido, es preciso mencionar que es el estrés la condición indispensable para que se produzca el síndrome de desgaste profesional o burnout.

Debemos tener en cuenta, que las emociones resultantes del estrés funcionan, de hecho, como moduladoras del proceso salud- enfermedad, inclinando la balanza hacia uno u otro extremo de este proceso. De este modo, como lo explicamos en las causas del burnout, las personas que utilizan estrategias de afrontamiento positivas para el autocontrol en la solución de situaciones difíciles lograrán resultados positivos y un estilo de vida saludable; mientras, aquellos que no han aprendido a controlar sus emociones y demandas del entorno mediante estrategias adecuadas, se enfrentarán inevitablemente a los sentimientos de agotamiento, ansiedad, depresión, irritabilidad y otras emociones negativas llevándolo a padecer otros trastornos físicos y mentales.

Una de las grandes diferencias del estrés con el Burnout, según ciertos autores, es que mientras el primero puede ser experimentado como estrés positivo o negativo por la persona, el segundo es un fenómeno exclusivamente negativo, por lo que se ha convertido en una patología que acompaña a gran parte de la población trabajadora. A pesar de ello, diversos autores precisan que el Burnout es un tipo de estrés. Así, "el Burnout es, de hecho, un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se da en profesiones con altos niveles de contacto personal" (Garcés, En: Torres, 2001). Igualmente, Valle (2003), lo considera como la fase avanzada del estrés laboral, como consecuencia del estrés laboral crónico, en el cual, tiene

un papel muy importante la presión del trabajo y el ambiente físico que envuelve al profesional. Se puede definir como un estrés laboral prolongado; dicha prolongación en el tiempo es lo que da origen al Burnout, ya que, como mencionamos previamente, el estrés crónico o distrés (estrés perjudicial), es lo que conduce a la enfermedad.

No cabe duda, que el Burnout es una consecuencia del estrés laboral crónico, cuyo aumento se ha incrementado durante los últimos años, con el agravante de que en nuestro país y en muchos otros, no ha sido considerado como una enfermedad de riesgos profesionales, como lo ha hecho el País Vasco, dándole importancia al reconocerlo como una dolencia psíquica causante de períodos de incapacidad temporal, y como un accidente laboral.

1.7. EL BURNOUT EN MAESTROS DE ENSEÑANZA BÁSICA GENERAL

Una de las profesiones más afectadas por el síndrome de desgaste profesional es la docencia. La función de maestro en las escuelas primarias es consignataria social de una función social determinante, contribuir a asegurar que los niños y jóvenes reciban una educación de calidad, que los forme como ciudadanos. Se trata de una profesión que requeriría de entrega, idealismo y servicio con los demás, y, si las personas a las cuales se ofrece el servicio, presentan algún grado de discapacidad o enfermedad física o mental implicando con esto demanda y alto grado de dependencia del maestro, la entrega de éste será mucho más intensa y por consiguiente, más intenso el desgaste psíquico en el trabajo.

Como ocupación o puesto de trabajo, la docencia obliga a los maestros a la realización, a veces simultánea, de un sin fin de actividades, que van desde el cuidado y mantenimiento de la escuela, control sobre problemas originados en el aula manteniendo atención sobre el grupo, motivándolo y estimulándolo, planeación de actividades docentes, elaboración de materiales didácticos, entre otras, y al mismo tiempo mantener constantes relaciones con: padres de familia, autoridades, compañeros y alumnos, lo que implica un gran esfuerzo, una significativa carga psíquica en el trabajo.

Un hecho evidente es que el maestro, con una limitada libertad para desempeñar su trabajo desde la puerta cerrada de su aula, padece, al mismo tiempo, un cierto aislamiento para enfrentar su trabajo y para encontrar la solución a los numerosos problemas que se presentan en su quehacer cotidiano. En estas condiciones de trabajo, es común que los maestros puedan llegar a desencadenar un cierto grado de estrés, complicado con otros factores psicosociales negativos que acostumbran estar presentes en el ejercicio de la docencia, como sería el trabajo que realizan en casa, el comportamiento de los alumnos, la falta de promociones, las condiciones laborales insatisfactorias, entre otros.

En lo referente a la docencia, en una revisión de 71 artículos realizada por Hiebert y Farber (En: Aldrete, Pando, Aranda y Balcázar, 2003) encontraron pruebas para considerarla como una profesión estresante. La prevalencia del estrés y la respuesta a éste varía de maestro a maestro, dependiendo de las estrategias de afrontamiento que utilice.

Un bajo o mal funcionamiento de las estrategias implementadas, pueden hacer crónica la presencia del estrés y manifestarse el síndrome de burnout. Al respecto, el

perfil de la persona más propensa al burnout se caracteriza por una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, entre otros elementos, por lo que se debe buscar que el maestro tenga los elementos necesarios para cumplir con su función, ya que la educación básica se correlaciona con la posibilidad de desarrollo de un país.

2. PROGRAMA DE TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA INTERVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La Terapia Cognitiva Conductual es una corriente psicoterapéutica integrada principalmente, por los modelos de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, la Terapia Cognitiva de Aaron Beck y otras orientaciones conductuales. Adopta el modelo de la psicología cognitiva, cuyo principio radica en que *“los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo”* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2003).

En este sentido, las teorías cognitivas suponen que la respuesta emotiva o conductual ante un estímulo o situación está mediada por el proceso de significación o evaluación en relación a los objetivos, metas y deseos de cada persona; es decir, son los significados que damos a las cosas, la percepción o la forma como evaluamos los momentos (procesos cognitivos: pensamientos, percepciones y autoevaluaciones) los

principales intermediarios entre, dichos acontecimientos y las respuestas emocionales o conductuales. Esto ha sido demostrado, ya que diversas investigaciones han encontrado que los pensamientos racionales interferidos por pensamientos irracionales elicitaban cambios emocionales significativos en los sujetos (Kendall, 1979, En: Rodríguez, 1999).

En este punto podemos señalar entonces, que el síndrome de Burnout es resultado de la combinación de tres elementos: 1) el ambiente, 2) los pensamientos negativos y 3) las respuestas físicas; estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa y llegue al nivel de estrés crónico o Burnout. EL ambiente lo podemos comprender como los sucesos del mundo (trabajo), los pensamientos como los que clasifican e interpretan dichos sucesos y la respuesta física como una emoción particular. El agotamiento emocional, la falta de realización personal y la despersonalización son producto de estos tres componentes.

Por otra parte, atendiendo a la afirmación de Beck de que la Terapia Cognitiva es un *“procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintos trastornos psicológicos”*, y por otro, en vista de que los procesos cognitivos son los que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas y son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona; podemos considerar por lo tanto, que toda terapia implicaría una modificación de estas estructuras cognitivas (mediante la intervención activa y directa del terapeuta) con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará un cambio de las respuestas en ambos componentes emocional y conductual, aportando así el proceso de reaprendizaje.

Los distintos modelos en los que se apoya la terapia cognitivo conductual, tanto las terapias conductuales como las cognitivas han reconocido la influencia de las cogniciones y de la conducta en el funcionamiento psíquico humano, tanto así, que las terapias conductuales emplean técnicas cognitivas y las terapias cognitivas contienen técnicas conductuales, de ahí que actualmente se hable de terapias cognitivo conductuales.

La terapia cognitivo conductual es cada año más dominante entre las psicoterapias y su eficacia y eficiencia en la práctica clínica es cada vez más reconocida sobre diversos trastornos de gran incidencia actual, tales como: depresión, ansiedad, trastornos de pánico, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales, entre otros. Ha sido uno de los modelos terapéuticos que más ha contribuido al ámbito de la psicoterapia científica.

Veamos a continuación algunas de las teorías que contribuyen al desarrollo de la terapia cognitivo conductual.

2.1.1. Terapia Racional Emotiva de la Conducta (TREC)

Se considera a Albert Ellis como el padre de la Terapia Racional Emotiva (TRE) y el abuelo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), pues no hay duda que ha desempeñado un papel fundamental en el reciente interés por esta última (TCC). En 1956 Albert Ellis inicia la Terapia Racional Emotiva, pero en el año 1993 decide cambiar el nombre por Terapia Racional Emotiva de la Conducta (TREC) porque su enfoque terapéutico había valorado siempre las interacciones recíprocas entre la cognición, la

emoción y la conducta. Esta corriente reconoce muchas variantes y escuelas, entre las que se destaca por su investigación y amplitud de recursos la del Dr. Aaron T. Beck.

La Terapia Racional Emotiva de la Conducta (TREC), se basa en el presupuesto de que los seres humanos no nos hayamos trastornados por nuestros entornos infantiles o actuales sino que los seres humanos tenemos fuertes inclinaciones a trastornarnos consciente o inconscientemente, lo que hacemos en gran medida al establecer nuestras metas y valores, los cuales aprendemos normalmente de nuestras familias y cultura y las cambiamos por “deberías” y “tienes que” (Ellis, 1992b En: Corey, 1995). En realidad, estos “deberías” y “tienes que” juegan un papel central en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales. Según Ellis los sentimientos de ansiedad, depresión, rechazo, culpa, furia y alienación se inician y perpetúan por un sistema de pensamientos basados en ideas irracionales que se adoptan sin cuestionar durante la niñez. Podemos decir entonces, que estos pensamientos se apoyan y mantienen a través de afirmaciones negativas, absolutistas e ilógicas que las personas hacen de sí mismas una y otra vez.

Con el fin de superar este auto adoctrinamiento, que ha provocado el pensamiento irracional, los terapeutas de la terapia racional emotiva de la conducta emplean técnicas activas/directivas como enseñanza, la sugestión, la persuasión y la asignación de tareas y retan a los clientes a sustituir un sistema de creencias irracionales por uno más racional. Ellis considera que si los clientes esperan efectuar un cambio filosófico profundo, deberán modificar su punto de vista básico y actuar contra su sistema de creencias irracionales y de auto derrota.

Según Corey (1995), el enfoque racional emotivo de la conducta no considera que la relación entre el terapeuta y el cliente sea vitalmente importante para el proceso

terapéutico. En primer lugar se da importancia a la capacidad y voluntad del terapeuta para retar, confrontar, probar y convencer al cliente para que practique las actividades (dentro y fuera de la terapia) que le conducirán a los cambios constructivos en el pensamiento y la conducta. El enfoque valora la acción, hacer algo con respecto a los insights que se pueden generar en un grupo terapéutico, ya que si bien, es aplicable a procedimientos de orientación grupal.

La teoría racional emotiva de la conducta posee ciertas hipótesis y presupuestos básicos que pueden categorizarse bajo los siguientes postulados: (Ellis, 1993, En: Corey, 1995).

- El pensamiento, el sentimiento y la conducta interactúan continuamente entre sí e influyen unos en otros.
- Los trastornos emocionales están ocasionados o influidos por un complejo de factores biológicos y medioambientales
- Los seres humanos se ven afectados por las personas y las cosas que se hallan a su alrededor y ellos afectan intencionadamente a las personas que les rodean. Las personas deciden, o escogen, trastornarse, o no trastornarse es respuesta a las influencias del sistema en el que viven.
- Las personas se trastornan cognitiva, emocional y conductualmente. A menudo piensan de una forma que frustra sus propios intereses y los intereses de las personas de su grupo social.
- Cuando se producen acontecimientos desafortunados, las personas tienden a crear ideas irracionales sobre estos hechos que se caracterizan por el pensamiento absoluto y dogmático. Normalmente, estos pensamientos irracionales se centran

en la competencia y el éxito, en el amor y la aprobación, en el ser tratado con justicia y en la seguridad y confort.

- Los acontecimientos desafortunados por sí mismos no son la causa de los trastornos emocionales, por el contrario, los pensamientos irracionales son más bien los que conducen a los problemas de personalidad.
- La mayoría de los seres humanos tienen una prodigiosa tendencia a provocar y mantener los trastornos emocionales. Tal es así que les parece virtualmente imposible mantener una buena salud mental. Salvo que reconozcan este aspecto con claridad, tenderán a sabotear sus mejores esfuerzos por cambiar (Ellis, 1987b, En: Corey, 1995).
- Aunque las personas se auto condenen siguen siendo capaces de reconocer las formas en que sus pensamientos afectan negativamente sobre ellos. Con esta conciencia, disponen también de la capacidad para luchar contra los pensamientos irracionales y convertirlos en racionales. Cambiando estos pensamientos sobre determinados sucesos, las personas cambian también sus sentimientos inadecuados y sus conductas de auto derrota.
- Una vez descubiertos los pensamientos irracionales, éstos pueden ser neutralizados mediante el uso de una combinación de métodos cognitivos, emocionales y conductuales.
- Los clientes deben estar dispuestos a 1) reconocer que son los principales responsables de sus propios pensamientos, emociones y acciones trastornados, 2) percibir de qué forma piensan, sienten y se comportan cuando se trastornan

innecesariamente y 3) comprometerse a efectuar el duro trabajo que les conducirá al cambio.

Podemos mencionar en base a estos postulados que en la terapia racional emotiva de la conducta el eje central consiste en el hecho de que los seres humanos tenemos la capacidad de crear nuestras propias perturbaciones psicológicas producto de nuestras interpretaciones, pero a la vez, podemos ser conscientes del modo en que la adherencia a esos pensamientos ilógicos y negativos eliminan nuestros esfuerzos por vivir plenamente y de que nos hallamos en posición para modificar estos pensamientos.

a). La teoría A-B-C de Ellis

Ellis propone que la denominada teoría A-B-C de la personalidad y trastorno emocional es central, fundamental en la teoría y práctica de la terapia racional emotiva de la conducta TREC. No obstante, antes de abordar la explicación del modelo, es conveniente recordar que para el teórico mencionado las perturbaciones emocionales o psicológicas son producto de un patrón de pensamientos irracionales que se derivan del sistema de creencias del individuo. Las respuestas emocionales que conducen al enojo, infelicidad, depresión, temor y ansiedad resultan de los pensamientos acerca de un evento más que el evento mismo (Sue, D.; Sue, D.; y Sue, S., 1996). Precisamente, dicha premisa trata de explicarse en la teoría A-B-C de la personalidad y trastorno emocional.

En primera instancia veamos cada uno de los componentes del modelo A-B-C. En realidad, en éste se considera que A, representa el acontecimiento activador (por "Activating Event"), suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación o emoción, etc.). B, identifica en principio al sistema de creencias (por "Belief System"), pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc. La C, representa la consecuencia (por "Consequence") o reacción ante el acontecimiento. Las consecuencias pueden ser de tipo emotivo (*emociones*), cognitivo (*pensamientos*) o conductual (*acciones*).

En este punto, podemos entonces señalar que la teoría A-B-C mantiene que cuando las personas tienen una reacción en el punto C, tras algún suceso activador en el punto A, no es el hecho en sí el que causa el estado emocional, aunque pueda contribuir en él, sino que se trata del sistema de pensamientos (B), o los pensamientos que las personas tienen sobre el hecho, los que originan C (Corey, 1995). Por ejemplo, si usted se siente rechazado, dolido y fracasado (C) por el hecho de no haber sido ascendido en su trabajo (A), no es el hecho de no ser ascendido lo que origina su dolor, sino su pensamiento (B) sobre el hecho. Así vemos, que las personas son en gran medida responsables de crear sus propios trastornos emocionales mediante pensamientos que asocian con los acontecimientos de sus vidas.

De acuerdo con Obst (2000), el modelo A-B-C se grafica así: $A \rightarrow B \rightarrow C$; lo cual indica que actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, siendo todos los elementos relacionados e

interactuantes. En un análisis más profundo, se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que éste es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos.

Una visión más completa de estas relaciones reconoce una múltiple interacción e influencias entre las C, las B y las A, tomando las más actuales teorías sobre las emociones, la visión "constructivista" del conocimiento y otros temas (Obst, 2000). Así, por ejemplo, A ("acontecimiento") se considera como lo percibido por la persona, y, en cierta manera, "creado" o "construido" mediante su selección, inferencias, supuestos, sistemas de atribución, etc. siempre condicionado por sus metas "G" ("*goals*") y sus esquemas, elementos estos pertenecientes al sistema cognitivo (B). O sea: $B \rightarrow A$. También se acepta que la reacción emotiva (C) en parte modifica y determina los esquemas utilizados y consiguientes distorsiones cognitivas (B) para la construcción de A. O sea: $C \rightarrow B$. Por otro lado, las emociones y conductas modifican directamente las situaciones. O sea: $C \rightarrow A$. Además, existen estímulos (A) que en un primer instante generan una respuesta condicionada (C) que recién luego puede ser procesada por el sistema cognitivo. O sea: $A \rightarrow C$.

