



Universidad de Flores

Doctorado en Psicología

*“Síndrome de Burnout,  
Afrontamiento  
y Estilo Personal del Terapeuta  
en psicólogos clínicos del AMBA.”*

Director de tesis: Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio

Tesista: Mg. Diego Abel Argentino

Legajo Nro.: 17201

**Abril de 2021**

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Índice de Tablas y Figuras .....  | 5  |
| Agradecimientos .....   | 6  |
| Resumen .....   | 7  |
| Prólogo .....   | 9  |
| I. Introducción .....   | 11 |
| Planteamiento el problema .....   | 11 |
| Aporte de la investigación .....  | 13 |
| Objetivo general: .....   | 13 |
| Objetivos específicos: .....  | 13 |
| Pregunta central de la investigación: .....                                 | 13 |
| Preguntas adicionales: .....  | 14 |
| Hipótesis .....   | 14 |
| Estado del arte de las variables investigadas .....                         | 15 |
| Estado del arte Síndrome de Burnout .....                                   | 15 |
| Estado del arte del Estilo Personal del Terapeuta (EPT) .....               | 36 |
| Estado del arte de los Estilos y Estrategias de Afrontamiento .....         | 46 |
| II. Marco Teórico .....   | 55 |
| Capítulo 1. La clínica psicológica .....                                    | 55 |
| Capítulo 2. Síndrome de Burnout (SBO) .....                                 | 59 |
| Orígenes del término “Burnout” .....  | 59 |
| Burnout y organizaciones .....  | 64 |
| Diferenciando el Síndrome de Burnout (SBO) de problemáticas similares ..... | 66 |
| SBO y Estrategias de Afrontamiento .....                                    | 72 |
| Síntomas del SBO .....  | 72 |
| SBO en el psicólogo clínico .....   | 73 |
| Antecedentes del concepto .....   | 75 |
| El EPT-C .....  | 77 |
| Funciones o dimensiones del Estilo personal del terapeuta .....             | 78 |
| Historia y desarrollo del concepto de Afrontamiento .....                   | 80 |
| Afrontamiento Disposicional y situacional .....                             | 87 |
| Capítulo 4. Estilos y Estrategias de Afrontamiento .....                    | 90 |
| Cuestionarios de Afrontamiento: .....                                       | 93 |
| Afrontamiento individual Vs Afrontamiento familiar .....                    | 97 |

|  |     |
|--|-----|
| III. Método.....   | 99  |
| Diseño.....  | 99  |
| Participantes .....  | 99  |
| Criterios de Inclusión y exclusión .....   | 100 |
| Técnicas de recolección de datos.....  | 101 |
| Procedimiento:.....  | 102 |
| IV. Resultados .....   | 104 |
| Participantes .....  | 104 |
| Análisis de confiabilidad .....  | 104 |
| Análisis de Datos y normalidad.....  | 106 |
| Características laborales .....  | 108 |
| Nota: TLP: Trastorno límite de la personalidad. ....   | 110 |
| Caracterización de los niveles de <i>burnout</i> en los participantes de la muestra.....   | 111 |
| Variables sociolaborales y las variables relacionadas al síndrome de <i>burnout</i> .....  | 112 |
| Variables sociolaborales y Estilo personal del terapeuta .....   | 116 |
| Variables sociolaborales y Afrontamiento .....   | 118 |
| Asociaciones entre las variables relacionadas al síndrome de <i>burnout</i> y las Estrategias y Estilos de Afrontamiento .....     | 123 |
| Asociaciones entre las variables relacionadas a las Estrategias y Estilos de Afrontamiento y el Estilo personal del terapeuta..... | 125 |
| V. Discusión.....  | 129 |
| Variables centrales en relación a los objetivos .....  | 129 |
| Otras variables del MBI.....   | 135 |
| Variables sociodemográficas .....  | 135 |
| Sexo .....   | 135 |
| Edad.....  | 137 |
| Contexto de la práctica laboral y tipo de pacientes atendidos en relación al SBO. ...  | 140 |
| VI. Conclusiones .....   | 146 |
| Factores de riesgo .....   | 146 |
| Factores protectores .....   | 147 |
| VII. Limitaciones y Recomendaciones Futuras.....   | 149 |
| Anexos .....   | 151 |
| Consentimiento Informado .....   | 151 |
| Datos .....  | 151 |
| Maslach Burnout Inventory HHSS (MBI) .....   | 154 |

|   |     |
|---|-----|
| Cuestionario de evaluación del Estilo personal del terapeuta EPT-C..... | 155 |
| Escala COPE .....   | 158 |
| Anexo de Abreviaturas .....   | 161 |
| Referencias Bibliográficas.....   | 163 |

## Índice de Tablas y Figuras

|                  |     |
|------------------|-----|
| Tabla I.....     | 67  |
| Figura 1.....    | 83  |
| Tabla II.....    | 93  |
| Tabla III.....   | 105 |
| Tabla IV.....    | 107 |
| Tabla V.....     | 110 |
| Tabla VI.....    | 111 |
| Tabla VII.....   | 112 |
| Tabla VIII.....  | 113 |
| Figura 2.....    | 114 |
| Figura 3.....    | 115 |
| Figura 4.....    | 116 |
| Tabla IX.....    | 117 |
| Figura 5.....    | 118 |
| Tabla X.....     | 119 |
| Tabla XI.....    | 120 |
| Tabla XII.....   | 121 |
| Tabla XIII.....  | 122 |
| Tabla XIV.....   | 123 |
| Tabla XV.....    | 124 |
| Tabla XVI.....   | 125 |
| Tabla XVII.....  | 126 |
| Tabla XVIII..... | 128 |

## **Agradecimientos**

Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer enormemente a todos aquellos que me acompañaron y colaboraron en la realización de esta tesis.

A mis padres, hermanos y cuñados, que con su sacrificio y responsabilidad han sido un enorme ejemplo para la vida profesional.

A Andrea, mi esposa, por su compañerismo y aliento en cada momento de mi crecimiento personal.

A Patricio y Candela, mis hijos, por su tolerancia todos esos domingos en que esta investigación me distrajo de ellos.

Al Dr. Marcelo Ceberio, mi director de tesis, por acompañarme desde el primer día en este recorrido, especialmente en los momentos más delicados.

A la Dra. Analía Losada, el Dr. Lucas Cuenya y el Magister Fabián Borea por su asesoramiento metodológico.

Al Dr. Bernardo Kerman, quien me ha honrado todos estos años en los que me formé bajo su tutela.

A todos mis compañeros y docentes del doctorado que han brindado apoyo en cada actividad.

A toda la Comunidad de la Universidad de Flores, por brindarme la oportunidad de realizar este postgrado otorgándome la beca que lo hizo posible.

A todos los psicólogos que se tomaron el trabajo de responder los cuestionarios de la presente investigación para que este sueño pueda concretarse.

## **Resumen**

El objetivo de esta investigación ha sido analizar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y el Síndrome de Burnout entre los psicólogos clínicos de la muestra.

Para ello, se encuestó a 235 psicólogos clínicos del AMBA y se le administró el MBI HHSS (Maslach Burnout Inventory Human Services), el EPT-C (Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta) y la (COPE) Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento en la versión castellana de Crespo y Cruzado (1997).

En primer lugar, se pudo observar que el 8.1% de los encuestados padecían Burnout de acuerdo a los puntos de corte establecidos por Neira (2004). En segundo término, se han encontrado cuarenta y siete correlaciones significativas entre estas dimensiones, por lo que se puede concluir que las cuatro variables principales estudiadas se encuentran íntimamente relacionadas, influyendo mutuamente entre sí. Además, se encontraron veintidós correlaciones entre estas dimensiones y algunas variables sociolaborales.

La información relevada por la presente investigación resulta para la formación de grado y posgrado de esta población ya que contribuiría en la prevención de este Síndrome a través de la modificación en las pautas de interacción con sus pacientes.

## **Abstract**

The goal of this research was to analyze the relationship between Therapist Personal Style, Coping Styles and Strategies and Burnout Syndrome among the clinical psychologists

In order to achieve this goal, 235 clinical psychologists from the AMBA (Argentina) were surveyed and administered the MBI HHSS (Maslach Burnout Inventory Human Services), the EPT-C (Therapist Personal Style Questionnaire) and the (COPE) Multidimensional Scale for the Evaluation of General Coping Styles in the Spanish version of Crespo and Cruzado (1997).

First, it could be observed that 8.1% of the respondents suffered from Burnout according to the cut-off points established by Neira (2004). Second, forty-seven significant correlations were found between these dimensions, so it can be concluded that the four main variables studied are closely related, mutually influencing each other. In addition, twenty-two correlations were found between these dimensions and some socio-labor variables.

The information gathered by the present research is useful for the undergraduate and graduate training of this population since it would contribute to the prevention of this syndrome through the modification of the interaction patterns with their patients.

### **Resumo**

O objectivo desta investigação foi analisar a relação entre o Estilo Pessoal do Terapeuta, Estilos e Estratégias de Enfrentamento e a Síndrome de Burnout entre os psicólogos clínicos da amostra.

Para isto este efeito, foram entrevistados 235 psicólogos clínicos da AMBA aos quais também foram aplicados e administraram o MBI HHSS (Maslach Burnout Inventory Human Services), o EPT-C (Questionário de estilo pessoal do terapeuta Therapist Personal Style Questionnaire) e a (COPE) Escala Multidimensional para avaliação dos estilos gerais de Enfrentamento Multidimensional Scale for the Evaluation of General Coping Styles na versão espanhola de Crespo e Cruzado (1997). Adicionando resultados.

Em primeiro lugar, foi possível observar pôde observar-se que 8,1% dos entrevistados inquiridos sofreram de Burnout de acordo com os pontos de corte estabelecidos por Neira (2004). Em segundo lugar, foram encontradas quarenta e sete correlações significativas entre estas dimensões, pelo que se pode concluir que as quatro principais variáveis estudadas estão intimamente relacionadas, influenciando-se mutuamente. Além disso, foram encontradas vinte e quatro correlações entre estas dimensões e algumas variáveis sócio-laborais.

A informação recolhida por esta investigação é útil para a formação de graduação e pós-graduação desta população, uma vez que contribuiria para a prevenção desta síndrome através da modificação dos padrões de interação com os seus pacientes.

## Prólogo

La presente tesis tiene como objetivo principal analizar la relación entre las diferentes dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Mi interés por el Síndrome de Burnout está basado en mi propia experiencia. Apenas recibido, con 24 años de edad y con muchas más ganas que capacitación, tuve la oportunidad de atender adictos en una Comunidad Terapéutica de la localidad de Glew. Un lugar de difícil acceso y con mucho trabajo por hacer. Poco tiempo debió pasar para reconocer que la formación de grado que la Universidad me había brindado no me alcanzaba para intervenir efectivamente en este entorno. A partir de allí, aprendí mucho de mis colegas y los operadores socioterapéuticos que me acompañaban. Pero sobre todo de los pacientes, de los errores y aciertos que iba teniendo en la práctica.

Todo el idealismo e ingenuidad con el que comencé la tarea fue mermando con el tiempo. Cada vez me iban proponiendo más horas de trabajo y debía pasar algunas noches y/o fines de semana dentro la granja. Era algo común. Todos mis compañeros lo hacían. Uno se va acostumbrando y de a poco, muy de a poco se fue produciendo un desgaste casi imperceptible. Recaídas, deserciones, graduaciones, alegrías, mentiras, iban sucediéndose cada día. Fui atravesando diferentes centros de atención de adictos. Cada uno de ellos con circunstancias diferentes, pero en todos ellos tenía un factor que resultaba un denominador común a todos: la alta demanda de los pacientes, sus familiares, juzgados, etc...

Esta excesiva carga laboral y escasez de recursos derivó en una crisis con mi profesión. No estaba siendo todo lo feliz que había soñado hacer. Me descubrí varias veces poniéndome contento porque un paciente cancelaba la sesión o irritándome si sonaba el teléfono. Afortunadamente esa crisis fue un trampolín necesario para comprender que el problema no era mi profesión sino la forma en la que se estaba afrontando. Esta nueva etapa de la vida adulta requería decisiones adultas y recursos que estuvieran a la altura de las circunstancias. Allí comenzaron las decisiones que modificaron la antigua forma de trabajo por nuevos Estilos (de Afrontamiento y personales del terapeuta) que me ayudaron a disfrutar la profesión y a dar un mejor servicio. Así, aparecieron nuevas capacitaciones como la Maestría en Prevención y Asistencia de las drogadependencias y el Doctorado en Psicología que me permitieron comprender que lo que había padecido estaba relacionado con el Burnout y que

lo que me pasó le podía suceder a otros psicólogos clínicos.

Por eso, al elegir el tema de la tesis me pareció importante conocer y difundir información basada en la evidencia a los colegas ya recibidos y a los estudiantes de grado sobre los desafíos de la profesión. Por un lado, sentí que podía ser de gran utilidad para otros y por otro, una forma de darle sentido al sufrimiento pasado.

Para finalizar esta exposición quisiera presentar la organización de esta tesis. La misma está ordenada de la siguiente manera:

Comienza con la **Introducción**, donde se cuenta el planteo del problema, la pregunta de la investigación, las hipótesis, el objetivo general, los específicos y el estado actual del conocimiento sobre el Síndrome de Burnout, Estilos y Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los psicólogos clínicos y el Estilo Personal del Terapeuta. A continuación, se encuentra el **Marco Teórico** en el que se profundiza sobre los conceptos de Burnout, Afrontamiento y el Estilo Personal del Terapeuta. También se describe brevemente en que consiste la tarea del psicólogo clínico.

Luego tiene lugar el capítulo donde se describe la **Metodología de la investigación**. Allí se detalla el diseño de la investigación y la muestra elegida, así como los criterios de exclusión e inclusión. Posteriormente se comenta sobre el instrumento que se utilizó para recoger los datos y el procedimiento para conseguir los mismos. Luego se exponen los análisis de confiabilidad, normalidad y como se realizó el análisis de datos correspondiente.

Después presentamos los **Resultados** de la investigación mediante gráficos y texto explicativo. Allí se detallan la información que será comentada en el capítulo denominado **Discusión**. Luego, presentaré la sección denominada **Conclusiones y limitaciones de la investigación**, donde se sintetizan los aportes realizados por la investigación y se formulan recomendaciones para futuros estudios.