A nuestro juicio, la teoría ABC planteada de tal forma, nos lleva a deducir que las personas pueden cambiar sus cogniciones disfuncionales e influir directamente sobre sus emociones y conductas, pero también, pueden ser capaces de reconocer sus sentimientos y acciones ante ciertos eventos y modificar así sus pensamientos, y es precisamente este proceso de reconocimiento el elemento básico en la terapia racional emotiva de la conducta, ya que en estos momentos se encuentran en disposición para luchar contra los pensamientos y valores irracionales.

En este sentido, podríamos explicar el diagrama anterior haciendo referencia al proceso terapéutico de la teoría racional emotiva de la conducta, en el cual se ensaña el ABC al paciente; cuando éste comprende la estrecha vinculación de pensamientos, emociones y conductas, entonces puede aplicar los principios científicos de la terapia cognitiva que consiste en el esquema D-E; es decir, se encuentra preparado para poner en práctica el debate de las ideas o creencias irracionales, lo que representa el punto D, desafiar las filosofías de auto-derrota y para deponer las hipótesis irreales.

Según Corey (1995), uno de los métodos más efectivos para ayudar a las personas a reducir sus trastornos emocionales consiste en mostrarles el modo de luchar activa y fuertemente contra estos pensamientos irracionales hasta que se rindan ante uno. Este proceso de debate implica tres “Des”: 1) detectar los pensamientos irracionales y comprobar que son ilógicas e irreales, 2) debatir estos pensamientos irreales y comprobar por sí mismo que la evidencia los rechaza y 3) discriminar entre pensamiento irracional y pensamiento racional (Ellis y Bernard, 1998, En: Corey, 1995).

Luego de trabajar el D continúa el E, o el efecto de la lucha, la renuncia a las ideologías auto-destructivas, la adquisición de una filosofía de vida más racional y realista y una mayor aceptación de uno mismo, de los otros y de las inevitables frustraciones de la vida cotidiana. Esta nueva filosofía de vida tiene, evidentemente un lado positivo, En el ejemplo anterior, suponemos que el E se convertiría en una conclusión racional basada en la experiencia: “Bueno, no está bien que yo no haya sido ascendido, pero no es el fin del mundo. Habrá otras oportunidades. Además, no lograr el ascenso no significa que yo sea un fracasado. Se puede concluir entonces, que de acuerdo a los procedimientos D-E de la teoría ABCDE, las personas experimentan sentimientos

negativos de rechazo, depresión y ansiedad; sin embargo, éstos deben ser reconocidos y finalmente eliminados después de realizado el debate y renunciar a las distorsiones cognitivas.

Por otra parte, la terapia racional emotiva de la conducta TREC distingue entre las consecuencias o reacciones apropiadas (funcionales o no perturbadas) y las consecuencias inapropiadas (disfuncionales, perturbadas o auto-saboteadoras). Las emociones (o conductas) disfuncionales se caracterizan por:

- a) Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- b) Llevar a (o implicar) comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos).
- c) Dificultar (o impedir) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.

Las consecuencias inapropiadas están asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas que son un concepto fundamental de esta teoría.

Referente a las cogniciones o creencias B, Ellis planteó que el pensamiento irracional opera a partir de “habrías”, “tendrías” y “deberías” dogmáticos y absolutistas. Algunos ejemplos de estas cogniciones permiten mayor comprensión, entre ellos mencionamos los siguientes:

- Evaluaciones preferenciales: "Me gusta dormir la siesta". "Deseo aprobar el examen".

- Evaluaciones demandantes o "deboperturbadoras": "Necesito absolutamente ser valorado por mi tío". "Debo absolutamente rendir un examen perfecto".

Ellis denomina a las evaluaciones en general, como "creencias", a las evaluaciones preferenciales las llama creencias racionales y las demandantes las califica de "irracionales". Las evaluaciones demandantes (creencias irracionales) se caracterizan por su rigidez y total intolerancia a la frustración. Estas demandas pueden estar dirigidas hacia uno mismo, hacia los otros o hacia el mundo en general. (Por ejemplo: "Yo debo ser exitoso", "tú debes amarme" o "la vida debe ser fácil"). Las actitudes demandantes representadas por las citadas expresiones conducen a las emociones (o conductas) disfuncionales o "auto-saboteadoras", que caracterizan a los trastornos que los pacientes intentan eliminar.

Finalmente, simplificando su enfoque, Ellis observa que todas las demandas absolutistas pueden agruparse en tres clases: Demandas sobre uno mismo ("yo debo..." o "yo necesito..."). Demandas sobre los otros ("él debe..." o "tú debes..."). Demandas sobre el mundo ("el mundo debe..." o "la vida debe...").

La alternativa filosófica planteada en la terapia racional emotiva de la conducta consiste en rechazar las evaluaciones demandante, las creencias irracionales y reemplazarlas por evaluaciones preferenciales o creencias racionales de metas y deseos motivadores para vivir plenamente y mantener una buena salud mental.

b) Auto-valoración y Auto-aceptación

La teoría racional emotiva de la conducta postula además, que las personas tienden a valorar sus acciones o conductas como buenas o malas, valoración que se origina a partir de: nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales y de las opiniones (reales o supuestas) de otras personas sobre nosotros. Este proceso puede conducir tanto a una sobrevaloración insostenible como a una desvalorización peligrosa ante fracasos o rechazos, constituyéndose dichas autovaloraciones en una de las principales fuentes de los trastornos emocionales.

En este aspecto, la terapia racional emotiva de la conducta plantea que el terapeuta debe enseñar al paciente a diferenciar la evaluación de sus conductas de la evaluación de sí mismos y aceptarse a sí mismos a pesar de sus imperfecciones.

La auto-aceptación consiste en lo que podría llamarse amor incondicional a nosotros mismos, querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores, podemos calificar las conductas, pero no a las personas. De acuerdo con Ellis, si las personas son capaces de evaluar con honestidad y objetividad sus ejecuciones, sin valorarse a sí mismas en su totalidad, experimentarán trastornos mínimos y lograrán disfrutar más de la vida (Ellis, (1980), En: Corey, 1995).

2.1.2. Terapia Cognitiva de Beck

Como señalamos en páginas previas, las Terapias Cognitivo Conductuales, además de considerar como base teórica la terapia racional emotiva de la conducta de Ellis, también se fundamenta en los principios de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck. Aaron T. Beck inició el desarrollo de la Terapia Cognitiva a principio de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva propuesto por Albert Ellis en 1956.

Los principios bajo los que funciona la terapia cognitiva de Beck son similares a los de la terapia racional emotiva. A diferencia de Ellis, Beck sostenía que los trastornos emocionales son causados principalmente por patrones de pensamiento negativos, a los cuales denominó “tríada cognoscitiva” (Sue, D.; Sue, D. y Sue, S.; 1996).

El modelo de la tríada cognitiva según Beck consiste en tres patrones de pensamiento que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2002). En este modelo existe un prejuicio negativo al considerarse como a sí mismo como una persona inútil, desgraciada, inferior a los demás; con frecuencia atribuye sus experiencias desagradables a defectos personales de tipo físico, psíquico o moral. Por otro lado, el paciente tiende a darle un significado negativo a sus experiencias; por ejemplo puede pensar que el mundo le hace demandas exageradas y le presenta grandes obstáculos. Finalmente, la tríada cognitiva se completa cuando el paciente piensa que su futuro es pésimo, se crea expectativas negativas de fracaso y decepción.

De acuerdo con el modelo de la tríada cognitiva, podríamos explicar el síndrome de Burnout en el sentido de que el paciente se percibe como incapaz, no puede dar más de sí mismo; en cuanto a sus experiencias interpersonales y laborales siente que las demandas exceden a sus capacidades y tiende a culpar a los otros de sus frustraciones y fracasos. Por último, el profesional agotado pierde las esperanzas, la motivación y todas las expectativas que tenía se convierten en pensamientos pesimistas.

Otro punto importante de la teoría cognitiva de Beck relacionado a los trastornos emocionales, es la noción de que cada desorden emocional está caracterizado por un disturbio en la cognición, único y particular. En otras palabras, las cogniciones asociadas con desórdenes depresivos deben ser diferentes de aquellas asociadas con por ejemplo, desórdenes de ansiedad. Esto es conocido como la hipótesis cognitiva especificada (Stark, Napolitano, Swearer y Otros, 1996). Beck hipotetizó que las cogniciones asociadas con desórdenes depresivos, se centran alrededor de un tema de pérdida, mientras que los asociados con desórdenes de ansiedad, son caracterizados por la amenaza. Desde esta perspectiva, podemos considerar que las cogniciones relacionadas al síndrome de Burnout se asocian a la amenaza del cansancio emocional y a los sentimientos de vacío e inadecuación profesional y personal.

La teoría cognitiva de Beck, plantea que el contenido cognitivo esta organizado en una jerarquía en tres niveles, lo que también se conoce como el modelo de los esquemas. Un esquema según Beck (Leahy, 1996), corresponde a ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones; es decir, es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con contenido verbal o gráfico).

De acuerdo con Leahy (1996), los esquemas son similares a conceptos que dirigen el proceso de información y que dan como resultado, la atención selectiva hacia, o el recuerdo de, información relevante para el esquema. En consecuencia, si el individuo cree que es inferior, él se enfocará en la información relacionada a sus fallas y desmeritará la información relacionada a sus logros, ya que sólo la primera (sus fallas) va de acuerdo a su esquema de inferioridad. De esta manera, podemos indicar que los esquemas dirigen el procesamiento de la información y los recuerdos de las experiencias.

En la organización estructural cognitiva, Beck establece en el primer nivel, los pensamientos voluntarios que son aquellas cogniciones a las cuales tenemos la mayor capacidad de controlar y evocar a voluntad. Son los más accesibles y están sujetos a cambio constante. El segundo nivel de cogniciones incluye a los pensamientos automáticos; éstos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o visual (imágenes). Los pensamientos automáticos surgen del tercer nivel de cogniciones: suposiciones subyacentes a uno mismo y el mundo que lo rodea. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo, no tienen clara conciencia de ellas. Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones.

Otro elemento básico en la teoría cognitiva de Beck se refiere al hecho de que los pacientes tienden a cometer errores en su forma de pensar que los conducen al funcionamiento patológico. Con frecuencia se observa un desvío negativo en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico. Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento más frecuentes que hemos encontrado en la literatura son las siguientes:

1. **Pensamiento dicotómico:** consiste en un patrón de pensamiento polarizado de todo o nada, donde se califica a sí mismo y a las experiencias en términos de bueno o malo.
2. **Inferencia arbitraria:** se refiere a realizar conclusiones sin bases suficientes con respecto a una situación. En la práctica clínica, se observa como ejemplo de estas distorsiones el razonamiento emotivo, la rotulación o etiquetamiento negativo y la catastrofización.
3. **Generalización o sobre-generalización:** es el proceso de mantener creencias exageradas sobre un evento o situación particular y aplicarlas a otras distintas e inapropiadas.
4. **Magnificación / minimización.** (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo)
5. **Abstracción selectiva:** se refiere a conclusiones formuladas a partir de detalles y acontecimientos muy aislados sin considerar el contexto o panorama completo.

6. Personalización: es el proceso por el cual las personas relacionan eventos externos consigo mismos cuando no hay un fundamento objetivo evidente para tal conexión.

La teoría cognitiva del pánico postula que los individuos que experimentan ataques de pánico, lo hacen porque tienen una tendencia a interpretar ciertas sensaciones corporales como catastróficas (Hayward y Otros. 2000). En el mismo sentido podemos deducir que en el síndrome de Burnout, los profesionales que padecen de agotamiento emocional están inclinados a verse a sí mismos fundidos física y mentalmente, generalizando el sentimiento de vacío a todas las actividades laborales y personales.

2.2. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A GRUPOS

En los acápites precedentes (2.1.1. y 2.1.2.), hemos presentado la base teórica sobre la cual se fundamenta la terapia cognitivo conductual; sin embargo, con el propósito de conocer la aplicación del proceso terapéutico al contexto de grupo, haremos énfasis en el modelo de la terapia racional emotiva de la conducta (TREC) de Ellis, ya que, según Corey (1995), dicha perspectiva puede ser aplicada por cualquier terapeuta que se encuentre elaborando la base teórica de un programa de terapia grupal, incluso si posee una orientación diferente a la cognitiva conductual (TREC).

De acuerdo con Ellis, las metas de un grupo de terapia racional emotiva de la conducta consisten en enseñar a los clientes a modificar sus emociones y conductas

disfuncionales por otras más apropiadas y a manejar cualquier acontecimiento desafortunado que pueda producirse en sus vidas.

Se pretende entre otros objetivos proveer a los miembros del grupo con instrumentos para reducir o eliminar las emociones inadecuadas (como la depresión y la ansiedad) para que puedan vivir de una manera más satisfactoria. Para lograr este objetivo básico, ofrece a los clientes formas prácticas de identificar sus pensamientos subyacentes erróneos y a modificarlos por pensamientos más constructivos.

Básicamente, los integrantes del grupo aprenden que son responsables de sus propias reacciones emocionales, que pueden reducir sus trastornos emocionales prestando atención a sus autoverbalizaciones y modificando sus pensamientos y valores y que si adquieren una nueva filosofía más realista, pueden manejar con efectividad la mayoría de los acontecimientos desafortunados.

Corey afirma que su experiencia en la dirección de grupos de terapia cognitiva le ha llevado a confirmar la idea de Ellis de que un grupo es particularmente efectivo para ayudar a sus participantes a obtener una personalidad constructiva y cambios del comportamiento. A continuación exponemos algunas de las ventajas que según Ellis apoyan el trabajo con grupos:

1. Los miembros del grupo deben recordarse unos a otros el deseo de aceptar la realidad y trabajar conjuntamente para lograr cambios positivos. Se trabaja en bien de los compañeros y del grupo entero, pero cada uno debe contribuir.
2. Los miembros del grupo desempeñan un papel poderoso desafiando el pensamiento negativo del individuo al presentarse el ataque contra el

pensamiento de autocondena. El cliente puede tener mejor respuesta y aceptación a las alternativas propuestas por sus compañeros de grupo que a las del terapeuta.

3. Uno de los puntos que hace la diferencia entre la terapia individual y la grupal consiste en la asignación de tareas orientadas a la acción, la cual es un componente vital en la terapia cognitiva, pues se efectúa con mayor eficacia en un contexto grupal. Esto obedece al hecho de que el grupo ejerce cierto control y presión, además de que la mejora en un compañero promueve la acción del resto del grupo.
4. Por la naturaleza y particularidad de los grupos se propicia un medio efectivo para poner en práctica procedimientos activos/directivos como el rol play, entrenamiento en asertividad, ensayo de conducta, modelado y ejercicios de adopción de riesgos.
5. El contexto del grupo sirve como laboratorio donde la conducta puede ser observada directamente en acción.
6. Los participantes pueden manejar mejor los problemas al escuchar los comentarios de otras personas y aprendiendo la forma en que éstos han manejado sus situaciones particulares. Esto lo hacen practicando en el grupo, las conductas que desearían eliminar o aumentar en sus vidas.
7. Los participantes se dan cuenta que no son los únicos que tienen problemas y que no necesitan condenarse a sí mismos por tener problemas.
8. Mediante la realimentación de los miembros del grupo, los participantes comienzan a ver como son percibidos por los demás y advierten las conductas

que deberían ser modificadas. Adquieren también habilidades sociales durante las sesiones y durante la socialización que se produce después de las sesiones.

9. Debido a que la mayoría de los pensamientos negativos surgen de manera inconsciente, los miembros y el terapeuta pueden llamar la atención de la persona a este respecto para corregir el pensamiento negativo.
10. Observando a otros miembros, los participantes son capaces de percibir que el tratamiento es efectivo, que las personas pueden cambiar, que pueden hacer cosas para ayudarse a sí mismos y que el éxito de la terapia es el producto de un trabajo duro y persistente.
11. Los miembros del grupo ofrecen una amplia gama de alternativas para la solución de problemas
12. La revelación de problemas íntimos, algunos de los cuales pueden ser considerados como vergonzosos por el individuo, es terapéutica en sí misma. La auto-apertura capacita a los participantes a percibir que merece la pena arriesgarse: sus “revelaciones” no tiene las horribles consecuencias que ellos tanto temen, y aunque alguien les critique, esto no produce ninguna catástrofe.
13. Como la terapia cognitiva es muy educativa y didáctica, normalmente incluye información y comentarios sobre estrategias de resolución de problemas.
14. La terapia se logra mejor en un contexto grupal económica y prácticamente, ya que el grupo anima también a los participantes a implicarse activamente en su tratamiento.

15. La duración normal de una sesión grupal (dos horas) proporciona suficiente tiempo para desafiar los pensamientos de autocondena tan rígidamente sostenidos.
16. Los procedimientos grupales son especialmente útiles para las personas que se hallan determinadas por viejos patrones de conducta disfuncional, porque el contexto grupal proporciona el desafío necesario para reevaluar estos patrones y adoptar unos más sanos.

Es importante mencionar que para ayudar al paciente a adquirir e interiorizar patrones de pensamiento más racionales, el terapeuta del grupo desempeña funciones y tareas específicas.

Entre ellas, el terapeuta debe mostrar a los miembros del grupo la forma en que éstos han creado sus propios problemas; es decir enseñando el enfoque ABC. Esto se logra clarificando la conexión existente entre los trastornos emotivo/conductuales y sus valores, pensamientos y actitudes. Posteriormente, para ayudar a los miembros a progresar más allá del mero reconocimiento de los pensamientos irracionales incorporados, y que les mantienen emocionalmente afectados porque siguen pensando de forma ilógica, el terapeuta se esfuerza por modificar estos pensamientos enseñándoles a desafiar sus presupuestos y el modo de finalizar con el círculo vicioso del proceso de autovaloración y auto-condena. Por último, en el proceso terapéutico se le enseña al paciente la forma de evitar ser víctimas de futuros pensamientos irracionales. En conclusión, el terapeuta desafía el núcleo del pensamiento irracional de los clientes y les enseña a aplicar el pensamiento lógico para manejar los futuros problemas.

La terapia cognitiva emplea técnicas que se desarrollan de forma activa, de manera que el terapeuta asume un rol de profesor en lugar de compañero estrechamente vinculado. Por el contrario, deben mostrar respeto hacia sus clientes, una actitud de colaboración, motivadora y de aceptación incondicional del paciente, independientemente de las tendencias irracionales que éste muestre en las sesiones o fuera de ellas.

Los terapeutas del grupo desempeñan un rol activo en la enseñanza del modelo teórico; en la dirección de las sesiones para evitar las interrupciones y dominio de los pacientes, y haciendo que los miembros se comprometan a poner en práctica en el entorno diario lo aprendido en las sesiones grupales.

Un elemento de importancia en el contexto grupal de las terapias, es que se proporciona a los miembros los instrumentos que pueden utilizar para aprender a confiar en sí mismos y a aceptarse incondicionalmente según vayan enfrentándose a nuevos problemas en sus vidas

2.3. TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Las terapias cognitivo conductuales permiten la combinación de una amplia variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales para modificar los patrones de pensamiento, sentimiento y acción de los miembros. Un rasgo sobresaliente de la terapia cognitiva conductual es precisamente, la importancia que la confiere tanto a las conductas como a las cogniciones en la génesis de los trastornos así como en el proceso terapéutico.

La terapia cognitiva conductual persigue entre sus metas, la identificación, sustitución y modificación de los patrones de pensamiento disfuncionales por otros más racionales que le permitan al individuo llevar una vida satisfactoria. Sabemos que el producto de estos cambios cognitivos promueve cambios en la conducta; no obstante, la terapia cognitivo conductual se propone además, desarrollar habilidades que faciliten el afrontamiento de los eventos cotidianos y futuros problemas mediante la aplicación de técnicas apropiadas.

A continuación, presentamos algunas de las técnicas cognitivas, conductuales y emocionales que pueden ser empleadas en la terapia cognitivo conductual.

2.3.1. Reestructuración Cognitiva

Los teóricos cognitivos enfatizan ^{la} en importancia de la reestructuración cognitiva en los procesos terapéuticos, ya que teorías parten del supuesto de que los procesos cognitivos influyen en las emociones, sentimientos y acciones de un individuo. La suposición es que el sistema cognoscitivo puede ser cambiado de manera directa y que este cambio dará por resultado una serie alterada y más apropiada de conductas racionales (Sue, D.; Sue, D. y Sue, S., 1996).

La reestructuración cognitiva es el proceso de identificación y evaluación de las propias cogniciones, entendiendo el impacto negativo de ciertos pensamientos sobre la conducta y aprendiendo a sustituir estas cogniciones por pensamientos más realistas y apropiados. La terapia racional emotiva de la conducta y la terapia cognitiva de Beck

emplean la reestructuración cognitiva como procedimiento nuclear para la modificación de las interpretaciones y de los procesos de pensamiento de un individuo que producen un efecto poderoso sobre sus sentimientos y acciones. Así, pueden utilizarse diversas estrategias en la aplicación de la reestructuración cognitiva; por ejemplo, según el modelo de Ellis:

a) Enseñar el A-B-C a los miembros del grupo, los miembros aprenden que independientemente del modo y el lugar en que hayan aprendido sus “deberías” y “debes”, ahora disponen del poder para empezar a deshacerse de estos pensamientos disfuncionales. Se les enseña formas para aplicar la teoría A-B-C a los problemas prácticos que encuentran en la vida.

b) Discusión de los pensamientos irracionales. Se enseña a los clientes a comprobar y modificar sus valores y actitudes hacia sí mismos y hacia los otros. En su rol didáctico, el terapeuta se esfuerza por combatir las ideas irracionales, inconsistentes desde el punto de vista lógico, absolutistas y catastróficas de los clientes; demuestra la forma en que tales ideas provocan trastornos y después persuaden a los clientes para que modifiquen estas conductas disfuncionales. Los miembros aprenden modos de cuestionar y desafiar sus exigencias irreales e ilógicas, lo que les permite modificar estas demandas por otras preferibles.

c) Enseñanza de auto-afirmaciones de manejo: Los miembros del grupo aprenden formas para contrarrestar los pensamientos irracionales mediante afirmaciones de manejo sensatas y de autoaceptación.

Desde el enfoque de Beck la reestructuración intenta primero entender lo que piensa el paciente, luego se identifican el razonamiento y las ideas irracionales, y el cliente es auxiliado para que reconozca estos patrones de pensamiento debilitantes. Esto se hace poniendo en duda las ideas de la persona y proporcionando otro marco de referencia (reestructuración de la cognición) desde el cual ver la situación. El último paso consiste en dar realimentación para observar si los cambios reflejan de manera más precisa la situación.

2.3.2. Tareas cognitivas:

Una de las técnicas cognitivas empleada por las terapias cognitivo conductuales, es la asignación de tareas para realizar en casa entre sesiones que consiste en pedirle a los participantes del grupo el registro de los eventos estresantes, el pensamiento automático ante dichos eventos, lo que experimentó emocionalmente en el momento y la reacción. De acuerdo a la fase del proceso terapéutico, se solicita al participante que realice el debate de los pensamientos automáticos. En las sesiones posteriores los miembros deben presentar las situaciones en que tuvieron éxito y aquellas en donde se encontraron dificultades.

2.3.3. Resolución de problemas:

La terapia de resolución de problemas es una estrategia cognitivo conductual que entrena a las personas en la adquisición de habilidades de manera que les permita manejar los problemas de la vida cotidiana. El principal objetivo es identificar la solución más efectiva para un problema y proporcionar un entrenamiento sistemático de las habilidades cognitivas y conductuales que ayudarán al cliente a aplicarla y también a manejar con efectividad los problemas futuros

Es importante considerar, que entre las habilidades cognitivas, la técnica de reestructuración cognitiva juega un papel de gran valor, ya que ayuda a reducir o eliminar los pensamientos negativos que llevan al profesional a creerse incapaz de manejar una situación, como por ejemplo: “no puedo hacer nada”, “esto no tiene solución”, “no soporto esta situación”, “no sé qué hacer”, “por donde empezar, si posiblemente, para esto no hay remedio”. Las respuestas a estas inquietudes generalmente, se obtienen mediante la técnica de resolución de problemas.

Existen cuatro fases en el proceso de resolución de problemas, como lo describen Spiegler y Guevremont, 1993 (En: Corey, 1995) son:

1. La primera fase se refiere a la definición del problema y a la formulación de metas específicas. En este momento, se ayuda a los participantes a entender por qué tienden a ocurrir algunas situaciones problemáticas y se les transmite la expectativa de que pueden aprender formas para manejarlas. Para ello deben

analizar los antecedentes y secuencia del problema así como establecer las expectativas del mismo.

2. En la siguiente fase, se enseña a los participantes a sugerir soluciones alternativas al problema mediante la lluvia de ideas. Se les recomienda evitar la evaluación de cualquiera de las posibles soluciones hasta que se hayan presentado todas las sugerencias.
3. A la tercera fase corresponde la toma de decisiones. Una vez que los participantes hayan identificado la mayoría de las respuestas disponibles, están preparados para decidir la mejor estrategia de logro. Al efectuar la elección de las alternativas, examinan las posibles consecuencias de cada curso de acción.
4. En la última fase, los participantes aplican la solución seleccionada. Se les anima a actuar en base a esta decisión y después a verificar el grado de efectividad de su curso de acción. La fase de verificación consiste en hacer que los clientes observen y evalúen las consecuencias de sus acciones en el mundo real.

La técnica de resolución de problemas puede ser empleada por los participantes en todas las situaciones, tanto personales, como profesionales, ya que en la mayoría de las experiencias, como se ha expuesto, los pensamientos irracionales surgen automáticamente, y de acuerdo al esquema adquirido por las personas en la infancia, éstas pueden interpretar distintos acontecimientos bajo el mismo esquema negativo siendo difícil encontrar una forma distinta de visualizar la realidad del entorno y del mundo en general.

2.3.4. Entrenamiento en habilidades sociales:

El entrenamiento en habilidades sociales es otra de las técnicas de la terapia cognitivo conductual, ya que implica la utilización de ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento/realimentación, que suelen ir acompañados de procedimientos cognitivos como autoinstrucciones, modificación directa de pensamientos, solución de problemas y otros. Es una categoría muy amplia referida a la capacidad propia para interactuar con otras personas de forma efectiva en diversa situaciones sociales. Resulta interesante observar, que a pesar de que existen muchos profesionales, sobre todo en el área de la docencia; el hecho de ser profesional no garantiza el dominio adecuado de conducta en todos los acontecimientos. Un profesor puede tener habilidades para presentar su clase a los alumnos; sin embargo manifiesta problemas al hacerlo ante un gran auditorio de colegas y directivos.

Los profesionales agotados por el trabajo (burnout), generalmente se aíslan como mecanismo de defensa perdiendo muchas de las habilidades requeridas en el proceso de interacción social, convirtiéndose en individuos incapaces para tratar eficazmente con las demás personas de su entorno social. Es conveniente entonces, que el profesional agotado reciba los beneficios del entrenamiento en habilidades sociales.

Según Caballo (En: Simón, 1993), la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente

resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Ellis propone que en el entrenamiento en habilidades sociales es indispensable trabajar con los participantes en dicho entrenamiento el desafío de los pensamientos disfuncionales; así al adquirir las destrezas de las que carecían anteriormente, los participantes se sentirán más seguros de sí mismos y experimentarán cambios significativos en su forma de pensar, sentir y comportarse (Corey, 1995).

De acuerdo con Rose (En: Corey, 1995), en la estructuración del entrenamiento en habilidades sociales se puede emplear el siguiente proceso:

- Antes de iniciar el proceso, el terapeuta comenta con los miembros los propósitos generales del grupo y principales procedimientos que serán utilizados. Se dan ejemplos y se anima a las preguntas.
- El terapeuta ofrece cierto entrenamiento mediante el rol play acerca del procedimiento.
- Luego se plantean situaciones al grupo y se pide a los miembros experimentados muestren cómo efectuar el rol play. Cuando los miembros aprenden destrezas de rol play, se les enseña a elaborar situaciones que les dirijan hacia el entrenamiento en habilidades sociales.
- Seguidamente, se asignan tareas para casa que impliquen registrar situaciones que consideren difíciles. Al presentar la situación en la sesión, la persona formula sus metas o se le ayuda a elaborarlas.

- Posteriormente, los miembros proponen los aspectos específicos que el participante podría hacer o decir para lograr las metas.
- Una vez presentadas todas las sugerencias, el grupo ayuda a evaluar las mismas en referencia a los riesgos implicados en el curso de acción dado, la compatibilidad con su personalidad y la probabilidad de los resultados efectivos.
- El participante es el responsable de decidir en última instancia la estrategia general.
- El terapeuta o algún miembro del grupo modela las conductas deseables verbales y no verbales mediante una breve demostración.
- Los participantes practican después sus roles en la situación usando las conductas acordadas.
- Finalmente, los participantes reciben realimentación del grupo con respecto a sus puntos fuertes y sus debilidades. El participante debe observarse en nuevas situaciones reales.

Este proceso es útil para entrenar a los profesionales agotados por el trabajo (con burnout) en circunstancias que exigen por ejemplo, habilidades para comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado del otro, ayudar a los demás, emplear el autocontrol, evitar los problemas con las personas, prepararse para una conversación difícil con clientes, jefes, padres de familia, entre otras; pues se ha observado que los maestros, profesores y otros funcionarios encargados de brindar atención a enfermos, discapacitados o clientes de distintos caracteres, se muestran poco tolerantes ante las demandas requeridas por éstos.

2.3.5. Entrenamiento en Asertividad:

Las personas agotadas profesionalmente o con burnout, por la calidad del trabajo que realizan, generalmente reaccionan con conductas deshumanas, etiquetando sin reparo a los que demandan la atención, respondiendo muchas veces violenta o agresivamente, tanto de forma verbal como corporalmente o simplemente, agotándose mucho más porque no se atreven a decir “no” a ciertas exigencias. Sin embargo, las personas tenemos tres formas de responder a los conflictos generados por el estrés propio del trabajo con otros: La lucha o agresión física o verbal, la huida o actitud pasiva y la capacidad verbal para resolver problemas de manera eficaz. A esta última se le llama asertividad.

De acuerdo a Alberti y Emmons (En: Corey, 1995), “la conducta asertiva promueve la igualdad en las relaciones humanas, capacitándonos para actuar en razón de nuestros mejores intereses, para defendernos a nosotros mismos sin necesidad de ansiedad indebida, para expresar cómodamente sentimientos honestos, (y) para ejercitar los derechos personales sin negar los derechos ajenos”.

Corey afirma que el entrenamiento en asertividad puede ser útil para las personas que no pueden pedir a otros lo que desean, que son incapaces de negarse a las demandas inadecuadas, que presentan dificultades para expresar sentimientos de amor, gratitud y aprobación así como sentimientos de irritación, enfado y desacuerdo, y que sienten que carecen del derecho a tener sus propios sentimientos y pensamientos. Los objetivos específicos del entrenamiento en asertividad incluyen:

- a) reconocer y modificar las ideas irracionales referentes al propio derecho de ser asertivo.
- b) Desarrollar una actitud que valore el derecho propio a expresarse y a respetar los derechos ajenos.
- c) Aprender a identificar y discriminar entre conductas asertivas y no asertivas.
- d) Aumentar la autoestima a tal punto de llegar a ser capaz de tomar la iniciativa.
- e) Ser capaz de aplicar las nuevas habilidades asertivas en situaciones interpersonales específicas.

2.3.6. Rol Play:

En el rol play se combinan los componentes emocionales y conductuales con el propósito de ayudar a los participantes a experimentar y manejar los sentimientos de miedo, ansiedad ante una situación particular. El rol play libera emocionalmente a los miembros y les permite actuar de multitud de formas nuevas. Puede provocar el cambio del pensamiento, sentimiento y conducta del participante.