Por último, esta tesis contiene en la parte final, una lista de las **Referencias Bibliográficas** utilizadas y los **Anexos** en los que se muestran los cuestionarios utilizados y algunos gráficos secundarios.

## I. Introducción

### Planteamiento el problema

La tarea llevada a cabo por los psicólogos clínicos, conlleva algunas variables que influyen directamente en la salud de los profesionales que la llevan adelante e indirectamente en los pacientes que reciben este servicio. En la presente investigación se profundizará sobre tres fenómenos que influyen directamente en el trabajo psicoterapéutico: El Estilo Personal del Terapeuta, el Síndrome de Burnout, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento que utiliza frecuentemente.

Respecto del primero de estos conceptos, Corbella y Fernández Álvarez, (2006) describen al EPT como las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser. También afirman que, por tratarse de un Estilo, aunque pueda sufrir pequeñas modificaciones, el ETP tiende a permanecer estable en el tiempo y dirige gran parte de las conductas del profesional respecto de su práctica clínica (García y Fernandez-Alvarez, 2007).

En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los psicoterapeutas, diversos estudios entre los que se encuentran Deutsch (1984); Cushway y Tyler (1994); Murtagh y Wollersheim (1997); Sherman y Thelen (1998); Stevanovic y Rupert (2004); Colao-Vitolo, (2006); Gerber y Hoelson, (2011); Sciberras y Pilkington (2018) han observado la tendencia hacia el uso del apoyo social y la supervisión como forma de combatir el estrés del trabajo clínico por un lado, y por otro, correlaciones entre las EA y el Síndrome de Burnout entre otra variables. Rodríguez Marín, (1995) y Gil-Monte y Peiró (1997) por ejemplo, coincidirán en entender al *burnout* como una respuesta al estrés laboral cuando las Estrategias funcionales de Afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto fracasan o son insuficientes.

Respecto del segundo constructo a investigar, Rao y Mehrotra (1998) plantean que el SBO puede afectar a los psicólogos, ya que es una población de riesgo por las características de su tarea asistencial. Cuando un psicoterapeuta sufre SBO, padece síntomas muy variados que interfieren negativamente en su trabajo, salud y vida personal.

Los pioneros en la literatura del Afrontamiento son Lazarus y Folkman (1984, 1986), quienes afirmarán que esta variable regula las reacciones emocionales de quienes se encuentran ante situaciones de estrés. Un tiempo después, Crespo y Cruzado (1997)

sostendrán que los Estilos de Afrontamiento adaptativos correlacionan con un nivel de estrés menor que si los Estilos de Afrontamiento utilizados corresponden con los Estilos de Afrontamiento desadaptativos.

A la luz de los estudios presentados, es interesante inferir algún punto de intersección entre el EPT y los Estilos de Afrontamiento que puede usar un psicólogo clínico. Carver y Scheier (1994), conceptualizaron distintos Estilos de Afrontamiento como predisposiciones personales utilizadas para enfrentar diversas situaciones estresantes y van a disponer el uso de ciertas Estrategias de Afrontamiento, así como la estabilidad temporal y situacional de las mismas. En el mismo trabajo, los autores, diferencian entre un Afrontamiento situacional, que puede variar según su entorno y el disposicional, a partir del cual las personas desarrollan Estilos conductuales habituales para enfrentar situaciones estresantes.

Dado que esta disposición a utilizar algunos Estilos y Estrategias por parte del psicólogo tiende a tener alguna estabilidad temporal y que el Estilo Personal del Terapeuta comparte estas características, resulta interesante averiguar si existe cierta correlación entre algunas de las dimensiones del EPT y las diferentes formas de Afrontamiento. Asimismo, esta estabilidad del Afrontamiento disposicional, hace posible que un Estilo de Afrontamiento desadaptativo se asocie a altos niveles de estrés crónico laboral, también llamado Síndrome de Burnout. Carlin y de los Fayos (2010) diferencian al SBO en dos variantes: SBO estado y SBO proceso. De ese modo, podemos ver una dimensión estática de este concepto asociada a un estado final que es medido para conocer su estado, y una dimensión procesual del SBO, que se produce en diferentes etapas de desarrollo, acompañadas de determinados mecanismos de Afrontamiento al estrés.

Hay estudios, (Valle, 2015; Rodriguez y Carlotto, 2017) que relacionaron SBO y EA en psicólogos pero no se han publicado aún investigaciones previas que relacionen EPT con SBO. Tampoco hay publicaciones científicas que hayan relacionado estas tres variables.

La presente investigación se ha propuesto determinar de qué manera se interrelacionan las diferentes dimensiones del SBO, Estilos y Estrategias de Afrontamiento y EPT

### **Aporte de la investigación**

Esta investigación puede brindar información actualizada y específica sobre el SBO, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y el Estilo Personal del Terapeuta que muestran los psicólogos clínicos que trabajan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Asimismo, se descubrirán las correlaciones entre estas variables. Esta información resultará imprescindible para cuidar a los recursos más valiosos, los humanos. Este cuidado resultará altamente beneficioso para los pacientes ya que un terapeuta que padece SBO ve afectado su desempeño profesional y algunas veces incluso, abandona el ejercicio de la profesión.

### **Objetivo general:**

Analizar la relación entre las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

### **Objetivos específicos:**

- Medir el nivel del SBO de este grupo de psicólogos clínicos del AMBA.
- Descubrir si existe correlación entre las dimensiones del EPT con las dimensiones del Síndrome de Burnout en este grupo de psicólogos del AMBA.
- Descubrir si existe correlación entre las Estrategias y Estilos de Afrontamiento con las dimensiones del Síndrome de Burnout en este grupo de psicólogos del AMBA.
- Descubrir si existe correlación entre las Estrategias y Estilos de Afrontamiento con las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta en este grupo de psicólogos del AMBA.
- Comparar los resultados del nivel de Burnout y sus dimensiones entre psicólogos y psicólogas de la muestra.

### **Pregunta central de la investigación:**

¿Cómo se relacionan entre sí las diferentes dimensiones del EPT y los Estilos y Estrategias de Afrontamiento al estrés y las tres variables del SBO?

### **Preguntas adicionales:**

¿Existe alguna relación entre las dimensiones del Burnout y alguna dimensión del Estilo del terapeuta? ¿Cuál?

¿Existe alguna relación entre las dimensiones del Burnout y algún Estilo o Estrategia de Afrontamiento al estrés? ¿Cuál?

¿Existe alguna relación entre las dimensiones del Estilo personal del terapeuta y algún Estilo o Estrategia de Afrontamiento al estrés? ¿Cuál?

### **Hipótesis**

1. Existe correlación entre algunas dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta y alguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout.
2. Existe correlación entre algunas dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta y los Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés.
3. Existe correlación entre algunas Estrategias y Estilos de Afrontamiento y las dimensiones del SBO.

Estas hipótesis surgen al considerar que tanto el EPT como el Afrontamiento disposicional suponen alguna estabilidad temporal, actitudes y conductas que pueden afectar el distress que un psicólogo padezca en su quehacer terapéutico. Asimismo, Rao y Mehrotra (1998) reconocen que cuando el SBO afecta a un psicólogo, esto interfiere en su forma de trabajo y vida personal.

Además, Gil-Monte (2002) afirma que el empleo de Estrategias de Afrontamiento previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. A nivel individual este autor recomienda el entrenamiento respecto a las técnicas de Afrontamiento enfocadas en la solución de problemas y el entrenamiento de la asertividad. Por otra parte, Durruty (2005) sostiene que la asertividad tiene un efecto preventivo del SBO en psicoterapeutas, al considerarla como parte de un programa de autocuidado. Algunas dimensiones del EPT evalúan conductas y actitudes pasibles de ser consideradas como asertivas, sumisas o agresivas.

## **Estado del arte de las variables investigadas**

### ***Estado del arte Síndrome de Burnout***

El SBO ha sido objeto de una vasta investigación desde las observaciones de Freudenberg (1974) en la Free Clinic de New York. Según Moreno-Jiménez et al. (2005), el estudio del Burnout ha estado dividido en dos etapas claramente diferenciadas: un período pionero de formulación conceptual y otro de afianzamiento y de verificación empírica. En este capítulo nos vamos a centrar en esta última etapa. El estudio longitudinal realizado por Lee y Ashforth (1993) confirmó el escaso papel independiente de la realización personal respecto de las demás dimensiones del síndrome, lo cual apoya la idea de que nos encontramos frente a un síndrome que presenta tres funciones diferentes y relacionadas entre sí.

La mayoría de los investigadores expresa que las Estrategias de Afrontamiento activas y directas están asociadas con niveles de burnout inferiores a los asociados con las Estrategias de Afrontamiento inactivas o indirectas (Folkman y Lazarus, 1985)

Estudios llevados a cabo por Leiter, (1988), Leiter y Maslach, (1988) y Leiter y Meechan, (1986) han confirmado las asociaciones positivas esperadas entre las relaciones emocionalmente exigentes de los receptores de servicios y agotamiento emocional de quienes brindan ese servicio y entre el agotamiento emocional y despersonalización.

Posteriormente, Byrne (1994) empleó técnicas de modelado causales para probar el modelo secuencial de burnout, en donde el trastorno evoluciona en fases, en un estudio transversal y confirmó el modelo en tres muestras con maestros.

Confirmando la importancia del burnout en el mundo laboral y la economía, Elkin y Rosch (1990) hallaron que la industria norteamericana perdía en ese entonces 550 millones de días de trabajo debido al ausentismo y que el 54% de los mismos tiene alguna relación con el estrés.

Párraga (2005) ha realizado una tesis de doctorado en la que ha probado la eficacia del programa IRIS, el cual consiste en una intervención cognitivo-conductual que fue aplicado a un grupo experimental y a un grupo de control, logrando una mejora en el grupo experimental respecto del agotamiento emocional, pero no así en las dimensiones de despersonalización y realización emocional. En la fase previa a la intervención, 34 sujetos tenían elevado el SBO y posteriormente solo 13 sujetos se mantenían como habían

comenzado. El programa ha conseguido este objetivo al conseguir que los profesionales manejen mejor su estrés en el lugar del trabajo debido a la reducción obtenida en la intensidad de sus respuestas de estrés y en sus niveles de ansiedad y de depresión, así como una mejora en sus actitudes psicológicas.

### **Algunas variables relacionadas con el Burnout**

Moreno et al. (2006) aseguran que, aunque la relación no sea muy significativa, las mujeres experimentan mayores niveles de agotamiento emocional lo que concuerda con los estudios de Maslach y Jackson (1981) y el correspondiente a Freudenberger y North (1985). La relación del síndrome de burnout con el sexo ha obtenido resultados discordantes en la literatura, pero en los casos en que se ha obtenido correlación con el género femenino ha sido por mayor cansancio emocional (Atance, 1997), mientras que en el hombre ha sido por mayor despersonalización (Brake et al., 2003; Grau et al., 2005). La literatura existente es contradictoria, algunos apuntan al varón como sexo de riesgo, otros a la mujer (Rodríguez et al. 2005; McCraine et al., 1987). Con la edad pasa lo mismo, mientras algunos estudios apuntan a la edad como factor de riesgo (Olivar et al., 1999) y otros como factor protector (Prieto Albino et al, 2002)

Algunos autores como Barnett et al., (1999) y Van Wijk et al. (1997) han encontrado como factor influyente en los niveles de burnout la carga laboral. Esta cantidad de horas mostró una relación positiva con el agotamiento emocional.

Schaufeli y Enzmann (1998) concluirán que el burnout tiende a ser más alto entre las personas que tienen baja autoestima, un locus externo de control, bajos niveles de resistencia, y un Estilo de conducta de Tipo-A. Asimismo, los autores afirmarán que el burnout está vinculado con la dimensión del neuroticismo. Este concepto incluye ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia y vulnerabilidad. Quienes presentan neuroticismo son emocionalmente inestables e inclinadas al distrés psicológico, lo cual conlleva riesgo de burnout.

Según Burke y Greenglass (2001), los trabajadores que experimentaron burnout informaron que su trabajo tenía un impacto negativo en su familia y que su matrimonio no era satisfactorio

Tal como lo señalan Schaufeli, y Buunk, (2003), tradicionalmente, las relaciones interpersonales entre los profesionales cuidadores y los beneficiarios que resultan

emocionalmente exigentes han sido consideradas como la causa de agotamiento.

### **SBO en trabajadores no sanitarios**

El síndrome de Burnout ha sido estudiado en muchísimas profesiones que no se encuentran vinculadas a la salud. Algunas de ellas se encuentran más vinculadas al trato con personas. Las siguientes investigaciones son una pequeña muestra de esta vasta investigación realizada.

Por un lado, Kop et al. (1999) descubrieron que los oficiales de policía con burnout reportaban más uso de violencia en contra de civiles.

Jiménez et al. (2006) realizaron un estudio en con 405 bomberos de la Comunidad de Madrid. Los resultados de los análisis de regresión múltiple jerárquica mostraron que el componente reto de personalidad resistente amortigua la influencia de los estresores laborales en la ocurrencia del burnout, asimismo el engagement apareció como moderador de la relación entre el burnout y su sintomatología asociada.

Por otro lado, Lewis et al. (2007), reúnen resultados consistentes a través de seis estudios que indicaron un alto nivel de burnout relacionado con el trabajo entre las muestras del clero, con independencia de la denominación religiosa o país. En Australia (Miner, 2007a, 2007b), los EE.UU. (Doolittle, 2007), en el Reino Unido (Francis, et al. 2007; Randall, 2007) usando una forma modificada del Maslach Burnout Inventory (Rutledge y Francis, 2004) especialmente adaptado para su uso entre los clérigos.

López (2009) estudió el grado de burnout en una muestra de 881 sacerdotes católicos latinoamericanos en México, Costa Rica y Puerto Rico. Los resultados reflejaron que el 60.38% de los sacerdotes sufren, en algún grado, del síndrome de burnout, y un 26% del total de sacerdotes manifiestan burnout en alto grado. Un 40% de los sacerdotes investigados presenta el grado más alto de Agotamiento Emocional. El 52 % de este grupo con alto Agotamiento Emocional se encuentra también despersonalizado en grado alto.

Por otro lado, Joseph (2010) realizó una investigación entre sacerdotes católicos en India, donde encontró que un 17,8% y 35,5% de ellos tienen altas puntuaciones en cansancio emocional y despersonalización, respectivamente, y 0.8% tienen puntuaciones bajas en la realización personal. De los resultados se deriva que 16,04% de los clérigos indios estaban quemados. Al mismo tiempo encontraron que un 40,5% de estos sacerdotes presentaba muy

buenos niveles de engagement.

Por otro lado, Valdivia et al. (2012), han estudiado la incidencia del Síndrome de Burnout en una muestra de 120 conductores de microbuses de la ciudad de Santiago de Chile. Los resultados revelan la presencia del síndrome, caracterizado por niveles bajos de cinismo (56,67%), pero altos en desgaste emocional (45,83%) y eficacia profesional (68,33%), observándose además que en la matriz de correlaciones sólo fue altamente significativa la correlación entre las variables desgaste emocional y cinismo (0,345), lo que permite concluir que las actitudes cínicas y de despersonalización constituyen un mecanismo defensivo frente al desgaste emocional provocado por el trabajo diario.

También en Chile, Faúndez et al. (2013) en una muestra de 112 conductores de transporte público confirmaron que el Burnout se correlaciona con Carga mental, pues los niveles del síndrome se asociaron positiva y significativamente. Asimismo, la prevalencia del Burnout fue del 23,22% con el CESQT (Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo).

### **SBO en el personal sanitario en general:**

Pionero en esta preocupación acerca de la salud de los profesionales de la salud, Balint (1961) comienza a utilizar un dispositivo diseñado para reflexionar acerca de la relación entre el médico y su paciente, en los años 50 en Londres. El nombre con el que se los conoce es “grupos Balint”, ya que llevan el nombre del médico húngaro que los creó. Ribé (2012) indica que la formación psicoanalítica de Balint (el funcionamiento de sus grupos se apoyaba en las teorías de Bion) le permitió adaptar el espacio de la supervisión clínica al ámbito médico facilitándole a los participantes un espacio de contención y catarsis de las ansiedades y frustraciones producidas por el trabajo. Sin embargo, este no era el objetivo principal de los grupos, que intentaban en principio, mejorar el potencial terapéutico del médico a través de su relación con su paciente.

Leiter et al. (1998) descubrió que las enfermeras que experimentan niveles más elevados de burnout, brindaban, un nivel más bajo de cuidado.

Grau et al. (2008) han investigado una muestra de 6150 profesionales sanitarios de Hispanoamérica con el objetivo de comparar los resultados entre el Burnout percibido mediante la pregunta “se siente usted <<quemado>> o con síndrome de Burnout?” y los arrojados por el MBI. En el primer caso los que contestan afirmativamente a la pregunta son

el 36,3% de la muestra, mientras el 63.7% contestó que no. Los profesionales con la sensación de “estar quemados” son más jóvenes, tienen menos años de profesión y menor experiencia en el trabajo actual, y dedican menos horas al ocio. Asimismo, el número de percepción de encontrarse quemado por el trabajo fue mayor en los profesionales que están separados-divorciados o solteros que en los casados-con pareja o en los viudos. El burnout percibido mediante esta pregunta informal se encuentra solamente relacionado con el Cansancio Emocional del MBI. El burnout percibido se asocia a la sensación de deterioro personal y familiar por las condiciones laborales, y al planteamiento de abandono de la profesión. La investigación concluye que una pregunta simple sobre la percepción de burnout no puede sustituir la utilización de instrumentos de evaluación de este síndrome, sino que debe ser complementaria.

Posteriormente, Grau et al. (2009) estudiaron la Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana con una edad media de 41,7 años mediante pruebas de regresión logística. Los resultados de prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fueron de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica.

Atance Martinez (1997) estudió los aspectos epidemiológicos del personal sanitario del área pública de Guadalajara respecto del SBO y obtuvo el siguiente perfil epidemiológico de riesgo: mujer de más de 41 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión, con más, de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70 % de la jornada laboral y trabaja entre 36 y 40 horas semanales. En cuanto al número de hijos no hubo diferencias significativas para ninguna de las dimensiones del síndrome, contradiciendo lo referido por algunos autores. (Maslach y Jackson, 1985; Naisberg-Fenning et al., 1991).

Del Valle y Vidal (2007) estudiaron el SBO entre profesionales de atención primaria

del Hospital Central de Asturias. Fue detectado alto grado de burnout en el 36,6% (2-44,6) de los profesionales. Mayores puntuaciones en las diferentes subescalas se relacionaron con ser varón, mayor edad, ser médico de familia, trabajar en un equipo de Atención Primaria, mayor experiencia y mayor presión asistencial.

Naisberg-Fennig et al. (1991) investigaron un grupo de cuarenta y nueve psiquiatras, residentes y especialistas de tres hospitales. Las características de la personalidad elegidas fueron: represión-sensibilización (RS), el estado de ansiedad (AS) y el ingenio aprendidas (LR), también registraron la edad, permanencia en el trabajo, tiempo en el lugar de trabajo, estado civil, y el país de origen. En este caso, Burnout correlacionó positivamente con las siguientes características de la personalidad: estado de ansiedad (AS) y de represión-sensibilización (RS) y negativamente relacionado con el ingenio aprendido (LR).

Posteriormente, Nuñez (2020) realizó un estudio con 128 profesionales sanitarios del Hospital Público Provincial de Pediatría “Dr. Fernando Barreyro” de la ciudad de Posadas. Los resultados revelaron que el 21.9% de los participantes presentaron los 3 indicadores de Burnout. Se pudo comprobar que los profesionales que presentaron los 3 indicadores del síndrome tenían menos valores de Autoeficacia que aquellos que tenían 1, 2 o ningún indicador.

Finalmente, Ortiz-Fune (2020) pudo observar en un grupo de 269 trabajadores españoles de salud mental que la flexibilidad psicológica presenta una correlación negativa con las tres dimensiones del burnout, mientras la evitación experiencial mantiene una correlación positiva. La flexibilidad psicológica también mostró asociaciones significativas con las tres dimensiones del burnout en las investigaciones de Iglesias et al. (2010) y Noone y Hastings (2011). Con respecto a las variables del modelo ACL (Awareness, Courage y Love), se observaron correlaciones negativas entre la dimensión Despersonalización con Valor y Amor, entre Agotamiento y Amor y Realización Personal con todas las dimensiones del modelo ACL.

### **Estado del arte del SBO en psicólogos**

Teniendo en cuenta los objetivos de la presente tesis, el siguiente recorrido va a explorar fundamentalmente los estudios realizados sobre la aparición de esta problemática entre los psicólogos clínicos. Para una mejor organización del material, se ha agrupado el

estado del arte en apartados según las variables examinadas.

**Primeras Investigaciones:** Guy et al. (1989) realizaron una encuesta en Estados Unidos a 749 psicólogos que practicaban psicoterapia. Allí realizó una evaluación del impacto de la angustia personal de los terapeutas en la calidad de la atención proporcionada al paciente. El 74,3% informó que experimentó "problemas personales" durante los 3 años anteriores; De ellos, el 36,7% indicó que disminuyó la calidad de la atención al paciente, y el 4,6% admitió que dio lugar a un tratamiento inadecuado.

Algo similar ocurrió en la investigación de Pope et al. (1995), quienes manifiestan que el 62 % de los miembros de la división 29 de la American Psychological Association admitieron que siguieron trabajando a pesar de estar demasiado estresados como para ser efectivos.

Por otro lado, Greben, (1975) y Dare, (1997) señalan el hecho específico y frecuente de que los psicólogos sean objeto de una visión idealizada por parte de los pacientes y de las personas en general como un elemento asociado al SBO.

Varios autores, entre ellos Farber y Heifetz, (1982); Guy y Liaboe, (1986); y Varma (1997) señalan que la atención psicoterapéutica ha sido considerada como un factor que puede causar un impacto negativo en la vida personal del terapeuta.

Sin embargo, autores como Farber, (1983) o Guy y Liaboe, (1986), consideran que la profesión del psicólogo no presenta sólo problemas, sino también aspectos positivos tales como el desarrollo de una mayor capacidad de introspección y una mayor sensibilidad o habilidad de autoreflexión. En ese mismo sentido, Farber y Heifetz (1982) afirman que esta profesión aporta mayor comprensión del comportamiento de los demás y capacidad de ayudar a las personas, lo que Rao y Mehrotra, (1998) consideran que puede aportar una alta satisfacción personal al ejercicio de la profesión.

Posteriormente, Otero et al. (2013) han encontrado una escasa incidencia de SBO en un grupo de 30 psicólogos que trabajan en el ámbito de la salud. Los resultados muestran en esta población una baja prevalencia. Menos de la mitad de ellos presentaba agotamiento emocional, una quinta parte despersonalización y solo tres casos mostraban un índice bajo de realización personal, sin haber una correlación directa entre los tres factores.

Más cercano a la actualidad, Marthínez Lupera y Guerrón Guaigua (2020) encuestaron veintidós profesionales de la rama de psicología clínica y forense que trabajan

en una Unidad Judicial de Ecuador. Allí encontraron alta prevalencia en las tres dimensiones del Burnout, una gran fatiga física, sensación de pesadez e imposibilidad de valorarse positivamente.

En relación a la supervisión y Burnout, Johnson et al. (2020) observó en una muestra de Doscientos noventa y ocho psicológicos clínicos, encontrando asociación entre una supervisión de mayor calidad y una menor Despersonalización. La frecuencia de la supervisión no mostró ninguna correlación significativa.

Respecto a los factores de riesgo y los efectos del burnout entre los psicoterapeutas, Yang y Hayes (2020) realizaron una revisión exhaustiva de 44 estudios cuantitativos y cualitativos de la última década. Hallaron que los factores que influyen en el burnout eran la percepción del control del trabajo, la naturaleza de la carga de trabajo de los psicoterapeutas, las reacciones de contratransferencia, el apoyo de los supervisores y el historial de salud mental de los psicoterapeutas.

Por último, Biehl et al. (2021) observaron alto nivel de Burnout en una muestra de 915 psicólogos. También hallaron correlación entre Burnout y el multiempleo mientras que los psicólogos clínicos que ejercieron la docencia paralela tuvieron puntuaciones altas en la dimensión despersonalización.

### **Carga laboral y SBO en psicólogos clínicos**

Respecto a la cantidad de horas de trabajo y SBO, Maslach y Leiter (1997), Ordenes (2004), Thomas (2004), Gopal et al. (2005), Rupert y Morgan (2005), Casari et al. (2015) entre muchos otros estudios, han encontrado correlación entre CE y carga laboral, tanto en psicólogos como en diferentes tipos de actividades laborales. Estos resultados confirman lo expresado por Farber (1985), quien indicó que el exceso de trabajo es uno de los factores que más favorecen el estrés en los psicoterapeutas. En cambio. Por el contrario, Vredenburgh et al. (1999) observaron una relación positiva entre las horas semanales de contacto con el cliente y el sentido de realización personal.

### **Ámbito donde se realiza la práctica clínica y SBO**

Respecto del ámbito donde se realiza la práctica clínica, Perez et al. (2004), consideran fundamental las variables organizacionales como predisponentes o protectoras

respecto del SBO. Del mismo modo, Vredenburgh et al. (1999) muestran en su investigación que en la práctica psicológica privada se dan los niveles más bajos de agotamiento, mientras que en los entornos hospitalarios se indican los niveles más altos de agotamiento y Emery et al. (2009) encontraron correlación entre agotamiento emocional y trabajar en el gobierno. En consonancia con lo anterior, Ackerley et al. (1988) y Rupert y Morgan (2005) encontraron mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización en los psicólogos que experimentaban sentimientos de falta de control en el ámbito terapéutico, lo cual suele suceder dentro del ámbito organizacional en contraste con el consultorio particular.

Varios autores van a resaltar el Estilo saludable o insalubre de algunas organizaciones sanitarias. Olabarría y Mansilla (2007) afirman que hay acciones preventivas del SBO en psicólogos que se pueden llevar a cabo en tres niveles: el autocuidado, en los equipos de trabajo sanitario y en las organizaciones. Intxusta (2001) sostiene que estos sentimientos, pueden superarse mediante el proceso de formación permanente y supervisión grupal. Respecto de las propuestas llevadas a cabo para contrarrestar esta realidad organizacional encontramos los grupos Balint para médicos y en el caso de los psicólogos la supervisión, un buen funcionamiento del equipo terapéutico como principal agente contra el desgaste profesional. Intxusta (2008) plantea que con una dinámica institucional saludable, el profesional puede experimentar la sensación de no estar solo ante el peligro.

En cuanto a la relación entre trabajar en organizaciones y género, Rupert y Morgan (2005) encontraron mayor nivel de CE en las psicólogas que trabajaban en relación de dependencia respecto de aquellas que lo hacían en forma independiente. En cambio, los psicólogos de sexo masculino, experimentaron mayores niveles de agotamiento en la práctica independiente.

Respecto de las dimensiones del SBO y género la mayoría de las investigaciones no han encontrado diferencias entre los terapeutas. Solo tres estudios afirman lo contrario: Viveros y Herrera (2013) en Veracruz notaron que la mayoría de los afectados de dicho síndrome eran mujeres. Emery et al. (2009) encontraron correlación entre CE y ser mujer en una muestra de psicólogos en Australia.

Por último, Vredenburgh et al. (1999) observaron en ese mismo país, que los psicólogos hombres experimentaron una mayor despersonalización que las mujeres.

## **SBO en psicólogos clínicos según el diagnóstico de los pacientes que atienden**

Varios autores afirman que el tipo de pacientes con que se trabaja es un aspecto que predispone al desgaste. En este sentido, Intxusta (2008) considera que los 3 tipos de trastornos que representan más desgaste en los equipos son: a) Las personas con trastornos de personalidad borderline y con consumo de sustancias. b) Los pacientes con un trastorno depresivo grave o distímicas que presentan un riesgo de cometer un acto suicida. y c) los consumidores que han cometido actos violentos y que necesitan límites muy claros en la relación asistencial, con normas claras y consensuadas.