En los grupos de terapia cognitivo conductual, el rol play conlleva también la evaluación cognitiva de los sentimientos y pensamientos experimentados. Se considera que el rol play es más efectivo si se incorpora la reestructuración cognitiva de las actitudes reveladas por la experiencia.

2.3.7. Ejercicios para combatir la vergüenza:

Una de las técnicas emotivas de acuerdo a la terapia racional emotiva conductual consiste en los ejercicios para la auto-apertura, para la adopción de riesgos y para combatir la vergüenza. En éstos se anima a los miembros del grupo a que participen en actividades arriesgadas como forma de desafiar sus temores neuróticos o hacer el ridículo. Básicamente, el objetivo de los ejercicios para combatir la vergüenza es enseñar a los participantes a aceptarse a sí mismos en vez de aceptarse en consonancia con las reacciones ajenas; tratan de aumentar la auto-aceptación y de madurar la responsabilidad además de efectuar con comodidad una actividad extravagante.

2.3.8. Uso del humor:

De acuerdo con Ellis, las personas se comportan de forma excesivamente seria; y yo diría en el caso de los profesionales que padecen de burnout, el estado de ánimo adquiere un carácter difícil que se caracteriza por frustración, disgusto, rechazo, irritabilidad o mal humor. Por tal motivo, es imprescindible una buena dosis de humor; ya que éste conlleva beneficios cognitivos y emocionales para efectividad del cambio; es decir se considera como una de las principales técnicas para combatir el pensamiento exagerado que provoca los problemas de las personas.

El humor enseña a los participantes a reírse no de sí mismos sino de sus pensamientos de auto-condena. Reduce ciertas ideas que los miembros del grupo guardan hasta cierto grado absurdo, mostrándoles la naturaleza contradictoria y ridícula de estas perspectivas.

CAPÍTULO SEGUNDO
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del Problema:

De acuerdo a nuestra experiencia en Organizaciones No Gubernamentales con empleados que laboran como instructores de jóvenes discapacitados, hemos podido observar que un gran porcentaje de éstos (instructores y maestros), manifiestan síntomas de estrés crónico, sentimiento de agotamiento físico, mental y emocional propios del burnout, lo cual afecta su vida laboral, personal y consecuentemente, va en detrimento de la organización y de la población que recibe los servicios brindados. Además, la ausencia de estudios referentes al tema, especialmente, en áreas donde es inevitable la relación con discapacitados, nos ha despertado el interés por investigar la presencia y la dinámica que ocupa un lugar fundamental sobre el desarrollo del Síndrome del Burnout en los maestros de educación especial del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE).

El síndrome de Burnout se ha convertido actualmente, en una amenaza para el recurso humano de las instituciones, tanto de salud como de educación que debe ser identificada y manejada de forma urgente y adecuada.

Esto se explica por el proceso de que todo profesional docente que labora con discapacitados físicos y/o mentales, está expuesto, por sus cualidades de empatía y altruismo a percibir y a identificarse con los sentimientos de baja autoestima, depresión, sentimientos de desesperanza por aprender con la misma facilidad que el resto de los niños normales, (a contar, escribir, leer, jugar, trabajar o comunicarse con los demás) y sentimientos de angustia severa que presentan, tanto el alumno como sus padres. Por consiguiente, tal identificación, unida a la cantidad y calidad del contacto con ellos y aún más, el contacto con sus sentimientos de dolor, es lo que conduce al agotamiento, ya que

la atención profesional es emocionalmente exigente, de forma que cuanto más tiempo se dedica, mayor es el riesgo de desgaste emocional que se corre.

En este sentido, es importante recordar que el Burnout se manifiesta por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en individuos como maestros, enfermeras, médicos, trabajadores sociales y otros profesionales que brindan los servicios a otras personas. Puede surgir como consecuencia del estrés laboral y de condicionantes del entorno laboral o personal; por ejemplo, en profesionales que están en contacto con discapacitados, tiene cierta importancia la naturaleza de la discapacidad que presenta el individuo, pues algunas discapacidades son altamente estresantes para el maestro, tanto por los síntomas o características de la discapacidad que implican dificultad al momento de enseñanza aprendizaje, como por la gravedad de su pronóstico.

Por otra parte, el Síndrome del Burnout producto del estrés laboral en maestros, como mencionamos arriba, también posee repercusiones para los alumnos discapacitados. Frecuentemente, éstos tienden a sufrir de trastornos depresivos, baja autoestima, trastornos de aprendizaje que sabemos, afectan todas las áreas de la vida del niño y por ende, su salud como tal.

Además, de acuerdo al informe sobre salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud, el cual señala que los recursos humanos de un sistema de salud y podríamos agregar al educativo, son vitales para el buen funcionamiento del sistema y para conseguir que éstos ofrezcan una buena calidad de servicio. El informe también recomienda cuidar los recursos humanos

de las organizaciones, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema.

En vista de todo lo señalado, consideramos imprescindible investigar la presencia del síndrome de Burnout en los maestros de educación especial de la Escuela Básica General del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial con el objetivo de proponer y estudiar la efectividad de un programa de tratamiento cognitivo conductual que reduzca los niveles de malestar en la relación con los demás, en el desempeño y satisfacción del trabajo. En consecuencia, hemos planteado el siguiente problema:

¿Las maestras que padecen del Síndrome del Burnout manifestarán mejoría de los síntomas al recibir el programa de terapia de grupo Cognitivo Conductual?

2. Objetivos:

2.1. Objetivos Generales:

- Evaluar la efectividad del Programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual en las maestras que presentan síntomas del Síndrome de Burnout.

2.2. Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de ansiedad, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal en las maestras que presentan el Síndrome de Burnout.
- Desarrollar e implementar un programa de terapia de grupo con enfoque Cognitivo Conductual para maestras que presentan síntomas del Síndrome de Burnout
- Realizar un análisis estadístico de los resultados en la pre - prueba y post- prueba para establecer consideraciones y recomendaciones finales en torno al procedimiento general de la investigación.

3. Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuál es la efectividad de la terapia de Grupo Cognitivo Conductual para la dimensión de Agotamiento Emocional?
2. ¿Cuál es la efectividad de la terapia de Grupo Cognitivo Conductual para la dimensión de Despersonalización?
3. ¿Cuál es la efectividad de la terapia de grupo Cognitivo Conductual para la Falta de Realización Personal?
4. De las tres dimensiones del Síndrome de Burnout ¿cuál es la más predominante en las maestras que la presentan?

4. Hipótesis:

4.1. Hipótesis Conceptual:

- Las maestras que padecen el síndrome de Burnout reducirán los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, luego de haber recibido la terapia de grupo cognitivo conductual.
- Las maestras que padecen el síndrome de Burnout reducirán los síntomas de ansiedad rasgo y ansiedad estado, luego de haber recibido la terapia de grupo cognitivo conductual.
- Las maestras que padecen del síndrome de Burnout reducirán los síntomas de ansiedad subjetiva, luego de haber recibido la terapia de grupo cognitivo conductual.

4.2. Hipótesis Operacional:

- Los resultados obtenidos en las Escalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal del Cuestionario Breve de Burnout, serán significativamente menores al finalizar el tratamiento de terapia de grupo Cognitivo Conductual que al inicio del mismo.
- Los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo serán significativamente menores al finalizar el tratamiento de terapia de grupo Cognitivo Conductual que al inicio del mismo.

- Los resultados obtenidos en la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS), serán significativamente menores al finalizar el tratamiento de terapia de grupo Cognitivo Conductual que al inicio del mismo.

4.3. Hipótesis de trabajo:

- Los síntomas Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal propios del Burnout observados después de la Terapia Cognitivo Conductual serán menores que al inicio del mismo.
- Los síntomas de ansiedad rasgo y ansiedad estado observados después de la Terapia Cognitivo Conductual serán menores que al inicio del mismo.
- Los síntomas de ansiedad subjetiva observados después de la Terapia Cognitivo Conductual serán menores que al inicio del mismo.

4.4. Hipótesis Nula:

- Los síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal propios del síndrome del Burnout observados después del tratamiento serán mayores o iguales que al inicio del mismo.
- Los síntomas de ansiedad rasgo y ansiedad estado observados después del tratamiento serán mayores o iguales que al inicio del mismo.
- Los síntomas de ansiedad subjetiva observados después del tratamiento serán mayores o iguales que al inicio del mismo.

5. Estrategia de Investigación:

5.1. Tipo de investigación

Investigación cuasiexperimental

5.2. Diseño de investigación

Como indicamos en páginas precedentes, el objetivo general de nuestro estudio consiste en evaluar la efectividad del Programa de Terapia de grupo Cognitivo Conductual en maestras que presentan síndrome de Burnout, trastorno clínico al cual se aplica el método de Estudio de Caso de Intervención/Terapéutico. Según Kazdin 1980 En: Bellack y Hersen 1989, el estudio de caso consiste en la investigación de un individuo o grupo de individuos en ausencia de grupos controles experimentales. La falta de sujetos control implica la dificultad de excluir muchas interpretaciones alternativas que podrían explicar en la conducta del cliente. Por lo tanto, el estudio de caso puede distinguirse de la investigación experimental, en la cual, debido a que las variables que influyen la conducta son manipuladas directamente y se incluyen condiciones control apropiadas, puede establecerse el rol causal del cambio de conducta. Desde esta perspectiva, en vista de que nuestro objeto de estudio implica un trastorno clínico como lo es el síndrome de burnout; a la vez, consta de un tratamiento para una población pequeña, el cual carece de grupo de control podemos reafirmar entonces, que la misma es una investigación con diseño de estudio de caso de Intervención Terapéutico.

Por otra parte, señala el autor antes mencionado, un estudio de caso omite controles experimentales o estadísticos y, por lo tanto, proporciona una información que debe interpretarse con mucha cautela. En este sentido, consideramos pertinente el análisis cualitativo de los datos.

6. Variables:

6.1. Variable Independiente: Terapia Cognitivo Conductual

La terapia Cognitivo Conductual es un procedimiento terapéutico activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado utilizado para atender distintos trastornos como la depresión, la ansiedad, las fobias y otros problemas clínicos. (Beck, A; Rush, J. y otros, 2003). Teóricamente, se basa en que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran parte por la forma que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Consecuentemente, se enfoca en la identificación y modificación de pensamientos, sentimientos y conductas actuales en el paciente. Básicamente, el objetivo de la terapia es que el terapeuta logre por medio de las técnicas Cognitivo Conductuales la reconstrucción de las creencias irracionales, de modo que éstas, una vez modificadas ejerzan control en los sentimientos y conducta posterior.

El programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual consta de doce (12) sesiones divididas en tres módulos. El módulo N° 1 Autocontrol Emocional comprende sesiones de relajación, entrenamiento en habilidades para la expresión de emociones y

manejo de sentimientos de culpa; abarca la sesión 1 – 4. El módulo N° 2 Reestructuración Cognitiva, comprende las sesiones 5 – 8 desarrollando la asertividad, y solución de problemas. El módulo N° 3 Control Conductual abarca las sesiones 9-12 y presenta entrenamiento en habilidades sociales y cambios en el estilo de vida. Cada sesión tendrá una duración de 60 minutos, con una frecuencia de dos veces a la semana.

6.2. Variable Dependiente: Síndrome del Burnout

Según Gil – Monte, Peiro (1997), el síndrome del burnout se refiere a “una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución”, y, desde mi punto de vista, para quienes se encuentran a su alrededor. El proceso del síndrome del Burnout implica una serie de variables afectivas, cognitivas-aptitudinales y actitudinales; más que un estado, es una respuesta particular a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo.

Operacionalmente, el Síndrome de Burnout se caracteriza por *Agotamiento Emocional* con manifestaciones psicofisiológicas como ansiedad, abatimiento, irritabilidad; por *Despersonalización* o actitudes negativas e insensibles hacia los receptores del servicio y aislamiento; y por *Falta de Realización Personal*, sentimientos de fracaso, falta de motivación y baja autoestima. Estas conductas serán identificadas y reportadas a través de la observación y entrevista clínica; además, las puntuaciones

obtenidas en las escalas del cuestionario breve de burnout indicarán el diagnóstico de las mismas y por tanto, del burnout.

7. Población y muestra:

7.1. Población Objetivo

La población objetivo está constituida por los maestros del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE) de Bethania.

7.2. Población Muestral

Está formada por las maestras de la Escuela Básica General de Educación Especial del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE) de Bethania que presentan síntomas del síndrome de Burnout.

7.3. Muestra

La conformaron ocho (8) maestras de la Escuela Básica General de Educación Especial del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE) de Bethania, que presentan síntomas de burnout y desearon participar en el programa.

8. Métodos de selección de los participantes

8.1. Criterios de Inclusión

- Ser maestro de la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE de Bethania.
- Presentar síntomas del síndrome de Burnout determinado a través del Cuestionario Breve de Burnout.
- Estar dispuesto a participar en el programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual.

8.2. Criterios de Exclusión

- Maestros de la Escuela Básica General de Enseñanza Especial del IPHE de Bethania que no presentan síntomas del síndrome de Burnout
- Padecer de trastornos psicóticos.
- Presentar abuso de sustancias como alcohol u otras drogas.
- No estar dispuesto a participar en el programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual.
- Faltar a tres sesiones continuas.

9. Instrumentos:

- a) Entrevista Clínica
- b) Cuestionario Breve de Burnout (CBB)
- c) Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)
- d) Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS)

Descripción de los instrumentos

a) Cuestionario Breve de Burnout (CBB)

El Cuestionario Breve de Burnout (CBB) consiste en una medición global del burnout, así como una medición de tres variables consideradas como “antecedentes” y una escala de variables “consecuentes”. Permite un diagnóstico acertado de cada dimensión del burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), falta de realización personal (FRP).

El cuestionario breve de burnout (CBB) es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI) realizada en España por Bernardo Moreno y sus colaboradores, está compuesta de 22 ítems y una pregunta abierta. Además de las tres dimensiones tradicionales del burnout señaladas anteriormente, incorpora escalas para la evaluación del “tedio”, las “características de la tarea” y el “clima organizacional” como variables antecedentes y una escala sobre “consecuencias” o repercusiones del síndrome en la calidad de vida del sujeto, especialmente en su salud y sus relaciones interpersonales

El CBB es la versión hispana más empleada en Cuba y México en investigaciones del burnout las cuales han dado buenos resultados. La ventaja que ha tenido es que permite un diagnóstico global presuntivo o teórico del burnout, además de permitir estudiar la relación de las variables antecedentes y consecuentes.

En un trabajo reciente, se comprobó que el CBB ofrecía alta correlación en sus puntuaciones con el MBI, lo que avala su utilización en estudios exploratorios de diagnóstico. En este último estudio se realizó previamente un proceso de validación de contenido, obteniéndose como resultado una apreciación adecuada de lo que pretende evaluar el instrumento y cada uno de sus ítems: todos los criterios obtenían una valoración por encima de la media en una escala ordinal de apreciación de 0-10.

A continuación presentamos la estructura del cuestionario breve del burnout.

CUADRO I. ESTRUCTURA DE CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT

| Dimensiones / Escalas | Ítems |
|------------------------------|--------------------------------|
| Cansancio Emocional | 1, 7, 15 |
| Despersonalización | 3, 11, 18 |
| Realización Personal | 5, 12, 19 |
| Características de la tarea | <u>2</u> , 10, <u>16</u> |
| Tedio | 6, 14, 20 |
| Organización | <u>4</u> , <u>8</u> , <u>9</u> |
| Consecuencias del burnout | 13, 17, 21 |

Fuente: Datos obtenidos de Ortega (2001)
Configuración del cuadro: Licda. Jenny Matteus

Nota: Los ítems que están subrayados son negativos por lo tanto se corrigen de manera inversa.

Cada reactivo del cuestionario se mide en una escala Likert referida a la frecuencia, que va desde “Nunca” o “nada” hasta “Siempre” o “Mucho” con una puntuación de 1 a 5 respectivamente. La calificación se determina en función de las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones:

- Una puntuación media inferior a 3 indica burnout bajo o leve
- Una puntuación media de 3 – 4 representa un burnout moderado
- Una puntuación media superior a 4 representa burnout alto.

Es de gran relevancia mencionar que para efectos de nuestra investigación se tomarán en cuenta para el análisis de los resultados la primera escala que contiene las tres dimensiones del burnout, que a su vez permiten una evaluación global presuntiva o teórica del burnout, además de considerarlas mismas de manera individual con el propósito de determinar mayor predominancia en el grupo.

b) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

El inventario de Ansiedad Rasgo-Estado es un instrumento constituido por dos escalas separadas de autoevaluación utilizado para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La Ansiedad Rasgo (A-Rasgo), y 2) la Ansiedad-Estado (A-Estado). Es útil para medir la ansiedad en adultos normales, estudiantes de secundaria y de bachillerato,

así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

La escala de Ansiedad-Rasgo consta de veinte afirmaciones a las cuales el sujeto debe responder de acuerdo a cómo se siente generalmente; se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad. La escala Ansiedad-Estado al igual que la anterior consta de veinte afirmaciones con la diferencia de que las repuestas obedecen a la indicación de cómo se sienten en un momento dado. Las puntuaciones obtenidas por encima del cincuenta son indicativos de ansiedad.

c) Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS).

La Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad o malestar experimentado de forma subjetiva (Cotler y Guerra, 1976, En: Simón, 1993). La escala evalúa la ansiedad desde un nivel que va desde 0, que equivale a estar completamente relajado, hasta 100, que indica estar muy nervioso y tenso. Una vez identificados los dos puntos extremos se pide imaginar la escala entera como si fuera una regla en donde se observa el rango entero y luego el sujeto debe escribir una puntuación para evaluar el nivel de ansiedad en este momento. Es importante señalar que las respuestas ante un mismo evento o situación pueden ser diferentes para las personas.

10. Evaluación de los resultados:

Para el análisis de los resultados de nuestra investigación, en primera instancia, realizaremos un análisis cualitativo de los datos obtenidos a través de las entrevistas clínicas; es decir, describiremos la información relevante como lo son las impresiones subjetivas de estrés o ansiedad, así como los resultados logrados en cuestionarios objetivos. De igual forma, se describirá el proceso vivenciado según las respuestas de satisfacción en las participantes y el desarrollo de dichas sesiones.

En segunda instancia, con el fin de determinar la efectividad del tratamiento analizaremos los resultados obtenidos en las pre-pruebas y post-pruebas de las evaluaciones, para lo cual, utilizaremos la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rangos con signo de pares ajustados para diferencias, ya que, de acuerdo con Mason y Lind (1980), pueden ser usadas en experimentos de “antes y después”; y en estudios con ausencia de grupo control, donde cada sujeto actúa bajo su propio control.

CAPÍTULO TERCERO

RESULTADOS

1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado presentamos los resultados correspondientes a nuestra investigación, haciendo referencia en primer lugar, al procedimiento de búsqueda y selección de la muestra, en segundo lugar, se muestran las historias individuales junto con los resultados de las pruebas, luego, veremos los resultados del grupo mediante el análisis estadístico y por último encontraremos la discusión.

1.1. PROCEDIMIENTO

Para establecer contacto con la población de la cual tomaríamos la muestra, en primer lugar, presentamos el proyecto a la dirección del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE) de Bethania, quien posteriormente nos autorizó remitiéndonos al departamento de Psicología del mismo Instituto (IPHE). Una vez justificamos y explicamos la importancia y el alcance del proyecto a la psicóloga del departamento, ésta realizó trámites con la Directora de Educación Nacional del IPHE de Bethania, con el objetivo de planificar la estrategia sobre la cual se iniciaría el proyecto. Para esta planificación, en conversación con la Directora de Educación Nacional se acordó una reunión (la cual coordinaría su departamento) con todos los maestros de los distintos programas (sordos, ciegos, autistas, parálisis cerebral, retardo mental); sin embargo, sólo una maestra se presentó. Ante tal ausencia, la Directora de Educación Nacional, le comentó la dificultad para iniciar el proyecto y el objetivo de éste a la

Directora de la Escuela Básica General de Enseñanza Especial del IPHE de Bethania, quien sugirió que la reunión se realizara con los docentes de dicha escuela (Básica General de Enseñanza Especial del IPHE), ella organizaría la reunión y de esta manera se dio inicio al estudio.

Es válido señalar que la Dirección de Educación Nacional y la Dirección de la Escuela Básica General de Enseñanza Especial del IPHE, se mostraron muy interesadas en la ejecución del proyecto, ya que percibían un grado de estrés muy intenso en los maestros de esta área, posiblemente a causa de la cantidad de trabajos, y aún más, por la calidad del mismo al brindar atención especial a alumnos con discapacidades físicas y mentales, situación que se hizo evidente con el simple ausentismo de las maestras a la primera reunión.

Las maestras que asistieron a la reunión (23), recibieron una exposición del Síndrome de Burnout, así como la explicación y propósitos del proyecto. Es importante mencionar que el instrumento de medición del burnout (Cuestionario Breve de Burnout CBB) se aplicó inmediatamente después de la exposición del tema. Al contar con los resultados hicimos el contacto con aquellos que salieron afectados (16 resultaron afectados) y se procedió a realizar las entrevistas individuales junto con la aplicación de las dos pruebas restantes. En total, ocho (8) maestras cumplieron con los criterios de clasificación; no obstante, no ocurrió lo mismo con el resto (8), ya que informaron que no podían asistir por compromisos personales.

Finalmente, las maestras recibieron la fecha de inicio, lugar y hora de las sesiones. Las sesiones se realizaron en el aula de reuniones de la Escuela Básica General de Enseñanza Especial del IPHE de Bethania, con una frecuencia de dos veces por semana en los días acordados (martes y jueves) y a la misma hora con una duración de 60 minutos.

1.2. ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS

A continuación presentamos las historias individuales obtenidas de las entrevistas clínicas realizadas al inicio y al final del programa; las mismas contienen los datos personales, problemas actuales, breve historia familiar, situación laboral actual, relaciones interpersonales, impresión subjetiva del programa y los resultados obtenidos en las pruebas utilizadas.

Conviene recordar que las pruebas utilizadas en el estudio fueron las siguientes: el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) para determinar la presencia del síndrome, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad para reportar la vivencia de ansiedad propia del participante.

Es de relevancia mencionar que con el propósito de proteger la confidencialidad e identidad de la muestra participante en nuestra investigación se realizaron cambios en ciertos datos personales.

Historia N° 1.**Blanca***

Blanca de 32 años, soltera, es la segunda de cuatro hermanos. Siempre ha mantenido buena relación con los hermanos, en algunas ocasiones ha habido diferencias pero tratan de resolverlas. Su padre y madre están bastante mayores y le preocupa la salud de ambos, ya que sufren de hipertensión.

Blanca posee título de profesorado en enseñanza especial y realiza estudios de postgrado. Dentro de sus funciones está impartir clases a niños con discapacidad mental y física; participar en actividades sociales y actos culturales de la escuela, así como otras tareas. Con respecto al trabajo con los alumnos, asegura que se siente muy comprometida en la enseñanza y más aún por la discapacidad mental que presentan, desea poder ayudarles de otra forma pero los recursos y políticas de la escuela no lo permiten y ella no puede hacerse responsable mediante sus propios recursos, en especial de los económicos, que como señala “han llegado padres de familia directamente pidiéndome dinero prestado para la alimentación del alumno, es algo que uno no debe hacer pero a veces he tenido que prestarlo”.

Comentó en la primera sesión: “estoy muy preocupada porque siento que casi no me queda tiempo para hacer todas mis responsabilidades en la escuela, aparte de atender situaciones con acudientes.”

La relación con los compañeros de trabajo es normal.

Historia N° 2.**Celeste***

Celeste, mujer panameña, separada, tiene 3 hijos, la segunda y la tercera son mujeres, y el menor es varón. Celeste vive con sus tres hijos, los dos menores estudian el nivel medio de educación y la mayor es universitaria.

La relación con sus hijos es buena, tienen buena comunicación. Sin embargo, este año ha tenido dificultades con el menor que inició el séptimo grado con problemas escolares. Sus hermanas tratan de ayudar y lo aconsejan.

Celeste es profesora de educación especial, se especializó en Docencia Superior y como Docente Integral en Educación Especial. Actualmente se desempeña como maestra de educación primaria de niños con retardo mental. Dicta clases especiales, además de dirigir cursos de estudio para adolescentes y adultos. Señala que su relación con los niños es buena, pero a veces “es difícil atender a preescolares con retardo mental, cuando todos a la vez se levantan, lograr que te presten atención y hagan caso es una tarea complicada”.

De acuerdo con Celeste la relación con los compañeros de trabajo es normal, no tiene problemas con nadie, casi no los ve porque generalmente cada quien está en su salón con los alumnos y cuando no, se está trabajando en otras funciones.

Las funciones que tiene en la escuela son entre algunas planear, corregir, presentar informes y participar en actividades de la escuela.

En la última sesión, se mostró satisfecha por haber aprendido a tener más confianza en ella, a conocerse y a relacionarse mejor con sus compañeros.

En las pruebas aplicadas los resultados fueron los siguientes:

Cuestionario Breve de Burnout CBB

Antes del Tratamiento = Burnout moderado

Después del Tratamiento = Burnout leve

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE

Antes del Tratamiento Ansiedad Estado = 53

 Ansiedad Rasgo = 36

Después del tratamiento

 Ansiedad Estado = 47

 Ansiedad Rasgo = 39

Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad SUDS

Antes del tratamiento = 60

Después del tratamiento = 50

Historia N° 3.**Cristal***

Cristal, mujer panameña, casada, es madre de tres hijos adolescentes, dos mujeres y un varón. La relación familiar es normal y mantienen buena comunicación.

En relación a su ocupación, Cristal es maestra de educación primaria, dicta clases a alumnos que presentan retardo mental en la Escuela Básica General de Enseñanza Especial. Reporta que ha sido difícil trabajar y adaptarse con este tipo de población discapacitada, por lo menos para ella, ya que recibe gran demanda de atención por parte de los padres de familia y alumnos.

La relación con los compañeros es buena aunque reconoce que no es muy sociable. Cuando tiene que asistir o participar de actividades y comisiones lo hace para no quedar mal, pero si pudiera las evitaría ya que no le agradan.

En la última sesión, Cristal señaló sentirse satisfecha con el programa, pues le ha ayudado a controlar mejor el estrés, ha organizado un horario tanto para su vida profesional como para la personal y familiar. En el trabajo ha adquirido más control de sí misma, y lo más importante, se ha sentido relajada al asistir a las actividades y a dar opiniones, cosa que antes no hacía.

Los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas fueron las siguientes:

Cuestionario Breve de Burnout CBB

Antes del Tratamiento = Burnout moderado

Después del Tratamiento = Burnout leve

Historia N° 4.**Perla***

Perla es casada y madre de una adolescente. En el hogar la relación entre madre e hija es buena, aunque la etapa de desarrollo en la que se encuentra la joven ha afectado un poco la comunicación. Con el esposo, mantiene una relación normal como en todos los matrimonios.

Perla estudió magisterio y posteriormente se gradúa de profesora de educación preescolar. Actualmente, es maestra de preescolar en la Escuela Básica General de Enseñanza Especial del IPHE.

Manifiesta que en ocasiones se siente agotada y sin ánimos, siente que tiene exceso de trabajo y sobre todo, ahora está asistiendo a seminarios a los cuales a sido enviada por la institución en la que trabaja.

Durante la última sesión Perla indicó que había mejorado la actitud como persona evitando hacer juicios negativos de los demás y de sí, se siente más tranquila consigo misma.

Los resultados obtenidos por Perla fueron los siguientes:

Cuestionario Breve de Burnout CBB

Antes del Tratamiento = Burnout leve

Después del Tratamiento = Burnout leve

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE

Antes del Tratamiento Ansiedad Estado = 65

Ansiedad Rasgo = 35

Después del tratamiento

Ansiedad Estado = 54

Ansiedad Rasgo = 39

Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad SUDS

Antes del tratamiento = 50

Después del tratamiento = 30

Historia N° 5.**Luz***

Luz mujer panameña, casada, no tiene hijos, vive con su esposo. Es la segunda hija de cuatro, el mayor y el menor son varones y la del medio mujer, todos son profesionales. Sus padres llevan 57 años de matrimonio, su papá ha sido un hombre muy trabajador, está orgullosa de él. Luz menciona sentirse preocupada por la salud de su madre.

Realizó estudios de Educación Especial, postgrado en Docencia Superior. Labora como maestra de Educación Especial en la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE, también es profesora particular de niños con discapacidades.

Con respecto a las responsabilidades laborales, se mostró insatisfecha al comentar “uno se esfuerza por realizar los trabajos de la mejor manera e incluso te pasas la vida haciendo cosas e innovando con ideas buenas, pero nunca te reconocen nada en ninguna forma, por el contrario, te critican al mínimo error, todo te lo corrigen sin antes haber dado sugerencias”.

De acuerdo con Luz, la relación con los compañeros es normal, es conciente de que a veces dice lo que piensa sin saber cómo afectará a los demás; nunca se guarda nada, pues sabe que quedarse callada le puede ocasionar más daños a su salud mental, pero debe controlarse.

Al finalizar el programa, manifestó su satisfacción ya que adquirió buen aprendizaje para mejorar como persona.

Los resultados que obtuvo en las pruebas aplicadas fueron los siguientes:

Cuestionario Breve de Burnout CBB

Antes del Tratamiento = Burnout leve

Después del Tratamiento = Burnout leve

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE

Antes del Tratamiento Ansiedad Estado = 76

Ansiedad Rasgo = 45

Después del tratamiento

Ansiedad Estado = 79

Ansiedad Rasgo = 49

Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad SUDS

Antes del tratamiento = 80

Después del tratamiento = 50

Historia N° 6**Diamantina***

Diamantina tiene un hogar formado por su cónyuge y dos hijos. La relación familiar es buena, pero a veces se dan pequeñas discusiones por las responsabilidades de cada uno.

Diamantina es la menor de dos hijos, el mayor es su hermano quien es casado, vive con su madre y la esposa. Lleva una relación buena con ambos.

Estudió la licenciatura en educación, es maestra en la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE. Señala que le preocupa mucho su situación laboral, en primer lugar, porque debe presentar la planeación a la dirección y eso le provoca tensión, debe evaluar los trabajos de los estudiantes, participar en las reuniones, todos los días hay una actividad diferente a parte de las obligaciones permanentes, elaborar murales entre otras cosas. En segundo lugar, algunos de sus alumnos presentan síndrome de Down y retardo mental, generalmente el trabajo con ellos le consume demasiado tiempo y energías, sabe que merecen un manejo diferente, pero afirma que a veces no sabe cómo hacer. Además de todo, tiene que hacer trabajos de la universidad, ya que estudia de noche.

En la relación con los compañeros dice no tener problemas, no obstante, se siente muy presionada, observa que todas las maestras que están en su situación están tan alteradas por la cantidad de funciones y actividades que deben realizar y que requieren tiempo extra.

En la última sesión Diamantina refiere haber logrado mejorar sus niveles de ansiedad y estrés en lo que respecta a las preocupaciones laborales incluso las personales.

En las pruebas aplicadas obtuvo los siguientes resultados:

Cuestionario Breve de Burnout CBB

Antes del Tratamiento = Burnout leve

Después del Tratamiento = Burnout leve

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE

Antes del Tratamiento Ansiedad Estado = 72

Ansiedad Rasgo = 36

Después del tratamiento

Ansiedad Estado = 71

Ansiedad Rasgo = 41

Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad SUDS

Antes del tratamiento = 65

Después del tratamiento = 25

Historia N° 7**Sol***

Sol lleva un matrimonio en el cual tuvo dos hijos, en casa viven ella, su esposo y el hijo menor, la mayor es casada. Sol menciona que ella, al igual su esposo, tienen buena relación con ambos hijos y entre ellos como pareja.

Es maestra de educación especial en la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE, tiene experiencia en el servicio de la educación.

La señora Sol sostiene que laboralmente no tiene problemas, trata de cumplir por encima de todo, se preocupa por quedar bien en el trabajo. Por un lado, dice estar agradecida con la escuela porque la toman en cuenta para su perfeccionamiento profesional enviándola a seminarios sobre personas con discapacidades que es la población con la que trabaja, pero por otro, ha visto que en los últimos meses la mandan muy frecuente y la verdad es que pierde demasiado tiempo, sumado el hecho de que el trabajo se le atrasa. Observa que es una de las pocas maestras a las que mandan y no se atreve a rechazar las invitaciones.