Apoyando esta opinión, Farber y Heifetz (1982) sostienen que algunas características del paciente, como la depresión o las tendencias suicidas y situaciones personales muy próximas a las del terapeuta, pueden ocasionar la actualización de viejos problemas o ser desencadenantes de perturbaciones en el profesional. En el mismo sentido, Oravec y Moore (2006) afirman que el suicidio de un paciente es una experiencia dolorosa para muchos profesionales de la salud mental y puede contribuir al desarrollo más temprano y frecuente del agotamiento profesional. Para reducir este riesgo proponen realizar una capacitación profunda sobre la ideación y conducta suicida.

Senter et al. (2010) observaron que los psicólogos que trabajan en correccionales padecen niveles más altos de desgaste laboral en relación con los que atienden veteranos y los psicólogos que trabajan en los Centros de Orientación Universitaria. El grupo de psicólogos que trabaja en correccionales y los que brindan sus servicios en los Hospitales psiquiátricos públicos reportaron mucha menor satisfacción laboral que aquellos que desempeñan su labor en los Centros Universitarios.

Putrino et al. (2019) investigaron las reacciones fisiológicas y emocionales en 43 psicoterapeutas de diferentes orientaciones teóricas que hubieran atendido en el último año a pacientes con TLP y depresión. Los resultados arrojaron que el 72% de los terapeutas que atendieron a pacientes con depresión expresaron tener una carga emocional con un impacto negativo, con reacciones fisiológicas de agotamiento mental y frustración manifestada en forma de somnolencia o fatiga, nervios o dolor de estómago cuando algún paciente le contaba sus pensamientos suicidas. Asimismo, el 68% de los terapeutas que atendieron a pacientes con TLP, manifestaron tener una carga emocional con un impacto negativo cuando trabajaban

con pacientes con TLP, con reacciones fisiológicas como aumento de frecuencia cardiaca, contracción muscular. Esto confirma lo que ya sostenía Lo Fiego (2013), quien afirmaba que los niveles de agotamiento emocional y despersonalización aumentan proporcionalmente con la cantidad de pacientes con TLP tratados, lo cual no coincide con la investigación realizada por Argentino (2017) donde no existen diferencias significativas entre quienes atienden este tipo de pacientes y quienes no lo hacen.

Numerosos autores entre los que se encuentran Colletti (1999); Vega (2004); Cirillo et al. (1999); Castresana (2003); Pérez et al. (2004); sugieren que los desafíos de la práctica de atender pacientes con consumo problemático de sustancias pueden favorecer el estrés laboral y el Burnout. En este mismo sentido, Castresana (2003) afirma que el profesional que trabaja con este tipo de pacientes tiene que manejar niveles de frustración más intensos que con otro tipo de pacientes, debido al mayor número de recaídas que tienen lugar en el tratamiento y el nivel de dificultad de su rehabilitación.

Por otro lado, investigadores como Peña (1998); Nabitiz et al. (2000); Fernández y Luis (2013); Otero, Grajeda et al. (2013); Chromechek et al. (2014); han observado bajos niveles de SBO entre los psicólogos que atendían pacientes con consumo problemático. En consonancia con esos resultados, Chromechek et al. (2014) observaron en personal de los Centros de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, una prevalencia baja del síndrome entre los psicólogos (4,2%), cifra que aumenta entre los administrativos (28,6%) y entre los trabajadores sociales (33,33%). También es baja la presencia de Burnout en la muestra total (un 6,8%) en relación a los estándares de prevalencia a nivel mundial, aunque el 66% de la muestra presenta elevada al menos una de las tres dimensiones. Entre las razones que se infieren de estos resultados, los autores consideran que los servicios encuestados funcionan de manera descentralizada y en ciudades pequeñas pudiendo de esta manera no verse demandados por gran cantidad de pacientes. Además, las personas encuestadas podrían gozar de una mayor estabilidad laboral por pertenecer al “Sector Público”, y al hecho de que el 81 por ciento de la muestra trabaja entre 4 y 8 horas, un horario reducido en comparación con lo que se suele trabajar en este sector. Es interesante observar que los empleados de mayor antigüedad presentan elevados niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización y al mismo tiempo en la dimensión Realización Personal estos tengan también un nivel elevado,

lo cual los excluye del grupo con Burnout positivo.

Por último, la investigación llevada a cabo recientemente por Argentino (2017) tampoco ha hallado diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del burnout entre los psicólogos que trabajan con consumo problemático de sustancias de aquellos que atienden otro tipo de pacientes.

### **Nivel de implicación de los terapeutas y SBO**

Dos estudios se refieren al nivel de implicación de los psicólogos con sus pacientes. Por un lado, Ackerley et al. (1988), hallaron mayor nivel de SBO entre quienes se sintieron demasiados comprometidos con sus pacientes, y Lee et al. (2011) encontraron correlación positiva entre el exceso de implicación y el agotamiento emocional.

### **Antigüedad en la profesión, rango etario, formación y SBO en psicólogos clínicos**

Hay dos variables que sin ser idénticas resultan bastantes cercanas: el tiempo transcurrido desde la graduación y la edad de los psicólogos. En ambos casos los estudios tienen resultados similares. Vredenburg et al. (1999) encontraron una relación inversa entre la edad y el agotamiento mientras Covolan (1996) observó que los psicólogos que llevaban menor tiempo desde el momento de su graduación, presentaban menores puntajes en realización personal y mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización que aquellos que tenían más tiempo de haberse recibido. Biehl (2009) encontró mayores niveles de SBO, despersonalización y bajos niveles de realización personal entre los psicólogos que tenían poca formación. Si bien no manifiesta la edad ni el tiempo transcurrido de su graduación, se puede inferir a estos factores como las posibles causas de esta característica. Farber (1985) observó también que aquellos psicólogos que poseen más experiencia son menos vulnerables al estrés. Ackerley et al. (1988) también encontró mayores niveles de burnout entre los psicólogos más jóvenes. Es llamativo el caso de la investigación de Biehl (2009), que en una investigación con una muestra de 915 psicólogos brasileños, encontró que los profesionales solteros, sin hijos, experimentaron niveles altos de SBO, despersonalización y bajos niveles de realización personal. En cambio, aquellos que tenían 2 hijos o más, experimentaban menor cansancio emocional, menor despersonalización y mayor nivel de realización personal. A la luz de los estudios más arriba citados es posible considerar

que los valores hallados podrían estar más relacionados con la variable etaria que con el hecho de estar solteros y con hijos.

Rudolph et al. (1997) estudiaron algunos factores que intervienen en el desarrollo de estrés traumático secundario, considerando grado de formación (licenciado, máster, doctorado) y sexo. En su conjunto, un 37% de la población mostró índices elevados de fatiga por compasión y un 54% alto riesgo de Burnout. El grupo de profesionales con educación en máster exhibió mayor riesgo de desarrollar fatiga por compasión y burnout, mientras que el grupo de licenciados presentó un riesgo significativamente menor y en el grupo de profesionales con nivel doctoral se observó un riesgo moderado. Por otro lado, con respecto a la satisfacción con la vida, se encontró una interacción de la variable sexo con el nivel de formación. Los profesionales con nivel formación doctoral presentaron mejor calidad de vida, en comparación con la muestra total. Las mujeres con formación doctoral y los hombres con formación de máster reportaron niveles bajos de satisfacción. Mientras que las mujeres con nivel de licenciatura y máster reportaron un nivel moderado de satisfacción. En suma, los resultados del presente estudio sugieren que uno de cada tres profesionales de salud mental tiene un alto riesgo de desarrollar estrés traumático secundario, y uno de cada dos de desarrollar burnout.

Numerosos autores encontraron correlaciones positivas significativas entre síndrome del quemado y estrés traumático secundario (Rudolph et al., 1997; Beaton y Murphy, 1995; Birck, 2002; Jenkins y Baird, 2002; Kadambi y Truscott, 2003; Perron y Hiltz, 2006), lo cual significa que atender pacientes que padecen situaciones traumáticas está íntimamente relacionado con experimentar burnout.

### **Nivel de ingresos y economía en relación al SBO en psicólogos clínicos**

Cuatro estudios se refieren al nivel de ingresos de los psicólogos en relación al estrés y burnout. En primer lugar, Farber (1985) indicó que un factor que favorece el estrés en los psicoterapeutas es tener elevadas expectativas con una baja gratificación. Por otro lado, Covolan (1996) incluyó los problemas económicos en la lista de elementos que generaban estrés en los terapeutas, y, por último, Ackerley et al. (1988) encontraron mayor nivel de SBO entre los psicólogos que ganaban poco dinero. En disonancia, Emery et. al (2009) observaron que los niveles más altos de realización personal están vinculados con un ingreso anual más

bajo.

### **Estrategias de Afrontamiento y SBO en psicólogos clínicos**

Schaufeli y Enzmann (1998) hallaron que quienes padecen burnout enfrentan el estrés pasivamente, con una postura defensiva, mientras que los Estilos activos de Afrontamiento se asocian con menos burnout.

Valle (2015) ha realizado una investigación sobre el sentido de vida, estrés laboral y Estrategias de Afrontamiento en 110 trabajadores que asisten drogodependientes. En la muestra participaron médicos clínicos y psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, musicoterapeutas, enfermeros, psicopedagogos, profesores de educación física y personal técnico no profesional. El estudio pudo corroborar que los trabajadores que se encontraban medianamente estresados, utilizaban con mayor frecuencia la Estrategia de Afrontamiento resolución de problemas y medianamente la retirada social. Asimismo, los trabajadores que presentaron menor cantidad de síntomas y menor auto percepción del Estrés utilizaban mayor nivel de Estrategias de resolución de problemas, mientras que aquellos que presentaron mayor cantidad de síntomas y mayor auto percepción del estrés utilizaban Estrategias de Afrontamiento de retirada social. Por último, quienes mostraron menor cantidad de síntomas y menor auto percepción del estrés, manifiestan mayores capacidades personales y existenciales que amortiguan los factores estresores, lo cual permite inferir que un claro y coherente sentido de la vida puede resultar una efectiva Estrategia de Afrontamiento al estrés. Por otra parte, Norcross et al. (1986) investigaron los procesos de cambio que informaron utilizar los no psicólogos y los psicólogos para superar la angustia psicológica. El resultado indicó que los psicólogos poseen un repertorio más amplio y variado de Estrategias de Afrontamiento que la población en general. Por último, Grigsby (2015) identificó en la Estrategia de Afrontamiento evitativa una variable reguladora entre la conciencia y la realización personal.

### **Otras variables en relación al SBO en psicólogos clínicos**

Covolán (1996) clasificó una lista de ítems que consideró altamente estresantes para los psicólogos, entre ellos, inseguridad de rendimiento en el trabajo, buen desempeño profesional, reconocimiento e intentos de suicidio de sus pacientes. Mientras que para

Benevides-Pereira (2002), la necesidad continua de actualización que los terapeutas padecen, puede ser un factor estresante.

En cuanto a las orientaciones, Aragonés (2001), observó que los psicólogos que se suscribieron a la orientación teórica cognitivo-conductual lograron la menor cantidad de agotamiento, mientras que los que se suscribieron a la teoría existencial humanista, reportaron la mayor experiencia de agotamiento expresada significativamente en despersonalización. En términos de lugar de trabajo, se encontró que la práctica privada parece ser más segura en términos de agotamiento emocional pero no en términos de despersonalización o realización personal efectiva. En el mismo estudio, Aragonés (2001), efectuó un estudio del burnout, la resistencia de la personalidad y el apoyo social en 175 psicólogos miembros de la APA pertenecientes a cinco grupos étnicos diferentes. En primera instancia, la resistencia de la personalidad no resultó ser un amortiguador contra el burnout. En cuanto a las dimensiones de la escala de resistencia, las cuatro se correlacionaron significativa y positivamente con la despersonalización. Se descubrió, además, que la resistencia contribuía a la variación de la realización personal efectiva. Respecto al aumento del bienestar expresado en un menor agotamiento emocional y una menor despersonalización, se encontró que la característica de resistencia contribuye a esto solamente en combinación con el apoyo social. Los resultados también mostraron que los psicólogos blancos experimentaron más agotamiento expresado en las tres dimensiones que cualquier otro grupo étnico.

Dentro de una investigación transcultural, Jiménez et al. (2003) han comparado el burnout de los psicólogos de Brasil y España utilizando el Inventario de Burnout de Psicólogos. Allí observaron que solamente la dimensión realización personal sufrió diferencias significativas en favor de los psicólogos españoles, que obtuvieron puntajes mayores en este aspecto.

Es muy interesante el aporte de Benevides-Pereira y Moreno-Jiménez (2003), quienes observaron que aquellos terapeutas con mayores niveles de despersonalización eran aquellos que no recibían psicoterapia.

Farber, (1990), Farber y Norcross (2005), sostienen que entre el 2% y el 6% de los psicoterapeutas experimentan agotamiento "completo" en un momento dado (mientras que entre el 25% y el 35% de los terapeutas experimentan agotamiento y depresión en la medida

en que interfiere con las capacidades laborales (Rupert y Morgan, 2005).

Rupert y Morgan (2005) relacionaron un mayor agotamiento emocional con un mayor tiempo en tareas administrativas y lidiar con conductas negativas de los clientes.

En un estudio comparativo, Ben-Zur y Michael (2007) no observaron diferencias entre tres profesiones (trabajadoras sociales, psicólogas y enfermeras) en una investigación efectuada con 249 mujeres profesionales de entre 25 y 61 años respecto del agotamiento emocional y realización personal. En cambio, respecto de la despersonalización fue significativamente menor entre los psicólogos que entre las enfermeras o los trabajadores sociales.

Por otro lado, Biehl (2009) encontró respecto de la dimensión despersonalización, los sujetos con niveles más altos fueron los que además de ser psicólogos, ejercían como docentes.

Grigsby (2015) realizó un estudio de las variables de SBO, Afrontamiento y personalidad a un grupo de estudiantes de doctorado en psicología a distancia. Encontró que neuroticismo, Estrategias de Afrontamiento centradas en la emoción y SBO se relacionan. Halló también correlación negativa entre la extraversión, apertura a la experiencia, agradabilidad, y escrupulosidad, Afrontamiento orientado a la tarea y SBO.

Respecto a la variable satisfacción en el trabajo, Lee et al. (2011) observaron que esta tenía correlaciones positivas significativas con el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Por último, Turnbull y Rhodes (2019) exploraron las experiencias vividas por psicólogos en relación con el burnout, la recuperación y el bienestar general. Con respecto a la identidad profesional, los sujetos estudiados manifestaron que no se les presta demasiada atención a sus necesidades emocionales.

### **SBO y Covid-19 en pacientes y profesionales de la salud**

La presente pandemia se ha convertido un estresor, principalmente para los profesionales de la salud. Por tal razón, ha sido necesario incluir un apartado que compile los estudios donde se analiza el comportamiento de las variables estudiadas durante este momento tan particular de la historia.

Al investigar el estado del arte del síndrome de Burnout en profesionales de la salud

durante la pandemia actual, debemos tener en cuenta un doble fenómeno. Por un lado, los pacientes habituales se presentan con el agregado de la situación emocional derivada por la pandemia y el aislamiento social. A eso se suma que el personal sanitario también atraviesa esta crisis con riesgo para su salud, la de sus pacientes y afectos. Por eso, el profesional debe asistir a quienes padecen la pandemia, convirtiéndose en una víctima de tercer nivel (Taylor y Frazer, 1981). Sufre cuidando al que sufre. Pero, debemos agregarle el hecho de que corre el riesgo de convertirse en víctima primaria si adquiere la enfermedad y víctima secundaria si uno de sus familiares o personas cercanas son diagnosticadas con Covid-19.

Gritti et al. (2020), demostraron empíricamente que las personas en cuarentena presentan síntomas de ansiedad, ira y depresión con mayor riesgo en pacientes psiquiátricos. Observaron además, la importancia de la reorganización de los Servicios Psiquiátricos para asegurar la continuidad de la atención en todos los países. Los niños que fueron separados de sus padres por la cuarentena también se consideran de mayor riesgo y deben recibir evaluación y tratamiento psicológicos.

Algunos estudios iniciales realizados en Wuhan, China, confirman que los sujetos más susceptibles de sufrir estrés, depresión y ansiedad durante la pandemia son: las mujeres, los profesionales con más de 10 años de experiencia, aquellos que padecen enfermedades crónicas o antecedentes de enfermedad mental, y quienes tienen familiares o conocidos con sospecha de o casos confirmados de COVID-19 (Zhu et al., 2020).

Durante el brote inicial de COVID-19 en China, cerca del 70% de los trabajadores de la salud informaron problemas asociados a su salud mental, como insomnio, ansiedad, depresión y angustia psicológica según Lai et al. (2020) Ha sido el uso de la protección personal uno de los principales promotores de la ansiedad (Bansal et al., 2020), así como la falta de equipo de protección personal o equipo inadecuado (Bansal et al., 2020; Montemurro, 2020)

El estudio de Cai et al. (2020), indagó sobre el impacto psicológico y las Estrategias de Afrontamiento del personal sanitario de primera línea en China, durante el brote de COVID-19 entre los meses de enero y marzo del año 2020. Los profesionales de la salud manifestaron sentir una obligación social y profesional de continuar con su trabajo en extensas jornadas. Al igual que en las investigaciones antes mencionadas, observaron que entre sus preocupaciones más intensas se encontraban su seguridad y la de sus familias y

también el aumento de casos informados de COVID-19. Se mencionó además que como factores de protección se encontraban pertenecer a equipos especializados, el reconocimiento del esfuerzo realizado por parte de las autoridades, la disponibilidad de pautas estrictas de control de infecciones y la reducción de casos informados de COVID-19.

Ferrán y Trigo (2020) analizaron el impacto emocional que la pandemia tuvo en un grupo de profesionales sanitarios de Valencia y sus recursos de Afrontamiento para reducir o atenuar el estrés. Los signos y síntomas experimentados por estos profesionales se asociaron con agitación, pánico, nerviosismo, sensación de peligro inminente, aceleración del ritmo cardíaco, cansancio, dificultades para detener la mente o para pensar en otra cosa, enfermedades gastrointestinales, síntomas depresivos, el estrés, trastornos del sueño y necesidad de evitar la situación generadora de la ansiedad. Las principales causas de estrés identificadas fueron el miedo a contagiarse de la enfermedad y sobre todo, el miedo a contagiar a sus familias y no contar con recursos de protección efectivos.

Da Silva Velosso (2020) evaluó un total de 5417 profesionales sanitarios de todo Portugal. Los resultados mostraron que los médicos y las enfermeras mostraban niveles más altos de burnout en comparación con los otros grupos profesionales. Las demandas laborales resultaron ser el factor que más promueve el burnout, explicando el 37% de este fenómeno, mientras que el apoyo organizativo resultó ser su mayor protector, explicando el 22% del agotamiento general.

Sponaro et al. (2020) investigaron en Italia al personal de salud y arribaron a resultados que muestran, por un lado, el gran sufrimiento de los servicios con la dificultad de mantener un nivel de actividad adecuado, por otro lado, la capacidad de respuesta sanitaria a través de las actividades de atención domiciliaria o el uso de herramientas de telemedicina.

Barello et al. (2020) en el mismo país, encontraron que un gran porcentaje de profesionales de la salud presentaban síntomas de presión psicológica, síntomas somáticos y altos niveles de burnout en el peor momento de la pandemia.

Si nos centramos en los estudios realizados en América, García (2020) estudió el síndrome de burnout entre el personal sanitario durante la pandemia en México y descubrió que entre los factores predisponentes al síndrome de burnout, se destacó la privación del sueño causada por las exigencias, procesos ineficientes, falta de respuesta por parte de las autoridades, la cuarentena obligada, impactos económicos y los dilemas éticos en la toma de

decisiones en cuanto a atención a pacientes se refieren. No obstante, los estresores con más valoración fueron nuevamente, la falta de equipos de protección personal y el miedo al contagio propio y de familiares. Se encontró además una relación entre el burnout de los profesionales de la salud con el padecimiento de una enfermedad crónica, haber sido diagnosticados de COVID-19, la cantidad de pacientes atendidos y haber perdido a un ser querido por dicha enfermedad.

Morgantini et al. (2020) informan de tasas de prevalencia de burnout más altas en el personal sanitario de Chicago durante la pandemia de COVID-19, en comparación con estudios anteriores, relacionando este hecho con la elevada carga de trabajo, la mayor presión de tiempo y la falta de apoyo organizativo.

En su búsqueda por efectuar una relación entre burnout y los Estilos de Afrontamiento en el personal de salud de la ciudad de Yurimaguas, Perú durante la pandemia por el Covid-19. Del Águila Sangama et al. (2020) evidenciaron un nivel elevado en las dimensiones de burnout (más del 35% en cada una de las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización como también una baja realización personal). En relación a la dimensión de agotamiento emocional, encontraron una relación significativa con la dimensión desahogo, aceptación y la dimensión autodistracción. En cuanto a la dimensión realización personal se verificó una relación significativa con Afrontamiento afectivo, autodestrucción y la dimensión aceptación. La dimensión despersonalización tuvo una correlación significativa y positiva con negación, desconexión y uso sustancias.

Por el contrario, Nájera (2021), halló que los cuidadores de un centro de atención a pacientes con consumo problemático de sustancias de Ecuador, no presentaron sintomatología significativa respecto al síndrome de burnout y que además poseen altos niveles de realización personal. Algo similar sucedió en la investigación llevada a cabo por Parra Sinchi (2020) en el mismo país, donde evaluó el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID 19. Solo el 6.4 % de la población padece Síndrome de Burnout, además se encontró agotamiento emocional en el 25.6 % de individuos, despersonalización en el 17.9 % y baja realización personal en el 24.4 %. El autor concluyó que el cansancio emocional tiene asociación estadísticamente significativa con ocupación, estado civil, carga horaria semanal, número de hijos, años de trabajo y relación con los superiores.

Por otro lado, como factores de protección del burnout en situaciones de pandemia, Maunder, (2005) afirma que podemos encontrar contar con apoyo organizativo, donde Shaw (2020) enfatiza concretamente el papel de los administradores de los hospitales, y Xiao et al. (2020) destaca el hecho de tener un buen apoyo social de amigos y familiares, reduciendo emociones negativas y mejorando el estado de ánimo.

En este mismo sentido, García et al. (2020), efectuaron un análisis sobre el autocuidado, la regulación emocional y el síndrome de burnout en psicólogos clínicos que brindaron atención en servicios de salud mental durante la pandemia del COVID-19. Encontraron que la mayoría de los participantes tiene conductas de autocuidado, su nivel de regulación emocional es medio y contaron con puntuaciones bajas para agotamiento emocional y despersonalización. La mayoría de los psicólogos participantes, comúnmente tiene conductas que facilitan un mejor autocuidado de su salud al desarrollar su trabajo, mientras que una minoría indicó tener estas conductas ocasionalmente.

Ceberio (2021) realizó una investigación que indagó cuales fueron las principales intervenciones que realizaron 30 psicólogos mediante los dispositivos de teleterapia en los primeros 4 meses de pandemia. los resultados arrojaron que las principales intervenciones apuntaron a construir un nuevo cronograma de actividades, crear espacios de autonomía, buscar aislamiento físico, pero no social, valorar la propia soledad, motivarse y crear, colocar afirmaciones rotundas en preguntas, connotar y connotarse positivamente, incrementar la autoestima, reducir la beligerancia y comprender-se en el fastidio y el malhumor, cambiar de contexto ante la discusión, revalorizar y activar vínculos afectivos, cambiar la queja y rumia por acciones, estructurar metas acotadas y realizar actividad física, concretas y reducir la incertidumbre día a día. El 33,33% de las intervenciones se dirigían al aspecto intelectual del paciente, mientras que el 66,66% apuntaba a modificar las conductas de los consultantes durante el aislamiento.

Como forma de paliar el sufrimiento, Rokach y Boulazreg (2020) advierten a los profesionales de la salud respecto a la necesidad de autocuidado, fundamentalmente en la etapa pospandémica debido a la naturaleza exigente de la psicoterapia y el agotamiento que normalmente genera. Del mismo modo observan como puntos débiles la soledad y el aislamiento que padecen los médicos en la práctica privada, los riesgos profesionales a los que se enfrentan quienes se preocupan por los demás y las formas creativas en las que los

profesionales de la salud mental pueden cuidar de sí mismos por ellos mismos, por el bien de sus clientes y sus familias. La Estrategia central que proponen para el autocuidado es la práctica de mindfulness.

Reforzando esta propuesta, Fessell y Cherniss (2020) pudieron demostrar que las técnicas de relajación y meditación, como la práctica de la respiración profunda, entre los actos médicos, ayudaron a prevenir el agotamiento en esta fase de pandemia.

Por último, Wilson et al. (2020) insisten en la necesidad de que los hospitales proporcionen grupos de apoyo emocional para los profesionales.

## ***Estado del arte del Estilo Personal del Terapeuta (EPT)***

### **EPT y orientaciones teóricas**

Existen múltiples estudios que han investigado la relación entre estas variables. Si bien el EPT-C es independiente de la orientación teórica, se han observado algunas diferencias en los Estilos de diferentes grupos de terapeutas. Opazo (1992) afirma que los factores de personalidad influyen en la elección de la orientación teórica por parte del terapeuta. Quizá sea esta relación la que favorezca la predominancia de algunas dimensiones del EPT sobre otras en las diversas escuelas psicológicas

Fernandez-Alvarez, et al. (2000) analizaron el papel de la orientación teórica y la experiencia profesional en 206 terapeutas de Argentina. Como resultado, obtuvieron diferencias significativas entre las orientaciones teóricas de los profesionales. Los terapeutas psicoanalistas difieren de sus pares cognitivos e integrativos por poseer menores valores en la función Expresiva, y mayores en la Atencional y Operativa, coincidiendo con estudios posteriores (Vega, 2006). En cambio, en el estudio de Castañeiras et al. (2008) los terapeutas cognitivos e integrativos se diferenciaron de los psicoanalistas en que resultaron más focalizados en la atención y más pautados en la dimensión operacional. En relación a los años de ejercicio profesional, los terapeutas cognitivos con menos experiencia resultaron más rígidos en lo instruccional y más distantes en lo expresivo que los terapeutas cognitivos con mayor experiencia.

Vega (2004) comparó a los terapeutas psicoanalistas y los integrativos en este ámbito laboral y no encontró diferencias en ninguna de las funciones del EPT. Lo mismo sucedió en la investigación realizada por García Rizzo (2008) en una muestra reducida a 4 terapeutas.

da Silva Oliveira et al. (2006), al analizar la versión portuguesa del EPT-C, observaron que los terapeutas psicoanalíticos de la muestra obtuvieron puntajes inferiores a los integrativos y cognitivos-conductuales en las dimensiones Involucración, expresión emocional, operativa y atención. Mientras que en la dimensión instructiva, los psicoanalistas obtuvieron puntajes muy superiores a los otros grupos investigados.

Rial et al. (2006) comparan el EPT de profesionales que trabajan con pacientes severamente perturbados y terapeutas que no atienden este tipo de consultantes. Se diferenciaron dos grupos de terapeutas según sus líneas teóricas, los psicoanalistas por un lado y cognitivos- integrativos, por el otro. En primer lugar, se observó que los terapeutas

(sin diferenciar sus líneas teóricas) de pacientes severos se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, con una menor involucración y más pautados operativamente que aquellos terapeutas que asisten a pacientes considerados no severos. No fueron significativas las diferencias en las funciones instruccional y atencional del EPT para las poblaciones clínicas consideradas. Posteriormente el estudio asegura que los terapeutas de pacientes severamente perturbados con orientación cognitiva e integrativa se describieron como más focalizados atencionalmente, más cercanos emocionalmente, y con una mayor involucración que sus pares psicoanalistas. Los terapeutas cognitivos e integrativos se describieron más pautados y con una atención más focalizada que los psicoanalistas cuando la población clínica asistida era de pacientes menos severos. Por último, aquellos terapeutas que manifestaron una motivación personal por atender a pacientes severos se describieron con una mayor involucración, una mayor consideración de la proximidad emocional, más disponibilidad hacia las necesidades del paciente y más consideración por los aspectos que hacen a la relación terapéutica dentro de la terapia, comparados con los que atendían a esta población clínica por exigencias institucionales de su lugar de trabajo. (Rial et al. 2006)

Un estudio realizado por Vides-Porras et al. (2012) con 101 profesionales de Guatemala presenta resultados diferentes respecto de las orientaciones teóricas. Aquí los psicoanalistas resultaron ser los más cercanos a nivel expresivo y los más flexibles en la dimensión instructiva; los terapeutas sistémicos son los más rígidos en el encuadre y quienes tenían mayor involucración, con preferencia por tratamientos espontáneos. Los psicólogos cognitivos usaban mayormente intervenciones directivas, siendo los más distantes emocionalmente. La razón de esta diferencia respecto de otras investigaciones podría ser que la muestra en este caso es bastante diferente a las que se habían estudiado por la idiosincrasia del país, debido al componente indígena de la población estudiada (21%). Además, llama la atención la escasa cantidad de profesionales con orientación psicoanalítica (4,95%) en relación al 42% de psicoanalistas que contiene la muestra del estudio realizado por Casari (2013) en el interior de la República Argentina, cantidad similar al encontrado en la presente tesis. Quizá estos elementos en conjunto, den cuenta de las diferencias en los resultados.