La relación con los compañeros es normal, no tiene problemas con nadie, aunque siente que existe cierto rechazo de parte de algunas maestras.

En la última sesión indicó que estaba aplicando las técnicas de reestructuración cognitiva y le estaban funcionando.

En los resultados de las pruebas aplicadas obtuvo las siguientes puntuaciones:

Cuestionario Breve de Burnout CBB

Antes del Tratamiento = Burnout leve

Después del Tratamiento = Burnout leve

Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE

Antes del Tratamiento Ansiedad Estado = 63

Ansiedad Rasgo = 38

Después del tratamiento

Ansiedad Estado = 51

Ansiedad Rasgo = 43

Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad SUDS

Antes del tratamiento = 40

Después del tratamiento = 30

Historia N° 8**Nieves***

Nieves vive con su esposo y sus dos hijos de 9 y 1 año. Actualmente, presenta problemas con su pareja; sin embargo, a pesar de ello ha tratado de evitar que esto afecte a los niños.

Nieves tiene dos hermanas menores, ella es la mayor. Sus padres viven en el interior.

Ha realizado estudios en Docencia Superior, es maestra de educación especial desde hace un año en la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE. Menciona que se siente muy presionada por el trabajo, la universidad y los problemas con el esposo y los hijos.

Nieves informa que ha sido difícil trabajar con sus alumnos, en el sentido de que como son niños con limitaciones mentales y en algunos casos limitaciones físicas debe prestar mayor atención a ciertos estudiantes.

La relación con los compañeros de trabajo es buena, se considera una persona sociable.

En la sesión final indicó sentirse satisfecha con el programa, ya que considera, tuvo beneficios en su vida personal y laboral.

Los resultados en las pruebas realizadas por Nieves fueron los siguientes:

1.3. RESULTADOS CLÍNICOS OBSERVADOS EN EL GRUPO:

Antes de examinar los resultados observados en el grupo, creemos pertinente recordar que los objetivos de nuestra investigación buscan evaluar la efectividad del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual en las maestras que presentan síntomas de Burnout, determinar los niveles y dimensiones de Burnout y ansiedad, así como la reducción de dichos síntomas.

Para este fin, hemos utilizado el cuestionario Breve de Burnout, el Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado (IDARE) y la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad. También, se utilizó en la entrevista final un cuestionario para la evaluación del tratamiento y determinar así el nivel de satisfacción de los participantes.

Los resultados observados en dichas pruebas se analizaron mediante la prueba no paramétrica de rangos señalados y pares ajustados de Wilcoxon, la cual, de acuerdo con Mason y Lind (1980), puede ser usada en experimentos de “antes y después”; y en estudios con ausencia de grupo control, donde cada sujeto actúa bajo su propio control.

Por otra parte, previo al análisis de los resultados del Burnout, es importante mencionar que el instrumento empleado para evaluar el síndrome (Cuestionario Breve de Burnout CBB), facilita la evaluación global de Burnout y consta de una escala que permite la medición acertada de cada dimensión, así como una escala de variables antecedentes (tedio, características de la tarea y clima organizacional) y una escala de consecuencias. Para los efectos de nuestro estudio, solamente realizaremos el análisis del Burnout global y la escala de las tres dimensiones.

Antes de entrar al análisis detallado de las áreas evaluadas, con el propósito de facilitar el manejo y comprensión de la información, a continuación presentamos en el Cuadro II, un resumen que contiene la descripción de las tres hipótesis nula y alterna, además de los resultados estadísticos que indican el rechazo o aceptación de la hipótesis del estudio según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

CUADRO II. RESUMEN DE RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE ACUERDO A LAS HIPÓTESIS

| Nº DE HIPÓTESIS | DESCRIPCIÓN DE LAS HIPÓTESIS | RESULTADO ESTADÍSTICO |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1. | <i>Nula:</i> Los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal propios del burnout observados después del tratamiento serán mayores o iguales que al inicio del mismo. | ✓ |
| | <i>Alterna:</i> Los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal propios del burnout observados después del tratamiento serán menores que al inicio del mismo. | |
| 2 | <i>Nula:</i> Los síntomas de ansiedad rasgo y ansiedad estado observados después de la Terapia Cognitivo Conductual serán mayores o iguales que al inicio del mismo. | ✓ |
| | <i>Alterna:</i> Los síntomas de ansiedad rasgo y ansiedad estado observados después de la Terapia Cognitivo Conductual serán menores que al inicio del mismo | |
| 3 | <i>Nula</i> Los síntomas de ansiedad subjetiva observados después del tratamiento serán mayores o iguales que al inicio del mismo. | |
| | <i>Alterna:</i> Los síntomas de ansiedad subjetiva observados después del tratamiento serán menores que al inicio del mismo. | ✓ |

Fuente Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro Licda. Jenny Matteus

Como mencionamos arriba, estos datos serán examinados en las próximas páginas.

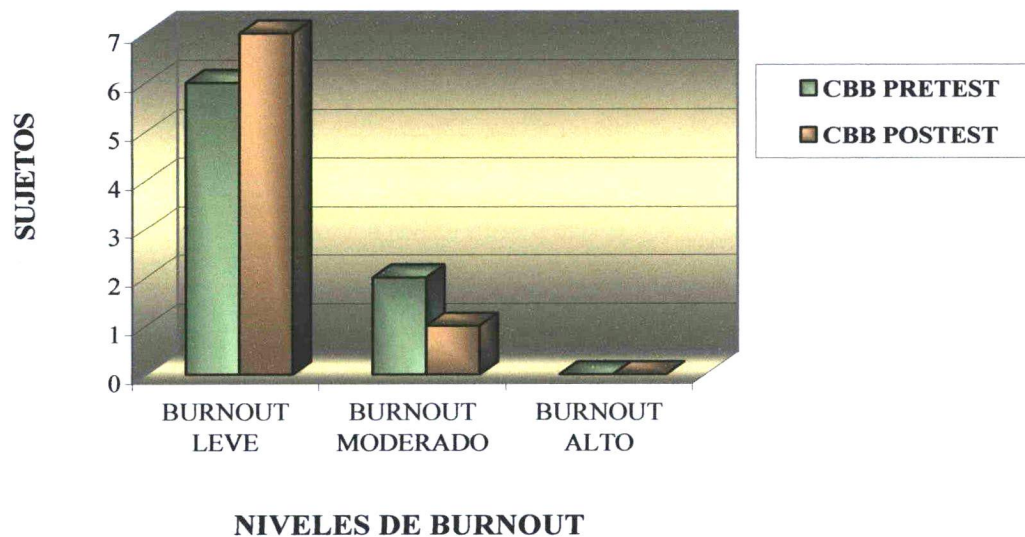
A continuación, analizamos los resultados del Burnout global según niveles obtenidos por el grupo en el Cuestionario Breve de Burnout (CBB).

CUADRO III. RESULTADOS GRUPALES DE BURNOUT POR NIVELES

| BURNOUT (NIVELES) | CBB PRETEST | CBB POSTEST |
|-------------------|-------------|-------------|
| BURNOUT LEVE | 6 | 7 |
| BURNOUT MODERADO | 2 | 1 |
| BURNOUT ALTO | 0 | 0 |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: Licda. Jenny Matteus.

GRÁFICA N° 1. RESULTADOS GRUPALES DE BURNOUT POR NIVELES



En el Cuadro III, podemos observar que en ambas mediciones de la muestra (pretest y postest), todos los sujetos presentaron Burnout en niveles de leve a moderado, lo cual indica que no hubo cambios significativos después del tratamiento. De acuerdo a la clasificación por niveles de Burnout, el pretest muestra que seis de las ocho participantes presentan Burnout bajo y dos tienen Burnout moderado; sin embargo, el postest evidencia que para el nivel de Burnout bajo la frecuencia aumentó a siete y el Burnout moderado se redujo a uno; mientras, el Burnout alto no se registró en ninguna de las evaluaciones. En consecuencia, podemos decir que el tratamiento no fue efectivo para la reducción del Burnout en el grupo debido a ciertos factores que analizaremos detalladamente en el apartado de discusiones. Estos resultados se observan claramente en la Gráfica N° 1.

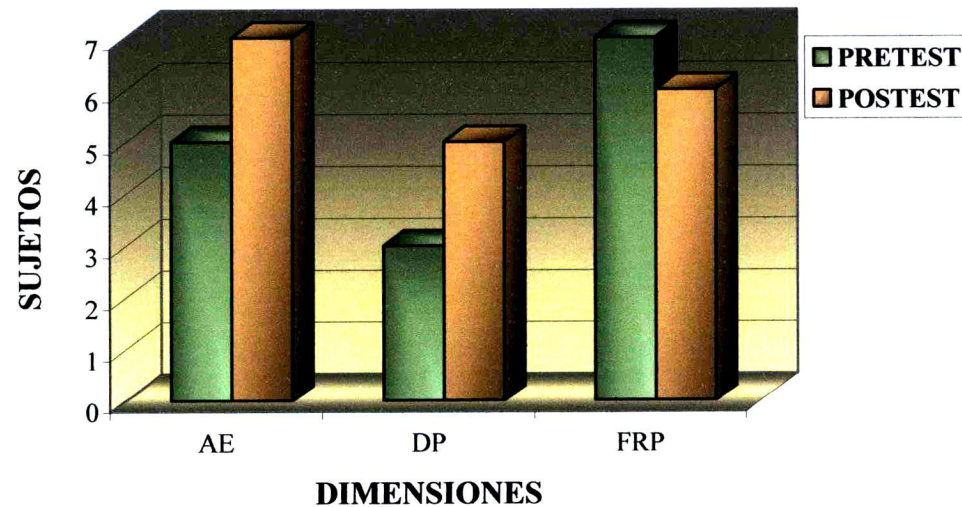
Detallados los niveles de Burnout en el grupo, seguidamente, pasamos a examinar los resultados de Burnout según sus dimensiones (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal), los cuales se aprecian en el Cuadro IV y su respectiva gráfica.

CUADRO IV. RESULTADOS GRUPALES SEGÚN DIMENSIONES DEL BURNOUT

| DIMENSIONES | PRETEST | POSTEST |
|-------------------------------|---------|---------|
| AGOTAMIENTO EMOCIONAL | 5 | 7 |
| DESPERSONALIZACION | 3 | 5 |
| FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL | 7 | 6 |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: Licda. Jenny Matteus.

GRÁFICA N° 2. RESULTADOS DEL GRUPO SEGÚN DIMENSIONES DEL BURNOUT



En primer lugar, analizaremos los resultados obtenidos en el pretest según dimensiones de Burnout.

Podemos apreciar, que cinco de un total de ocho sujetos mostraron Agotamiento Emocional, tres manifestaron Despersonalización y siete mostraron Falta de Realización

Personal. Tales resultados indican que la dimensión con mayor índice de afectación en la muestra fue la Falta de Realización Personal, seguido por el Agotamiento Emocional y finalmente, la Despersonalización.

Por otro lado, el postest muestra un aumento en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización. En la primera dimensión (AE), siete de una muestra de ocho sujetos manifestaron estar cansados emocionalmente; en la segunda (DP), cinco presentaron despersonalización. No obstante, la Falta de Realización Personal (FRP), disminuyó sólo en un sujeto; es decir, seis mantuvieron dicha dimensión.

De acuerdo a los resultados analizados, hay evidencias en contra del programa de Terapia de grupo Cognitivo Conductual como tratamiento efectivo para las dimensiones de Burnout; lo cual quiere decir, que no produjo efectos positivos.

Finalmente, podemos señalar que tanto en el pretest como en el postest la dimensión más predominante fue la falta de realización personal y el agotamiento emocional; mientras, la menos frecuente fue la despersonalización.

Realizada la descripción de los resultados en torno a los niveles y dimensiones del Burnout, inmediatamente, procedemos al análisis de dichos datos mediante el estadístico seleccionado, la prueba de rangos señalados de Wilcoxon, utilizada para comparar el desempeño de cada sujeto y determinar si existen diferencias significativas entre sus puntajes en ambas mediciones. Ver Cuadro V.

CUADRO V. RESULTADOS GRUPALES DEL BURNOUT GLOBAL Y SUS DIMENSIONES DE ACUERDO AL CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB). PRUEBA DE WILCOXON.

| ESTADÍSTICO | BURNOUT GLOBAL | DIMENSIONES DE BURNOUT | | |
|-------------------------|----------------|------------------------|-------|-------|
| | | AE | DP | FRP |
| Valor Observado W | 16.5 | 12.5 | 8.5 | 9.5 |
| Valor Crítico W | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Nivel de Significación | .05 a una cola | | | |
| N | 8 | | | |
| SIGNOS POSITIVOS | 5 | 4 | 2 | 4 |
| SIGNOS NEGATIVOS | 3 | 3 | 5 | 3 |
| SIGNOS IGUALES | 0 | 1 | 1 | 1 |
| PRUEBA DEL SIGNO | 0.005 | 0.045 | 0.045 | 0.045 |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro: Licda. Jenny Matteus

Basados en la información contenida en el Cuadro V, podemos mencionar, en relación al Burnout global, examinado a través de la prueba de rangos de Wilcoxon, con un nivel de significación de 0.05 a una cola y un valor observado $W = 16.5$ mayor que el valor crítico $W = 6$, se rechaza nuestra hipótesis de investigación (ver cuadro II) y se acepta la hipótesis nula que enuncia que el programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual no disminuye los síntomas del Síndrome de Burnout; en otras palabras, el programa no fue efectivo.

Pese a estos resultados, decidimos utilizar la prueba de los signos con el objetivo de determinar si nuestro estudio mostraba algún cambio en el grupo, pues de acuerdo con la mencionada prueba, lo que interesa es la dirección de los signos. Desde luego,

podemos mencionar entonces, que existe una probabilidad de 0.005 de que se presenten al menos tres efectos positivos, de esta manera, se observa un cambio significativo con un total de cinco signos positivos y tres negativos.

Con respecto a las dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal, las cuales obtuvieron un valor observado $W = 12.5$, $W = 8.5$ y $W = 9.5$ respectivamente, mayores que el valor crítico $W = 6$, se acepta la hipótesis nula que establece que no hay reducción en las dimensiones del Burnout luego del tratamiento. Sin embargo, el análisis con la prueba de los signos, nos muestra que cuatro de los ocho sujetos presentaron cambios en la dimensión de Agotamiento Emocional y Falta de Realización Personal y dos manifestaron una disminución en la Despersonalización.

Finalmente, como lo muestra el Cuadro II, es preciso destacar, en base a la hipótesis N° 1, planteada al inicio de la investigación y a los resultados cuantitativos, no existe evidencia para aceptar que el Programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual es efectivo para la disminución de los síntomas del Burnout. Todo lo cual, nos conduce a plantearnos ciertas consideraciones que a nuestro juicio ejercieron influencia en los resultados, factores que discutiremos detenidamente en la discusión del capítulo.

Expuesto el análisis referente a los resultados obtenidos en el Cuestionario Breve de Burnout, pasamos de inmediato a examinar las Escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado; no sin antes mencionar que nuestro interés en la evaluación de la ansiedad, se debió principalmente a su estrecha relación con el Burnout, pues es uno de los primeros y más frecuentes síntomas del Burnout, y por lo tanto, deseamos comprobar esta relación en ambas áreas: Rasgo y Estado.

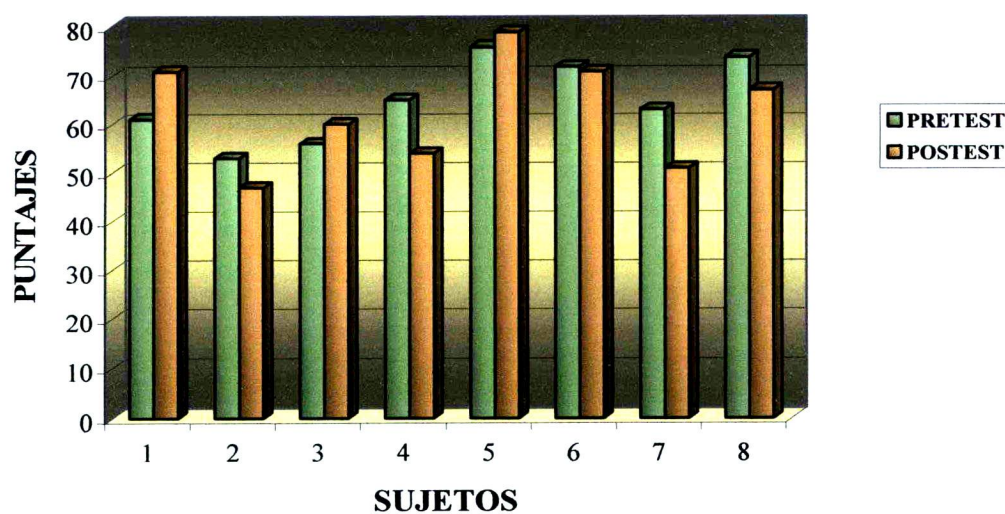
A continuación, presentamos los puntajes individuales obtenidos en el pretest y postest en la Escala de Ansiedad Estado.

CUADRO VI: RESULTADOS INDIVIDUALES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO

| SUJETOS | PRETEST | POSTEST |
|---------|---------|---------|
| 1 | 61 | 71 |
| 2 | 53 | 47 |
| 3 | 56 | 60 |
| 4 | 65 | 54 |
| 5 | 76 | 79 |
| 6 | 72 | 71 |
| 7 | 63 | 51 |
| 8 | 74 | 67 |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: Licda. Jenny Matteus.

GRÁFICA N° 3. RESULTADOS INDIVIDUALES SEGÚN ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO



Los resultados percibidos en el Cuadro VI y en la Gráfica N° 3, nos muestra que para la Escala de Ansiedad Estado en el pretest, todos los sujetos se encontraron afectados. El puntaje mínimo fue de 53 y el mayor 76.

De igual forma, en el postest se mantuvo la ansiedad con excepción de un sujeto quien obtuvo una puntuación de 47; mientras, en tres sujetos aumentó considerablemente. Recordemos que puntajes por encima de 50 indican ansiedad.

Tomando en cuenta los datos de la Escala de Ansiedad Estado y analizados estadísticamente con la prueba de Wilcoxon podemos observar los siguientes resultados en el Cuadro VII.

CUADRO VII. RESULTADOS GRUPALES DE LA ESCALA ANSIEDAD ESTADO. PRUEBA DE WILCOXON.

| ESTADÍSTICO | | ANSIEDAD ESTADO | |
|------------------------|-------------------|-----------------|----------|
| | | Pretest | Posttest |
| Media | | 65 | 62.5 |
| DS | | 8.4176 | 11.263 |
| Prueba de Wilcoxon | Valor observado W | 11 | |
| | Valor crítico W | 6 | |
| Signos + | | 5 | |
| Signos - | | 3 | |
| Signos = | | 0 | |
| N | | 8 | |
| Nivel de Significación | | 0.05 a una cola | |
| Prueba de los signos | | .005 | |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro Licda. Jenny Matteus

Como muestra el Cuadro VII, los datos analizados estadísticamente con la prueba de Wilcoxon, indican que un valor observado $W = 11$, mayor que el valor crítico $W = 6$, no es significativo a un nivel de significación de 0.05 (a una cola), por lo tanto, podemos decir que no hubo una reducción de la Ansiedad Estado una vez finalizado el programa; por lo tanto, como lo indica el Cuadro II, se rechaza nuestra hipótesis de investigación y aceptamos la nula. La Terapia de Grupo Cognitivo Conductual no produjo cambios significativos para la Escala de Ansiedad Estado.

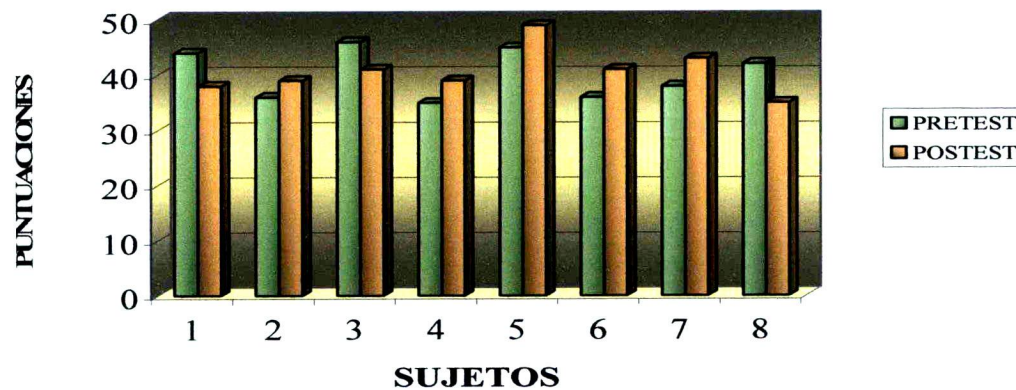
Por otra parte, según la prueba de los signos hay una probabilidad de 0.005 de que tres ó más sujetos alcancen cambios positivos después del tratamiento.

CUADRO VIII: RESULTADOS INDIVIDUALES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD RASGO.

| SUJETOS | PRETEST | POSTEST |
|---------|---------|---------|
| 1 | 44 | 38 |
| 2 | 36 | 39 |
| 3 | 46 | 41 |
| 4 | 35 | 39 |
| 5 | 45 | 49 |
| 6 | 36 | 41 |
| 7 | 38 | 43 |
| 8 | 42 | 35 |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: Licda. Jenny Matteus.

GRÁFICA N° 4. RESULTADO DE LA ESCALA ANSIEDAD RASGO



Los datos percibidos, indican que la muestra en la Escala de Ansiedad Rasgo, tanto en el pretest como en el postest, no presenta ansiedad como rasgo de personalidad; no obstante, se presenta un aumento de esta ansiedad en el postest en cinco de los sujetos y una disminución en el resto de ellos. Estos resultados en la ansiedad rasgo, nos muestra que no hay diferencias significativas producto del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual.

CUADRO IX. RESULTADOS GRUPALES DE LA ESCALA ANSIEDAD RASGO. PRUEBA DE WILCOXON.

| ESTADÍSTICO | | ANSIEDAD RASGO | |
|------------------------|-------------------|-----------------|----------|
| | | Pretest | Posttest |
| Media | | 40.25 | 40.63 |
| DS | | 4.50 | 4.14 |
| Signos + | | 3 | |
| Signos - | | 5 | |
| Signos = | | 0 | |
| Nivel de Significación | | 0.05 a una cola | |
| N | | 8 | |
| Prueba de Wilcoxon | Valor observado W | 16 | |
| | Valor crítico W | 6 | |
| Prueba de los signos | | .005 | |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro Licda. Jenny Matteus

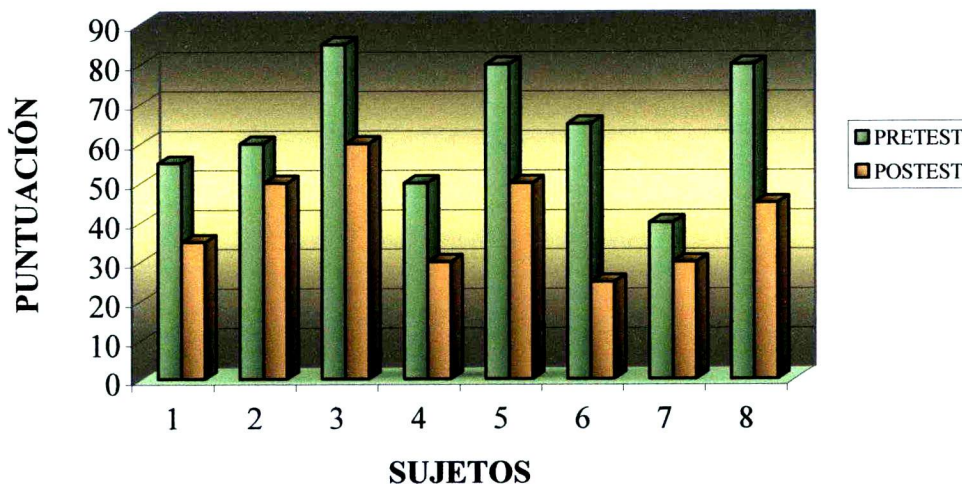
Basados en los resultados estadísticos que se observan en el Cuadro IX, podemos señalar que en relación a la Escala de Ansiedad Rasgo con una media de 40.25 y desviación estándar de 4.50 en el pretest y una media de 40.63 y desviación estándar de 4.14 no hay diferencias significativas. De forma semejante, la prueba de Wilcoxon, indica que nuestra hipótesis de investigación es rechazada, puesto que el valor observado $W = 16$ es superior al valor crítico $W = 6$, de modo tal, que se acepta la hipótesis nula que establece que no se disminuyen los síntomas de ansiedad rasgo después del tratamiento.

CUADRO X. RESULTADOS INDIVIDUALES DE LA ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD

| SUJETOS | PRETEST | POSTEST |
|---------|---------|---------|
| 1 | 55 | 35 |
| 2 | 60 | 50 |
| 3 | 85 | 60 |
| 4 | 50 | 30 |
| 5 | 80 | 50 |
| 6 | 65 | 25 |
| 7 | 40 | 30 |
| 8 | 80 | 45 |

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: Licda. Jenny Matteus.

GRÁFICA N° 5. RESULTADOS DE LA ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD



En cuanto a la ansiedad percibida por los sujetos, evaluada a través de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUASA), se revelan datos opuestos a los observados en las pruebas anteriores (Cuadro X); esto quiere decir, que todos los integrantes de la muestra señalaron un nivel de ansiedad inferior al finalizar el programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual que el manifestado al inicio del mismo.

CUADRO XI.: RESULTADOS GRUPALES EN LA ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD. PRUEBA DE WILCOXON.

| ESTADÍSTICO | ANSIEDAD SUBJETIVA | |
|------------------------|--------------------|----------|
| | Pretest | Posttest |
| Media | 64.38 | 40.63 |
| DS | 16.13 | 12.4 |
| Signos + | 8 | |
| Signos - | 0 | |
| Signos = | 0 | |
| Nivel de Significación | 0.05 a una cola | |
| N | 8 | |
| Prueba de Wilcoxon | Valor observado W | 0 |
| | Valor crítico W | 6 |
| Prueba de los signos | .005 | |

Fuente Datos obtenidos de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro Licda. Jenny Matteus

De acuerdo a los datos contenidos en el Cuadro XI, se observa que existen evidencias para aceptar la hipótesis alterna N° 3 (ver Cuadro N° 2) y considerar entonces, que el programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual produce una reducción de la ansiedad subjetiva en la muestra, ya que el valor observado $W = 0$ es menor que el valor crítico $W = 6$, lo que representa un cambio significativo.

1.4. DISCUSIÓN

En la sección precedente, hemos realizado el análisis estadístico de los datos recavados a través de los instrumentos seleccionados para la evaluación del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual. A partir de este momento, exponemos una serie de argumentos con el propósito de comprender con más detalles los resultados de nuestra investigación, a la vez, que nos permite aclarar ciertas dudas.

En primera instancia, nos referiremos a los datos que apuntan en dirección a los objetivos e hipótesis de investigación, los cuales corresponden a la evaluación de la efectividad del programa desarrollado para la reducción de los síntomas del Burnout; así también, apoyaremos dicha discusión en el marco teórico desarrollado.

De acuerdo a los resultados observados en el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), analizados estadísticamente, observamos que hay evidencias para aceptar la primera hipótesis nula que enuncia que las dimensiones de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal), son iguales o mayores después de finalizado el Programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual, lo cual significa, que el programa no produjo efectos positivos en el Burnout global ni en las tres dimensiones. No obstante, debemos mencionar que aunque la prueba de Wilcoxon no muestra la efectividad del tratamiento, la prueba de los signos nos indica que al menos cuatro de los sujetos (50% de la muestra), manifestó una leve disminución en las puntuaciones de agotamiento emocional y en la falta de realización personal, aún cuando se mantenían ambas dimensiones. Sin embargo, este resultado coincide con las impresiones obtenidas en la entrevista clínica final, ya que los participantes expresaron

haber mejorado en relación a ambas dimensiones; coincidiendo también con nuestra evaluación subjetiva a través de la observación en las últimas sesiones.

Con relación a la predominancia de las dimensiones del Burnout, podemos señalar que la falta de realización personal seguido por el agotamiento emocional fueron las más predominantes en las maestras que participaron de la muestra. Este aspecto, al igual que otros estudios ayuda a confirmar que el factor causal radica en la no consecución de metas personales en el ejercicio de la profesión originando sentimientos de agotamiento.

En cuanto a la evaluación de la ansiedad estado y ansiedad rasgo, los resultados analizados con la prueba de Wilcoxon, indican que se acepta la hipótesis nula que afirma que los síntomas de ansiedad estado y ansiedad rasgo son iguales o mayores al final del programa de terapia de grupo cognitivo conductual que al inicio del mismo. Sin embargo, no podemos decir lo mismo para los resultados de la escala de unidades subjetivas de ansiedad, en los cuales, observamos que si hubo un cambio significativo en los niveles de ansiedad reportados al finalizar el programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual, rechazando por consiguiente, nuestra tercera hipótesis nula.

Con respecto, al rechazo de las hipótesis de investigación, es válido mencionar algunos aspectos que de acuerdo a nuestro juicio clínico pudieron afectar el rendimiento de los sujetos y que por otra parte, corresponden a problemas de validez interna, característica de los estudios cuasiexperimentales:

- Número de sesiones: de acuerdo a estudios relacionados con la Terapia Cognitivo Conductual, se requiere un mínimo de 12 a 15 sesiones para el tratamiento de trastornos tales como fobias, ansiedad, depresión entre otros.

Sin embargo, dado que se trata de maestros que padecen de Burnout, un síndrome producto del estrés crónico, es posible que dicho estrés haya influido en la efectividad del programa. Recordemos que el propio estrés genera disminución de la concentración, y por lo tanto, una terapia psicológica grupal de 12 sesiones podría no ser recomendable, sino por el contrario, es necesario un abordaje psicológico más extenso y en ciertos casos, de una orientación distinta a la cognitiva conductual.

- Podemos mencionar, como otra variable extraña, los factores relacionados con la composición de la muestra. En este aspecto, pensamos que la participación de un pequeño número de sujetos que poseía la peculiaridad de tener una relación de coordinación y/o afinidad con la dirección, pudo afectar la participación de otros miembros del grupo; ya que éstos (el resto del grupo), manifestaron abiertamente que los compañeros señalados por su particularidad, les reducían las posibilidades de expresar libremente los sentimientos y experiencias laborales necesarios para el proceso de terapia. En otras palabras, dicha influencia, era percibida como una amenaza por la mayoría de la muestra, a tal punto de sentirse espiados y por consiguiente, con temor a decir algo que los pudiese comprometer, situación captada mediante nuestra observación clínica.
- Otro factor que posiblemente ejerciera gran influencia en los datos, se refiere a la hora del día y duración de las sesiones. Según el procedimiento y características de la muestra, en el sentido de que ésta fue seleccionada para recibir el programa (ya estaba formada) y correspondían a la jornada matutina con horario de salida de 12:00 p.m., se negoció con todos los participantes el horario de sesiones,

acordando la hora del almuerzo de 12:00 a 1:00 p.m. Se tomó en consideración sus responsabilidades, comodidad y la no interrupción del horario escolar. Indudablemente, sabemos que hacer una terapia a medio día perjudica la concentración y rendimiento de los sujetos. De igual forma, la duración de la sesión, influye considerablemente. Nuestro programa se diseñó con una duración de 60 minutos.

- Nivel de conciencia del problema: como expusimos en el capítulo primero, el Síndrome de Burnout es más que estrés, es un estrés crónico, en el cual, muchas veces el sujeto es el último en percibirlo. Es importante que los sujetos tomen conciencia del trastorno que afecta su desempeño laboral, relaciones interpersonales y estado psicológico. Sabemos que mientras no haya conciencia del problema e interés del sujeto, no se producirán cambios significativos.