Casari, et al. (2012) detectaron una diferencia considerable en la dimensión operativa del EPT. Los terapeutas integrativos tenían un mayor puntaje en esta función en comparación

con los psicoanalíticos lo cual hace inferir que los terapeutas del primer grupo operan con intervenciones más pautadas que los del segundo.

Carari y Abanesi Naseta (2013) tomaron como muestra un grupo de terapeutas de las provincias del interior de Argentina y estudiaron el EPT de los profesionales de diferentes líneas teóricas. Las más importantes diferencias se dieron en las funciones Atencional y Expresiva. En este estudio se hace mención al papel de la función Atencional en psicoanálisis adquiere una particularidad en el concepto de atención flotante. En cambio, en el caso de los cognitivos e integrativos, Los autores antes nombrados consideran que esta diferencia pueda deberse a que, por tratarse de terapias más estructuradas y focalizadas, la atención tienda a direccionarse más hacia el objetivo terapéutico. Respecto de la función Expresiva, los autores destacan el hecho de que desde el psicoanálisis, se propone la mayor neutralidad posible de parte del terapeuta para no interferir con la transferencia del paciente. Respecto de la función de Involucración, que su presencia es menor en los terapeutas psicoanalíticos los autores creen que podría deberse también al énfasis puesto en el psicoanálisis de la supervisión de casos y el análisis, pues, al trabajar el material que produce cada paciente en sesión, quizás el terapeuta logre desprenderse o distanciarse más de sus analizantes y expresarse con un menor compromiso hacia ellos.

Vazquez y Gutierrez de Vázquez (2015) investigaron el EPT entre 60 terapeutas de diferentes orientaciones teóricas y observaron que los cognitivos fueron los atencionalmente más focalizados. En cambio, los psicoanalistas fueron atencionalmente más abiertos o receptivos. Lo cual coincide con las investigaciones de Castañeiras et al. (2006) y García y Fernández- Álvarez (2007). En la función operativa los cognitivos fueron los más pautados en sus intervenciones. En cambio, los psicoanalistas fueron más espontáneos, tal como afirmaron Castañeiras et al. (2006). En la función expresiva, los cognitivos y los integrativos, se mostraron más cercanos con sus consultantes, mientras que, los psicoanalistas fueron más distantes en la manera de relacionarse. En la función instruccional los tres grupos se mostraron rígidos al establecer los límites y alcances de la relación terapéutica, reafirmando así, lo manifestado por Castañeiras et al. (2006), aunque los psicoanalistas obtuvieron puntajes levemente superiores a los integrativos. Por último, en la función involucrativa, todos los grupos se mostraron muy comprometidos con sus consultantes. Estas conclusiones coinciden con las arribadas por García y Fernández-Álvarez (2007). Los autores aclaran que

a pesar de estos resultados, el hecho de que un terapeuta sea más pautado o más espontáneo en sus intervenciones no necesariamente revela mayor o menor grado de involucración. También observarán que los psicoanalistas y cognitivos poseen un perfil más definido que los terapeutas integrativos, ya que el carácter ecléctico de su actividad los hace propensos a elegir entre diferentes opciones. Por último, los autores coinciden con Muller et al. (2004; 2008) al expresar que un terapeuta que egrese de una universidad pública tendría mayor probabilidad de formar parte del grupo de no-integracionistas en su vida profesional.

Silva Palma y Guedes Gondin (2016) Observaron que los terapeutas psicoanalíticos, humanistas-existenciales, analíticos y sistémicos forman un grupo más homogéneo que los terapeutas cognitivos y analítico-comportamentales con relación a las funciones del EPT-C.

Quiñones et al. (2018) observó en un grupo de terapeutas chilenos que aquellos que se declaraban sistémicos y cognitivos post-racionalistas presentan diferencias estadísticamente significativas y positivas en dos funciones, función atencional y función operativa.

### **EPT en relación al diagnóstico de los pacientes atendidos**

Vega (2004) desarrolló su tesis doctoral investigando psicoterapeutas que trabajan en neonatología. Allí pudo observar que la dimensión instruccional se encontraba por encima de los terapeutas que actúan en otros ámbitos de trabajo.

Casari y Albanesi (S/D) analizan la relación entre el EPT entre un grupo de 19 terapeutas que trabajan con adictos y otro de 19 terapeutas que no trabajan con esta población. Aunque la brecha de los resultados entre los grupos es pequeña, descubrieron que los terapeutas de adicciones en comparación con el grupo control son más distantes emocionalmente, se involucran en menor medida con sus pacientes, poseen una atención más abierta y son más rígidos en la determinación del encuadre de trabajo.

Casari et al. (2016) encontraron que los terapeutas de su muestra (60 psicólogos clínicos) que atendían pacientes drogodependientes se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, respecto de los que no atendían este tipo de pacientes. Esto podría relacionarse al concepto de distancia operativa que proponen Guajardo y Kuchner (2004), para adaptar y establecer el vínculo terapéutico, como así también su mantenimiento, con el tipo de pacientes que con frecuencia miente e intenta

manipular al terapeuta (Beck et al., 1999; Iglesias y Tomás, (2011)). Es entonces que se puede pensar que el trabajo específico de esta problemática requiere de terapeutas que sean más reticentes en cuanto al trabajo con los aspectos emocionales de los pacientes, ya que existe una mayor demanda de estructuración y límites sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento.

Por otro lado, Casari et al (2017) observó una muestra constituida por un total de 100 psicoterapeutas, 50 de ellos dedicados a la atención de pacientes con problemas de drogodependencia y otros 50 que no atendían pacientes drogodependientes. En primer lugar, la función expresiva fue significativamente mayor en el grupo clínico en comparación con el grupo de adicciones. En segundo lugar, para la función instruccional los puntajes fueron mayores en el grupo de adicciones en comparación con el grupo clínico, esto quiere decir que implica que estos terapeutas operan con mayor rigidez.

En este caso, Casari et al. (2017) compararon psicoterapeutas que trabajan con autismo con un grupo similar que no atiende ese tipo de pacientes. En el resultado se obtuvo diferencias significativas en la función de involucración donde los terapeutas de niños con TEA obtuvieron puntajes superiores. Asimismo, dentro del grupo de terapeutas con orientación cognitivo conductual se observó que aquellos que trabajan con esta patología obtuvieron mayores puntajes en las dimensiones Operativa, involucración e instruccional respecto de los terapeutas que tenían la misma línea de trabajo pero no atendían pacientes con TEA.

Vera Cano (2018) encontró correlaciones indirectas entre la función involucrativa y la ansiedad rasgo, y entre la función atencional y a ansiedad estado y rasgo en un grupo de psicólogos que atienden pacientes oncológicos. Con respecto a las variables sociodemográficas, se encontró una relación directa entre la edad del psicólogo y el nivel de ansiedad-estado, así como también, diferencias en la función involucrativa y expresiva con respecto al lugar de trabajo. En cuanto al tipo de intervención que realizan los psicólogos, se obtuvo diferencias en la función operativa e involucrativa. Por último, se encontró diferencias en las función operativa y expresiva según la orientación teórica-técnica, los psicólogos cognitivos-conductuales tienden a ser más pautados en comparación con los terapeutas psicoanalíticos. Por otro lado, los psicólogos de orientación psicoanalítica se muestran más

abiertos emocionalmente con sus pacientes, con respecto a los de orientación cognitivo-conductual.

Por último, Casari y Ison (2019) compararon dos grupos de psicólogos clínicos, uno que trabaja en instituciones de tratamiento de adicciones y otro no abocado específicamente a este campo. Obtuvieron diferencias significativas en la función de involucración, donde los terapeutas de adicciones obtuvieron mayores puntajes.

### **EPT y personalidad del terapeuta**

Casari et al. (2012) estudiaron las relaciones entre Estilo Personal del Terapeuta con dimensiones de Personalidad y variables sociodemográficas. Se encuestó a 100 terapeutas de Mendoza, San Juan y San Luis. Allí se encontró una alta correlación negativa entre las dimensiones atencional y expresiva del EPT y la dimensión responsabilidad del Cuestionario Big Five. Los autores relacionan estos resultados con que tanto un mayor nivel de expresividad y una atención menos focalizada disminuiría la exigencia del terapeuta para con el caso. En el caso de la dimensión Involucración se encontró una correlación positiva con Neuroticismo, lo cual lleva a los autores a pensar que los terapeutas con mayor nivel de involucración tienen mayor tendencia a padecer afectos negativos como tristeza, miedo, venganza, enojo, culpa, disgusto y trastornos psicológicos (Castro Solano, 2005). Esta relación entre involucración y trastornos psicológicos coinciden con los estudios de Baringoltz y Levy, (2008) quienes afirman que un alto nivel de compromiso del terapeuta para con su trabajo puede provocar Síndrome de Burnout. Por otro lado, el grupo de terapeutas que atendía niños y adolescentes mostró mayor índice en la dimensión instruccional que quienes atendían solo adultos. También se observó que los terapeutas que trabajan dentro de instituciones privadas obtuvieron niveles más altos en la función operativa, en comparación con aquellos que lo hacen en forma autónoma. Los terapeutas que realizaban tratamientos breves también tenían mayores niveles en la dimensión operativa, en relación con quienes realizan tratamientos de duración intermedia.

Posteriormente, Casari et al. (2012) estudiaron una muestra de 93 licenciados en psicología de diferentes corrientes teóricas en la zona de Cuyo. Obtuvieron puntajes elevados en las dimensiones responsabilidad, agradabilidad y apertura a la experiencia. En el caso de extraversión encontraron puntajes medios y en neuroticismo, puntajes bajos. Hubo puntajes

similares entre los terapeutas integrativos y los psicoanalíticos excepto en las dimensiones neuroticismo (un punto más para los integrativos) y responsabilidad (2 puntos más para los psicoanalíticos).

En su tesis de doctorado, Genise (2015) estudió la relación entre el Estilo personal del terapeuta, Estilo de apego y factores de personalidad en una muestra compuesta por 120 psicoterapeutas, encontrando una correlación positiva de baja intensidad entre el factor de personalidad de apertura a la experiencia y la dimensión de involucración.

Durao (2017) concluyó que existen diferencias significativas en el Estilo Personal del Terapeuta a favor de los terapeutas que usan videollamadas para todas las dimensiones del constructo, exceptuando la dimensión “instruccional”, con respecto a los rasgos de personalidad se constató la presencia de mayores niveles de extraversión y apertura a la experiencia.

Ferreira (2019) comparó el Estilo personal del terapeuta en una muestra de 65 terapeutas uruguayos. Los terapeutas cognitivos se mostraron con una atención focalizada, más próximos en lo expresivo y más pautados en la función operativa que los terapeutas psicoanalíticos. En relación a la experiencia, no halló diferencias significativas en el EPT entre terapeutas noveles y experimentados.

Recientemente, Casari et al. (2019) utilizaron una muestra de 546 terapeutas argentinos y analizaron las funciones del PST y los rasgos de personalidad en relación con sus orientaciones teóricas. La función atencional tuvo correlación negativa con la dimensión consciencia del BFI. La función operativa también mostró correlación negativa respecto de la apertura a la experiencia. Lo cual indicaría que la atención centrada de los terapeutas, se asocia con un nivel inferior de consciencia, siendo más hedonistas y con menor compromiso para el logro de los objetivos. Por otra parte, la función expresiva tuvo correlación positiva con extraversión y correlación negativa con Consciencia. Esto significa que a mayor cercanía emocional, el terapeuta tiende a ser más enérgico, hedonista y dinámico. La función compromiso se relacionó positivamente con la estabilidad emocional del terapeuta y la función instrucción se correlacionó positivamente con la dimensión consciencia del BFI.

## **EPT y otras variables**

Corbella (2002) llegó a la conclusión de que los pacientes más resistentes respondían mejor al tratamiento con terapeutas más espontáneos operativamente, mientras que los pacientes con un Estilo de Afrontamiento externalizador respondieron mejor a la terapia liderada con terapeutas más pautados.

Los resultados de la investigación de Castañeiras et al. (2004) arrojaron que los tratamientos más largos tienden a corresponder a terapeutas que tienen mejores puntajes en la dimensión atencional y un ambiente menos flexible que los que llevan a cabo tratamientos más breves. Posteriormente, Castañeiras et al. (2008) observó que los terapeutas que llevaban adelante tratamientos considerados breves (hasta 6 meses) utilizaron mucho más las funciones predominantemente técnicas del EPT (Atencional y Operativa) en comparación con aquellos que realizaban tratamientos con extensiones mayores (intermedios y/o prolongados).

Corbella (2003); Corbella y Botella (2004a), Botella y Corbella (2005), entre otros, pudieron establecer la influencia estadísticamente significativa de la directividad del Estilo del terapeuta en el efecto de la resistencia del paciente sobre la alianza y resultado de la terapia, por lo que afirman que un terapeuta más flexible tendrá más facilidad para adaptar su Estilo a las necesidades de cada paciente.