**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

Realizado nuestro estudio podemos señalar los siguientes puntos a manera de conclusión:

1. El programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual, diseñado y ejecutado para las maestras de la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE de Bethania que presentan síntomas de Burnout en niveles de leve a moderado, no fue efectivo.
2. Nuestro estudio ha demostrado la influencia de variables extrañas propias del diseño de investigación desarrollado (cuasiexperimental) ejerciendo gran influencia sobre los resultados del tratamiento.
3. Para los efectos de nuestra investigación sobre la muestra de maestras que presentan síntomas de Burnout, el programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual no disminuyó los síntomas en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.
4. El programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual no redujo los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en las maestras que muestran síntomas leves y moderados de Burnout de la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE de Bethania.
5. El programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual redujo el nivel de ansiedad subjetiva en las maestras que tienen síntomas de Burnout de la Escuela

Básica General de Educación Especial del IPHE de Bethania, lo que coincide con la satisfacción reportada en la última entrevista al finalizar el programa.

6. El Programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual diseñado y desarrollado como método de intervención terapéutico para maestras que presentan síntomas de leve a moderado de Burnout de la Escuela Básica General de Educación Especial del IPHE de Bethania, pudo ser afectado por el número de sesiones (12), por la hora del día seleccionada y por la participación de maestras que poseen una relación de coordinación continua y estrecha con el personal directivo que solicitó la ejecución del proyecto.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones presentadas podemos considerar las siguientes recomendaciones:

1. De acuerdo a la conclusión N° 1, con el objetivo de encontrar una respuesta positiva y alentadora que demuestre la efectividad del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual para maestras que presentan síntomas leves o moderados de Burnout, recomendamos replicar esta investigación en la Escuela Básica General de Educación Especial u otras escuelas del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE) de Bethania
2. En relación a la conclusión N° 2, consideramos indispensable, al realizar investigaciones de este tipo mantener niveles de control más rigurosos en cuanto a las variables que se analizan, a fin de obtener resultados más confiables y representativos.
3. En la conclusión N° 3, consideramos que al trabajar con maestras que presentan síntomas de Burnout, se debe realizar una intervención terapéutica centrada en las áreas más afectadas tomando como base los niveles de Burnout presentes y predominancia de las dimensiones.
4. Relacionado al punto N° 4, recomendamos hacer más énfasis en las intervenciones de relajación y otras técnicas de autocontrol emocional, con el propósito de que los sujetos aprendan a controlar las ansiedades producto de

las dificultades labores para así, ser más eficaces en sus habilidades y capacidades y en su personalidad como tal.

5. Consideramos que en estudios clínicos, a pesar de que los resultados positivos obtenidos en las pruebas subjetivas, así como la satisfacción reportada por los pacientes en la entrevista psicológica y por otro lado, de nuestra impresión como terapeutas; observamos que éstos no siempre coinciden con los resultados estadísticos, por lo que recomendamos el uso de las herramientas de la psicología clínica como lo son la observación, la entrevista clínica, entre otras técnicas.
6. En la intervención de los síntomas de Burnout a través del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual para maestras que presentan niveles de leve a moderado, recomendamos la extensión en el número de sesiones (18 – 20), desarrollar las sesiones en un horario que no coincida con horas de comida, u otro actividad que perjudique el rendimiento de los sujetos, y por último, controlar variables de la muestra que de igual forma limite la participación de otros miembros del grupo.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ALDRETE, PANDO, ARANDA Y BALCÁZAR. (2003). Síndrome de burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara. Volumen V N°1
- BECK, RUSH, SHAW y EMERY. (2003). Terapia cognitiva de la depresión. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. 15ª edición. España. Págs 394.
- BELLAK, ALAN. (1989) Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial Declée De Brouwer, S.A. Bilbao, España, pp 424.
- BRAVO, MJ., ZURRIAGA, R. PEIRÓ, MJ et al (1993) Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. Revista de Psicología de la Salud.
- CHACON, M. (1995) El Burnout en personal de enfermería. Ponencia al Congreso Internacional de dolor y Cuidados Paliativos. México.
- CAIRO (2002) Burnout: un síndrome cada vez más expandido. España.
- COREY (1995) Teoría y práctica de la Terapia grupal. Editorial Desclée Brouwer, S.A. España. 583 págs.
- DRUTMAN (2001) Burnout o el “Incendio” en los trabajadores. Argentina.
- ELLIS Y BERNARD, M. (1986) Wath is racional-emotive therapy (RET)? En: Corey, (1995), Teoría y práctica de la terapia grupal. Editorial Desclée Brouwer, S.A. España. 583 págs.
- GARCÍA. (1997). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. Revista de Psicología del trabajo y las organizaciones. España.

- GARCIA, M.; LIOR, B.; SÁEZ, C. (1994) Estudio comparativo de dos medidas de Burnout en personal sanitario. Anales de Psiquiatría.
- GRAU y CHACÓN (1996) El desgaste profesional (Burnout) en los equipos de cuidados paliativos: Mito o realidad. La Habana, Cuba.
- GRAU A.; J. y CHACON, M. (2003) Burnout: una amenaza a los equipos de salud. La Habana.
- GIL MONTE. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para su intervención. Psicología científica.com, 2002.
- HAYWARD y OTROS. (2000). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Study in Female Adolescents: results of a pilot study of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry. Volumen 39. págs. 721-726.
- HERNÁNDEZ, L. (1995) El síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, La Habana, Cuba.
- HERNÁNDEZ, SAMPIERI R. y Otros (1991) Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México,
- KERKINGER, FRED N. (1994) Investigación del Comportamiento. 3ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México
- LEAHY, (1996). Cognitive Therapy. Basic Principles and Applications. Editorial Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey London.
- OBST. (2000). Corriente Cognitivo Conductual. Centro Argentino de Terapia Racional Emotiva Comportamental. Argentina.

- OLIVER, C. (1993) Análisis de la Problemática de Estrés en el Profesorado de enseñanza media: El Burnout como Síndrome Específico. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México.
- ORTEGA, Y FERNÁNDEZ. (2001) El Burnout y Los Médicos. Un peligro desconocido. Editorial Gráficas Remot, España.
- ORTEGA (2001) El síndrome de “burnout”: estar “quemado” en el trabajo. La presión laboral y la falta de alicientes favorecen la aparición del “burnout”. ©Fundación Grupo Eroski
- RODRÍGUEZ. (1999). Enfoque Cognitivo Conductual como aproximación terapéutica a desórdenes ansiosos. Pontificia Universidad de Chile. Chile.
- STARK, NAPOLITANO, SWEARER y OTROS. (1996). Issues in the treatment of depressed children in Applied & Preventive Psychology. Volume 2, pág. 59 – 83.
- SPIELBERGER, C. y DÍAZ-GUERRERO, R. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado. Editorial El Manual Moderno, México.
- SUE, D.; SUE, D, Y SUE, S. (1996). Comportamiento Anormal. Cuarta Edición, McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A. de C.V. México. 608 págs.
- SIMÓN. (1993). Psicología de la salud. Aplicaciones Clínicas y estrategias de intervención. Ediciones Pirámide. S.A. España. Págs. 268.
- TORRES. (2001). Agenda Salud – Isis Internacional. Estrés y Burnout.
- VALLE. (2003). Que no te queme el trabajo: el exceso hace daño en todos los aspectos de la vida y más en lo laboral. Hermosillo, Sonora. Disponible en: www://elimparcial.com/banners/redirect.asp?numbanner=368

ANEXOS

ANEXO N° 1**PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE GRUPO
COGNITIVO CONDUCTUAL**

El contenido global del Programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual contempla tres módulos centrados en los siguientes aspectos:

☞ MÓDULO I: AUTOCONTROL EMOCIONAL

En este primer módulo se tratan aspectos relacionados con técnicas de autocontrol emocional, tales como la relajación, habilidades para la expresión de emociones y manejo de sentimientos de culpa. Si bien es cierto, el estrés, las manifestaciones clínicas no son el problema, sino los síntomas del problema: reflejan el desequilibrio entre las demandas recibidas por el maestro y sus recursos personales y profesionales para resolverlas.

En las dificultades cotidianas resulta conveniente aprender a controlar adecuadamente algunas emociones negativas como son el enfado, la ira, la ansiedad, el temor, el desánimo o la apatía, a fin de ser más eficaz consigo mismo y con los demás, impidiendo que dichas emociones bloqueen o limiten nuestras propias habilidades y capacidades.

Este módulo pretende ayudar a las maestras a tomar conciencia de su pensamiento, de sus respuestas emocionales y de las reacciones con las que responde a las situaciones de conflicto, así como de la eficacia personal en este ámbito.

☞ MÓDULO II: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

El módulo II se centrará en entrenar a las maestras en la creación de un clima de comunicación en el centro educativo en su relación con los alumnos, compañeros y padres de familia, mediante el desarrollo de la asertividad, la resolución de conflictos y la toma de decisiones. Dicho entrenamiento será desarrollado desde la técnica de reestructuración cognitiva, incluyendo estrategias para identificar las ideas irracionales que suelen obstaculizar la búsqueda de soluciones, sugerencias para entrenarse en la toma de decisiones en las situaciones de conflicto del ámbito en que surjan: personal, profesional y social.

La comunicación es una herramienta básica del trabajo de los docentes, en tanto, es el vehículo a través del cual interactúa con los alumnos, padres y compañeros; razón por la cual, en este módulo pretendemos dar un entrenamiento en la comunicación asertiva. Sentirse capaz de hablar y escucharlo todo bajo reglas éticas de respeto y coherencia, sin herir ni ponerse a la defensiva, son características que identifican a la comunicación asertiva.

📖 MÓDULO III: CONTROL CONDUCTUAL

Parte de los conflictos que vive el maestro diariamente en su trabajo, surgen en el contexto relacional con compañeros. Son conflictos que suponen un elevado nivel de malestar personal, que suelen contribuir al deterioro de las relaciones personales en el centro educativo, que trascienden de la actividad en las aulas y se extienden a los diferentes ámbitos de coordinación del personal docente.

A este respecto, proponemos en este módulo el desarrollo de habilidades sociales como lo son: conversar, escuchar, discrepar, unificar criterios, llegar a acuerdos y otras habilidades básicas que el maestro puede emplear para optimizar el trabajo colectivo y mejorar las relaciones personales en el ámbito laboral – profesional.

Además, ofrecemos algunos ejercicios prácticos con el objetivo de procurar un estilo de vida equilibrado en el que los distintos aspectos y roles de la vida de la persona se compatibilicen de forma armoniosa, en un equilibrio dinámico que permita al docente afrontar favorablemente las dificultades intrínsecas al ejercicio de la profesión.

ANEXO N° 2

PROGRAMA DE TERAPIA DE GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL

El curso típico del programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual, diseñado para maestras que presentan síntomas de burnout se desarrolló siguiendo la secuencia que a continuación presentamos:

MÓDULO I: AUTOCONTROL EMOCIONAL

SESIÓN N° 1 – 4.

Se realiza una explicación del programa, objetivos y reglas. Dejar claro los aspectos de la relación terapéutica. Dinámica de presentación. Luego, se efectúan breves comentarios introductorios sobre cómo algunas emociones afectan nuestra conducta y la importancia de aprender a controlarlas, a fin de ser más eficaz en las habilidades y capacidades personales. Se trabaja la técnica de relajación progresiva de Jacobson, visualización, expresión de sentimientos y virtudes a través de rol play, técnicas para manejar el enojo y la ansiedad.

MÓDULO II: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

SESIÓN N° 5 - N° 8:

Se inicia la sesión N° 5, con una explicación de la reestructuración cognitiva y sobre el modo en que el cambio del pensamiento conduce normalmente al cambio de la actuación en distintos ámbitos (social, laboral). Se

pide a los participantes ejemplos de experiencias donde sea aplicable la reestructuración cognitiva, y se analizan los pensamientos negativos. El entrenamiento en asertividad, también es abordado, a través del ensayo de conducta los miembros deben identificar los tipos de comunicación agresiva, pasiva y asertiva. Luego, se desarrolla en un juego de papeles las conductas adecuadas de la asertividad como el tono de voz, postura, etc. Se asignan tareas para el registro de pensamientos irracionales. La sesión N° 9, contempla la resolución de problemas como una estrategia cognitivo conductual para la adquisición de habilidades que permitan manejar los problemas de la vida cotidiana.

MÓDULO III: AUTOCONTROL CONDUCTUAL.

SESIÓN N° 9 - N° 12:

En el módulo de control conductual, se desarrollan las sesiones que corresponden a las habilidades sociales, en donde, a través de procedimientos cognitivos de autoinstrucciones, modificación directa de pensamientos y solución de problemas, se tratan habilidades como los son: iniciación y mantenimiento de conversaciones, escuchar, discrepar, unificar criterios, llegar a acuerdos y otras habilidades básicas.

En la sesión N° 12, se exponen algunas alternativas o técnicas que ayudan a mantener un estilo de vida saludable. La última sesión integra todos lo

desarrollado, se realiza una evaluación sobre el cumplimiento de las expectativas acerca del programa.

Es importante mencionar que en todas las sesiones el formato general se distribuye como sigue:

- Seguimiento de tareas asignadas.
- En cada sesión hay una presentación didáctica referida al tema.
- Se dan oportunidades para practicar las técnicas en el contexto del grupo.
- Se asignan tareas para el intercambio de sesiones.

ANEXO N° 3**CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT**

Este cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán un tratamiento estadístico.

Por favor, conteste primero las siguientes preguntas, referidas a datos generales.

Donde aparecen varias opciones de respuesta, circule la que corresponde.

- A) Edad _____
- B) Sexo; 1. M 2. F
- C) Relaciones de pareja: 1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual 3. Sin pareja
- D) Número de hijos: _____
- E) Estudios realizados: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preuniversitaria
4. Universitaria
- F) Profesión (especifique al máximo posible): _____
- G) Cargo que ocupa actualmente: _____
- H) Situación laboral: 1. Contrato eventual 2. Fijo 3. Otros _____
- I) Tiempo de experiencia en la profesión _____
- J) Centro o institución en que trabaja _____
- K) Tipo de institución: 1. Estatal 2. Firms cooperativas. 3. Otros _____
- L) Tiempo que lleva en el mismo centro: _____
- M) Tiempo que lleva en el mismo cargo: _____

N) Turnos: 1. No, horario habitual

2. Si: a) Mañana b) Tarde c) Noche

O) Número de horas que trabaja en la semana: _____

P) Número de personas que atiende diariamente (promedio) en su trabajo _____ personas.

Q) Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo?

1. Más del 75%

2. Cerca del 50%

3. Menos del 30%

R) Tiene que realizar tareas de trabajo en su casa, en horario extralaboral?

1. Sí

2. No

Cuántas horas diarias (promedio estimado) _____

Continuación:

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Conteste ahora las siguientes preguntas, encerrando en círculo la opción que considere, en una escala de 1 a 5, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 representa “Nunca” o “Nada” • 2 equivale a “Raramente” o “Poco” • 3 representa “Algunas veces” o “Algo” • 4 Representa “Frecuentemente” o “Bastante” • 5 representa “Siempre” o “Mucho” |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. En general estoy harto de mi trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Me siento identificado con mi trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Mi trabajo actual carece de interés. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Las relaciones personales que establezco en mi trabajo son gratificantes para mí. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien el alcance y los resultados del mismo. | 1 2 3 4 5 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Mis intereses por el desarrollo profesional son actualmente muy escasos. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal (dolores de cabeza, insomnio). | 1 2 3 4 5 |
| 14. Mi trabajo es muy repetitivo. | 1 2 3 4 5 |
| 15. Estoy quemado por mi trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Me gusta el clima y ambiente de mi trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 17. El trabajo está afectando a mis relaciones de trabajo y familiares. | 1 2 3 4 5 |
| 18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 19. El trabajo que yo hago dista de ser el que yo hubiera querido. | 1 2 3 4 5 |
| 20. Mi trabajo me resulta muy aburrido. | 1 2 3 4 5 |
| 21. Los problemas de mi trabajo hacen que el rendimiento sea menor. | 1 2 3 4 5 |
| 22. La escasez de recursos materiales repercute significativamente en mi gratificación por el trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 23. La principal causa de malestar en el trabajo es: | |