En otro orden de cosas, Castañeiras et al. (2006) evaluaron la estabilidad del constructo en las diferentes funciones indagadas. Se realizó un estudio de seguimiento a una muestra de 74 terapeutas de distintas orientaciones (cognitiva, integrativa y otras). Los resultados confirmaron la estabilidad del Estilo. También pudieron afirmar que hay una tendencia de las funciones atencional y operativa a ser más estables que las demás y que la estabilidad es mayor cuanto más tiempo pasa entre el test y retest (4 años). Sin embargo, los autores insisten en que esto no se puede atribuir a los años de experiencia ni a la orientación teórica ya que dichas variables han sido controladas.

Respecto del género, Castañeiras et al. (2008) encontraron que los terapeutas hombres tendrían valores más elevados en la función Atencional (mayor focalización); mientras que, con relación a la edad del terapeuta, se detectó una correlación negativa con la función Atencional y Operativa, es decir que los profesionales a medida que aumentan su edad cronológica, tienden a una atención más abierta y a intervenciones más espontáneas.

En una investigación con una muestra reducida a 4 terapeutas, García Rizzo (2008) encontró que las función expresiva y de involucración, que actúan al servicio de la relación y la alianza terapéutica, han sido más altas en las terapeutas cuyos pacientes han establecido un mayor vínculo positivo. También, resalta la importancia de la función instruccional en la construcción de la alianza en una fase inicial del tratamiento y se relaciona con un tratamiento más breve que el promedio.

Corbella et al. (2008) observaron la relación entre el Estilo personal del terapeuta y la dirección de intereses. En este caso la muestra la forman 91 licenciados en psicología de dos nacionalidades (argentinos y españoles) que cursan un master en psicoterapia. En primer término, no se encontraron diferencias en las dimensiones del DIQ (instrumento elegido para medir dirección de intereses) ni del EPT-C (instrumentos para medir EPT) entre los terapeutas de nacionalidad argentina y los españoles. Sin embargo, se encontró una correlación moderada y significativa entre la función atencional (receptiva, abierta) y la dirección de intereses (interna) de los participantes. La función operativa del EPT, también fue correlacionada moderadamente con la dirección interna de Intereses. En cambio, las funciones Atencional y Operativa del EPT estarían más vinculadas a una dirección de los intereses más externos. Los psicólogos con una dirección interna de intereses (dentro y fuera del consultorio) tienden a tener un Estilo terapéutico abierto y receptivo. En cambio, los psicólogos con una dirección de intereses externa que tienden a un Estilo focalizado y activo.

Por otro lado, Corbella et al. (2009), buscaron la relación entre el EPT y la teoría de la mente, concluyendo que los terapeutas con un Estilo más flexible consiguen establecer una mejor alianza terapéutica con sus pacientes más allá de su formación teórica.

El estudio desarrollado por Barilá (2011) indica que mayores índices de empatía y de la dimensión expresiva, instruccional y atencional se correlacionan con el desarrollo de fatiga por compasión. Además, agrega que mayores índices de burnout se asocian a un aumento del malestar personal y de la función operativa. Mientras que, altos niveles de satisfacción por compasión se acompañan de una reducción de malestar personal, y de un aumento de la preocupación empática, de la capacidad para fantasear y de la función expresiva y atencional.

Más recientemente, Fernández-Álvarez et al. (2015) han presentado la Guía para la Observación y Clasificación de la Conducta Verbal de los Terapeutas de Aiglé (GOTA-v). Esta guía fue diseñada la intención de contar con un instrumento que permita clasificar con

confiabilidad las conductas verbales de los terapeutas en sesión. La misma resulta un desarrollo en la evaluación de las características estilísticas. Se evalúan las modalidades Preguntas, Afirmaciones e Indicaciones. Este desarrollo está íntimamente relacionado al concepto del EPT, ya que la estabilidad temporal y la naturaleza multidimensional del constructo dieron lugar al estudio de distintos aspectos de su composición. El estudio permitió clasificar un total de 1789 Preguntas, 4838 Afirmaciones y 142 Indicaciones en la transcripción de 44 sesiones de 12 terapeutas de Argentina con diferente orientación teórico-técnica y distinto grado de experiencia (bajo, medio y alto). Resulta interesante preguntarse si esta proporción será tendría diferencias entre terapeutas de diferentes orientaciones teóricas.

Finalmente, Lorenzo (2014) estudió el Estilo Personal de 291 psicólogos de la región de Cuyo, que trabajan en diferentes contextos de trabajo (público, privado y autónomo). Se pudo observar que existen diferencias significativas en las funciones Atencional, Operativa y Expresiva, fundamentalmente entre los sectores privado y público. Los grupos que presentaron diferencias significativas fueron el género femenino, los abordajes individuales, los psicoanalistas y las duraciones de tratamiento intermedia y breve. Los profesionales que se trabajan en el ámbito privado presentaron mayor valor en la función Atencional y en la Operativa, lo que mostraría mayor estructuración en cuanto a las intervenciones que utilizan. Los profesionales que trabajan de forma autónoma presentaron un mayor valor en la función Expresiva, que los que lo hacen en el ámbito público, mostrando una mayor proximidad emocional con sus pacientes.

### **Versiones del EPT-C en Argentina y otros países**

El ETP-C ha sido validado en diferentes países e idiomas para satisfacer ampliamente los requerimientos estadísticos de la evidencia empírica. En primer lugar, encontramos a Da Silva et al. (2006), quienes han comprobado que el EPT-Q, versión brasileña del EPT-C, tiene características psicométricas satisfactorias para los psicólogos brasileños.

También Oliveira et al. (2006) realizaron una versión portuguesa del EPT-C y en una muestra de 225 terapeutas brasileros, concluyeron que la misma tiene características psicométricas satisfactorias y que puede ser un elemento importante en la formación de los terapeutas.

En Chile, Bergeret et al. (2010) realizaron un estudio psicométrico del EPT-C entre 92 psicoterapeutas de ese país. Los resultados en las dimensiones instruccional y expresiva confirmaron los estudios anteriores del cuestionario en otras muestras (Fernández-Álvarez et al., 2003; Gómez et al., 2007). Sin embargo, esta investigación encontró al factor operativo y al factor atencional incluidos en un mismo factor, lo cual haría dudar respecto de la capacidad del instrumento para medir ambas dimensiones de forma precisa y discriminada. Algo similar sucedió con los ítems 4 y 26 que originalmente pertenecerían a la función involucración según Fernández-Álvarez et al. (2003) y en el estudio de la población chilena, ambos ítems cargaron en el factor de expresividad emocional. Algo similar ocurrió con el ítem 33 que obtuvo una carga positiva bastante baja para su dimensión. Por último, el análisis de conglomerados, permitió diferenciar dos grupos de terapeutas: los centrados en el encuadre y los centrados en la focalización del tratamiento y la involucración con el paciente, lo cual coincide con la propuesta de Castañeiras et al. (2008).

de Carvalho et. al (2011) analizaron la versión abreviada de 21 ítems del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en una muestra de 384 psicoterapeutas portuguesas. La versión en portugués del EPT-C reveló propiedades psicométricas satisfactorias con respecto a su consistencia interna, aunque los valores alfa fueron ligeramente inferiores.

Por último, Palma y Gondin (2016) analizaron la validez factorial de la versión abreviada del cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), y la capacidad del instrumento de detectar diferencias de Estilo entre los terapeutas de distintas orientaciones teóricas.

### **Estado del arte de los Estilos y Estrategias de Afrontamiento**

El estrés ha sido un tema de gran interés científico debido a las implicancias que tiene sobre la salud y calidad de vida de las personas. Por esta razón, su Afrontamiento ha sido centro de atención de numerosos autores, quienes se han dedicado a desarrollar la conceptualización y la confirmación empírica de esas ideas. Este apartado transitará las principales publicaciones científicas sobre el Afrontamiento, partiendo de las primeras investigaciones que esclarecieron sus dimensiones, para luego conocer algunas asociaciones entre este constructo y otras variables asociadas. Luego, teniendo en cuenta los objetivos de

la presente tesis, nos iremos adentrando en el estado del arte del Afrontamiento de los psicólogos clínicos y su relación con el síndrome de Burnout.

Durante los años setenta, Lazarus y sus colaboradores desarrollaron su teoría en el contexto del Berkeley Stress and Coping Project. Las primeras investigaciones sobre Afrontamiento presentaban el desafío de descubrir cuales eran las dimensiones para operacionalizar este nuevo constructo. En primer lugar, Folkman y Lazarus (1980) observaron que la mayoría de la gente utiliza Estrategias de Afrontamiento que cumplen dos funciones simultáneamente: Las Estrategias centradas en Emociones las Estrategias centradas en problemas.

Luego, Pines y Kafry (1981), añaden el eje activo/inactivo a las dimensiones directo/indirecto propuestas por Lazarus. Las Estrategias de Afrontamiento activo implican un intento de cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, mientras que las Estrategias de Afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos. La combinación de las dos dimensiones generan cuatro tipos de Estrategias de Afrontamiento: directo/activo (cambiando la fuente de estrés o confrontando con la persona que causa el desafío), directo/inactivo (ignorar la fuente de estrés o abandonar la situación estresante), indirecto/activo (buscar personas que sirvan de apoyo o implicarse en otras actividades) e indirecto/inactivo (beber alcohol, consumir drogas, etc.), Estas clasificaciones encontraron apoyo empírico en la investigación de Pines (1993). La mayoría de los investigadores expresa que las Estrategias de Afrontamiento activas y directas están asociadas con niveles de burnout inferiores a los asociados con las Estrategias de Afrontamiento inactivas o indirectas (Folkman y Lazarus, 1985)

Montorio et al. (1999) señalan los beneficios de utilizar una combinación entre los Estilos de Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer dependiendo de la concordancia entre la naturaleza del estresor y el tipo de Estilo utilizado. Afirman incluso, que el uso de una Estrategia centrada en el problema cuando el estresor no es controlable puede resultar contraproducente, generando un aumento en el malestar del cuidador al no solucionar el problema. En este caso la Estrategia más recomendable es el uso de un Afrontamiento centrado en la emoción. Este trabajo propone la adecuación situacional del Estilo utilizado al desafío que se presenta.

Moos (2002) indica que las Estrategias de Afrontamiento enfocadas al problema o las emociones son las utilizadas para encarar las situaciones estresantes, posibilitando el buen funcionamiento y maduración personal.

Al poner el foco en la correlación entre el Afrontamiento del estrés y otras variables, existe evidencia empírica que sugiere que las Estrategias de Afrontamiento presentan relaciones significativas con algunas variables de personalidad, con consistencia interna aceptable, estabilidad temporal y transituacional, lo cual se puede observar en los trabajos de Carver et al. (1989), Pelechano (1992, 1999), y Pelechano et al. (1993, 1994).

Coyne et al. (1981), Felton et al. (1984), Lazarus y Folkman (1984) McCrae (1984), Carver y Scheier (1994) distinguen entre un Afrontamiento situacional, que se refiere al que se utiliza en determinadas situaciones particulares (como es el caso de un robo o el trabajo) y el Afrontamiento disposicional, relacionado con el que se usa habitualmente, mas allá de las situaciones concretas. Al estudiar dichas disposiciones, varios estudios apoyan la vinculación de ambos constructos, en contraposición con elegir solo una de estas perspectivas (Bouchard, 2003; David y Suls, 1999; Moos y Holahan, 2003).

Por otro lado, investigaciones realizadas por diversos autores (Casullo y Fernández Liporace, 2001; Frydenberg, 1999; Malecki y Demaray, 2002; Monat et al., 2007) en Argentina y Estados Unidos coinciden en afirmar que las adolescentes utilizan mucho más que los varones la búsqueda y percepción de apoyo social como recurso de Afrontamiento.

En Argentina Mikulic y Crespi, (2008) afirman que en la adultez, aumenta la cantidad de situaciones estresantes como así también la intensidad de las mismas, razón por la cual, la salud física y psicológica pueden verse afectadas por la forma inadecuada e ineficaz aplicación de las Estrategias de Afrontamiento.

Fernández Liporace et al. (2009) observaron en la Ciudad de Buenos Aires que los alumnos universitarios emplean más frecuentemente Estrategias por Aproximación al Problema, que los estudiantes de nivel medio. Además, pudieron comprobar que las mujeres utilizaban más Estrategias de aproximación al problema y de evitación, mientras que los varones no empleaban ninguna Estrategia en particular de manera más persistente, sino que su Afrontamiento era más variado y plástico.

También en relación al género, García et al (2016) estudió 52 aspirantes a policía de la provincia de San Luis y concluyó que las mujeres de este grupo, utilizaban en mayor

medida que los hombres las Estrategias de Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta y Evitación.

Castaño y del Barco (2010) investigando la relación entre el Afrontamiento y los Estilos de conducta interpersonal encontraron relaciones significativas y positivas de la variable edad con las Estrategias resolución de problemas y reestructuración cognitiva y relaciones significativas negativas con las Estrategias evitación de problemas, pensamientos ansiosos y autocrítica. En cuanto a Estrategias globales, encontraron una relación significativa y negativa entre la edad y el uso de Estrategias pasivas. Por otro lado, en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre las Estrategias de Afrontamiento terciarias (activas o pasivas) utilizadas por los participantes en la situación de estrés general y en la situación de estrés interpersonal. Estos resultados suponen un apoyo a la propuesta de Pelechano, (2000), en el sentido de que los sujetos modifican sus Estrategias en función de la situación, pero no en lo que respecta a las características más disposicionales, (terciarias), que no parecen modificarse según la situación.

Posteriormente, Astorga, y Calles (2019) observaron que las mujeres que utilizan modos de Afrontamiento dirigidos a la resolución del problema obtuvieron puntuaciones más altas en Responsabilidad, Extraversión y Apertura mental y más bajas en Neuroticismo, mientras que las más altas en Neuroticismo utilizan fundamentalmente el modo de Afrontamiento Escape.

Varias investigaciones han analizado la relación entre las distintas formas de afrontar el estrés y la salud. Existe un efecto protector, independientemente del contexto y el tipo de atención hospitalaria, del uso de Estrategias de Afrontamiento activo (control, planeación, búsqueda de información, de apoyo emocional, entre otras) sobre el síndrome de burnout, lo que lleva a una disminución en la intensidad de los síntomas.

Lazarus y Folkman (1984) y Moos y Schaefer (1993) concuerdan en que para mantener la adaptación psicosocial es necesario un adecuado Afrontamiento estabilizando así los periodos de alto estrés.

Richard y Krieshock (1989) demostraron que las Estrategias de Afrontamiento influyen en los resultados asociados al estrés laboral relegando la importancia del estresor. Apoyando esta opinión, varios autores logran demostrar que las Estrategias de Afrontamiento desempeñan una función fundamental sobre estrés laboral, independientemente del estresor

(Richard y Krieshock, 1989) o como variables moderadoras (Osipow y Davis, 1988; Parasuraman y Cleek, 1984; Parkes, 1990).

Diversos estudios confirman la relación entre optimismo disposicional y salud (Scheier y Carver, 1992,1993). Dichas investigaciones afirman que los optimistas adecuaban mucho mejor que los pesimistas la utilización de las Estrategias de Afrontamiento. Dependiendo de las posibilidades reales de solucionar el problema o no, usaban Estrategias centradas en el problema en el primer caso y centradas en la emoción en el segundo caso.

Williamson y Schulz (1993) estudiaron las Estrategias de Afrontamiento de cuidadores de enfermos de Alzheimer y observaron correlación entre depresión y la Estrategia denominada «ilusiones irracionales», definida como el deseo de que todos los problemas se solucionen solos. Existen algunas contradicciones en las investigaciones que han estudiado la adecuación entre los diferentes Estilos de Afrontamiento y la salud. En este sentido, Lutzky y Knight (1994) responsabilizan al uso de diferentes instrumentos de medida y diversas definiciones de solución de problemas. El desacuerdo de los autores respecto de la clasificación de estas Estrategias dio lugar a una enorme cantidad de cuestionarios de Afrontamiento que dificulta la comparación entre las investigaciones.

Myers y Sigaloff (2005) manifiestan que aquellas situaciones que el sujeto plantea como amenazas y desafíos, y que superan sus recursos personales, dificultan el bienestar personal. A partir de la observación realizada en diversos países, el Instituto Nacional de Salud Mental, (2006), manifiesta que el desarrollo de los problemas o trastornos de la salud mental están relacionados con afrontar de manera poco eficaz los estresores.

Diaz et al. (2010) compararon las Estrategias de Afrontamiento en sujetos que padecían ansiedad y en sujetos que carecían de ésta. Observaron en el grupo que no sufría ansiedad tenía diferencias significativas en el uso de las siguientes Estrategias: a) reevaluación positiva; y b) solución de problemas. Mientras que las Estrategias más utilizadas por las personas con ansiedad fueron: a) reacción agresiva; b) expresión de la dificultad de Afrontamiento; c) búsqueda de apoyo profesional; y d) evitación emocional.

Faulk et al. (2013), recientemente han investigado diferentes perfiles de Afrontamiento adaptativo contra los no adaptativos. Respecto a los primeros, corresponden a grupos de personas con mejor salud y los segundos a los grupos de peor salud.

## **Estrés y Afrontamiento en psicólogos clínicos**

Los estudios que investigan las Estrategias de Afrontamiento del estrés suelen centrarse en los pacientes. Sin embargo, existen algunas investigaciones acerca de esta categoría en psicólogos.

Varios investigadores encontraron relación entre el consumo problemático de drogas y alcohol y el suicidio en psicólogos. Esta correlación muestra la necesidad de profundizar en el estudio de la Estrategia de Afrontamiento relacionada con uso de sustancias. (Thorenson et al., 1983; Forney et al., 1982; Deutsch, 1985), y del suicidio (Deutsch, 1985; Cray y Cray 1977; Lester. 1989).

Deutsch (1984) realizó un estudio a una muestra de 264 psicólogos en Estados Unidos. Halló que las conductas de los pacientes que más generan estrés en terapeutas son la ideación suicida, la hostilidad, el abandono prematuro del tratamiento, la agitación ansiosa, y la apatía o depresión.

Según Cushway y Tyler (1994), las psicólogas mujeres y psicólogos de ambos sexos con menos experiencia informaron niveles más altos de estrés. En el caso de los hombres, los jóvenes reportaron niveles de estrés más altos que los mayores; no obstante, esta diferencia no fue encontrada respecto a las mujeres. En base a las Estrategias de Afrontamiento las notificadas con más frecuencia fueron las conductuales, que en su mayoría implicaban hablar con otros (apoyo social), y el Afrontamiento de evitación se asoció con un peor resultado de salud mental.

Murtagh y Wollersheim (1997), se preguntaron si los psicólogos pueden deprimirse al trabajar con clientes deprimidos, y realizaron una evaluación del estado de ánimo de los psicólogos antes y después de las sesiones con clientes deprimidos durante un período de 3 semanas, pero no mostró tal efecto sino que, parecía que el uso de Estrategias de Afrontamiento específicas por parte de estos psicólogos al lidiar con el estrés de trabajar con clientes deprimidos (principalmente resolución de problemas planificada y autocontrol) evitaba que los terapeutas se deprimieran. Debido a que la práctica clínica es con frecuencia estresante, se recomienda que los psicoterapeutas se involucren en Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema para disminuir el efecto de este estrés.

Sherman y Thelen (1998) estudiaron 522 psicólogos en ejercicio y encontraron que varios eventos de la vida y factores laborales se asociaron con diferentes niveles de angustia

y deterioro. Encontraron correlaciones positivas muy altas entre la angustia y el deterioro tanto para los acontecimientos vitales como para los factores laborales. Por otro lado, las actividades no relacionadas con el trabajo y las vacaciones periódicas fueron los comportamientos preventivos más frecuentemente reportados.

Respecto del uso del Afrontamiento religioso, Case y McMinn (2001) en su estudio con 400 psicólogos, no observaron diferencias generales en los niveles de angustia entre psicólogos más religiosos y menos religiosos. La diferencia se encontró en el tipo de Estrategias utilizadas, ya que, para los psicólogos religiosos, las prácticas espirituales juegan un papel importante como primera línea de defensa en la prevención de la angustia.

Stevanovic y Rupert (2004) a partir de un estudio realizado a una población de 286 psicólogos en Illinois, descubrieron que las conductas elegidas de los sujetos para disminuir el estrés y conseguir mayor satisfacción se relacionaron con pasar tiempo con sus seres queridos, conservar el equilibrio entre la vida personal y profesional, y tener buen sentido del humor.

Colao-Vitolo (2006) realizó un estudio en el cual se reclutó y se entrevistó a doce psicólogos que han experimentado pérdidas anteriores. El análisis sugiere que normalmente utilizaban una variedad de métodos de Afrontamiento que se consideraban beneficiosos, entre ellos se consideró útil hablar y socializar, la conexión con la familia, la orientación profesional, la participación en el servicio funerario, las expresiones creativas / autorreflexión y ver a los clientes / trabajo.

En Sudáfrica, Jordaan et al. (2007) analizaron 238 psicólogos clínicos. Los resultados sugieren que los psicólogos sudafricanos no logran controlar su estrés emocional manifestado en síntomas de depresión y ansiedad. El 56,3% de los participantes informaron niveles de ansiedad por encima del promedio, esto se relaciona directamente con una combinación de las Estrategias de Afrontamiento de autoculparse, desvincularse del comportamiento, negación, falta de humor, autodistracción, falta de aceptación, desahogo y consumo de sustancias. Por otro lado, el 54,2% estaban levemente deprimidos, relacionándose con una combinación de consumo de sustancias, autoculparse, distraerse, negarse y no buscar apoyo instrumental.

En el mismo país, Gerber y Hoelson (2011) realizaron un estudio a una población de psicólogos en formación y observaron que dentro de las Estrategias empleadas para lidiar

con la incertidumbre se encontraban la dependencia de la supervisión clínica, la consulta con los compañeros, la superación personal, la confianza en el conocimiento teórico, el aprendizaje de la experiencia práctica, el uso de ciertas evaluaciones cognitivas positivas y el autocuidado.

En Malta et al. (2018) exploraron el significado que los psicólogos le dan al trabajo con sus clientes y también analizó cómo experimentan el trabajo en sus equipos del servicio de salud mental. Se descubrió que la calidad de la experiencia laboral de los participantes estaba determinada por el contexto más amplio de su entorno laboral. Se identificaron sentimientos de impotencia, falta de control y valores divergentes como los principales moduladores de esta experiencia y se consideró que contribuían a la angustia y la reducción del compromiso laboral. Las Estrategias de Afrontamiento personal se utilizaron como un medio para sobrevivir en este exigente lugar de trabajo.

Teniendo en cuenta que el Síndrome de Burnout consiste en Estrés laboral crónico y que las Estrategias de Afrontamiento han demostrado ser un mediador entre el estresor y la respuesta que el individuo presenta, varios estudios han correlacionado estos constructos.

En esta línea de investigación, Ben Zur y Michael (2007), basados en el modelo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), analizaron una muestra de 249 miembros del personal de salud, descubriendo que las Estrategias de control y desafío están relacionadas negativamente con los factores asociados al burnout, también Sasaki et al. (2009) encontraron asociación entre el uso de Estrategias de solución de problemas y reinterpretación cognitiva y bajos niveles del síndrome.

En el caso concreto de los psicólogos, Rodríguez (2015) observó que los factores de riesgo de padecer síndrome de Burnout fueron: ser hombre, no tener pareja fija, no tener hijos, tener remuneraciones bajas, trabajar en un solo área de la psicología, tener una actividad laboral extra fuera del ámbito de la psicología, la no participación en grupos de estudio y asociaciones de psicología, un mayor uso de Estrategias de Afrontamiento centrado en la emoción y una menor creencia de auto eficacia.

Rodríguez y Carlotto (2017), en su estudio con 518 psicólogos en Brasil, demuestran que existe menor entusiasmo por el trabajo (variable del burnout correspondiente al Cesqt) cuando hay mayor cantidad de trabajo, el uso de Estrategias de Afrontamiento centradas en la emoción y esfuerzo por expresar sentimientos adecuados en el contexto laboral. En

cambio, existe mayor entusiasmo por el trabajo cuando hay mayor autonomía, mayor uso de Estrategias centradas en el problema, mejor salario, mas autoeficacia y variaciones emocionales.

Por último, Simpsons et al. (2019) con una muestra de cuatrocientos cuarenta y tres psicólogos, indica que los esquemas de mala adaptación tempranos se asocian a un alto agotamiento emocional. Por otra parte, sus investigaciones han demostrado que el agotamiento surge de factores organizacionales y personales, incluidas las creencias personales y el Afrontamiento. Respecto a la despersonalización, se puede decir que es mayor cuando existe un elevado conflicto de roles y exceso de trabajo y el uso de Estrategias de Afrontamiento centradas en las emociones. Esta dimensión puede reducirse con una mayor autoeficacia y con el uso frecuente de emociones. Se correlacionó la dimensión del burnout correspondiente al CESQT denominada Culpa con las Estrategias de Afrontamiento centradas en la emoción y autoeficacia. Los resultados mostraron que la culpa aumenta con el uso de Estrategias de Afrontamiento centradas en las emociones y disminuye con el aumento de la autoeficacia. Esta investigación, corrobora lo que otros estudios también han identificado al Burnout como resultado de una combinación de factores individuales y laborales (Ebling y Carlotto, 2012; Maslach y Leiter, 1997; Queirós et al., 2013 ;).

## II. Marco Teórico

### Capítulo 1. La clínica psicológica

La psicología es una ciencia que tiene diferentes campos de aplicación. Una de sus especialidades es la psicología clínica, la cual se ocupa de la evaluación, diagnóstico, prevención e intervención terapéutica y promoción del bienestar psicológico. Esta tarea se lleva adelante primordialmente a través de la Psicoterapia.

Realizando un breve recorrido histórico, encontramos que Genise (2015) afirma que la psicoterapia actual tiene sus orígenes en el siglo XIX, pero que tiene sus raíces en la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Era habitual en Grecia acudir a la palabra como herramienta de curación. Hasta el mismo Platón consideraba que las palabras podían tener efectos sobre la vida anímica de las personas. Feixas y Miró (1993) afirman que Freud podría haber considerado algunos de los aportes de este filósofo sobre los sueños y el inconsciente como antecedentes de su obra. De forma similar, Genise (2015) afirma que Galeno es un referente de la psicoterapia ya que en su *Tratado de las pasiones del alma y sus errores* distingue dos tipos de pasiones: las sanas y las enfermizas. Por último, Hipócrates asoció los temperamentos que las personas poseían a los humores o líquidos del cuerpo, reflejando que consideraba que la salud y el estado de ánimo estaban relacionados. Otra postulación que enuncia Hipócrates como antecedente de la psicoterapia, es su constante recomendación de un tutor o pedagogo para lograr la serenidad.

A lo largo de la edad media, donde hubo un cierto estancamiento en el avance de la ciencia y las nociones filosóficas y psicológicas estaban subordinadas a concepciones teológicas, la salud mental estaba mucho más ligada a lo sobrenatural. Como el pecado ocupaba un lugar central en la enfermedad, era preciso dominar los vicios a través de la oración, la confesión y ejercicios espirituales. Podría considerarse a los siete pecados capitales como representaciones de diferentes cuadros de sufrimiento psicológico (gula, lujuria, ira, pereza, avaricia, soberbia y envidia). Feixas y Miró (1993) sostienen que sacerdotes, filósofos y teólogos orientaban a quienes buscaban alivio a su sufrimiento psicológico. Cabe señalar que la locura era considerada como posesiones demoniacas o comportamientos desviados. Fue a partir del Iluminismo que se pudo dejar atrás este tipo de costumbre y por consiguiente dar lugar a la compasión por los problemas humanos.

Considerando lo expresado por Genise (2015), el surgimiento de la psicoterapia como

una práctica específica dirigida a la cura de los problemas mentales comienza con el psicoanálisis. Freud desarrolló esta teoría a partir del impacto que le produjo el fenómeno de la hipnosis. Tanto es la relevancia que tiene el psicoanálisis en el desarrollo de la psicoterapia que popularmente suelen confundirse ambos conceptos como si fueran sinónimos.

Otra corriente primordial en el progreso de la psicoterapia es el conductismo. Yela (1996), divide la evolución de esta corriente en cinco etapas: 1) La etapa del nacimiento y difusión (de 1930 a 1950), representada por Watson, caracterizada por el Objetivismo antimentalista. 2) La fase de las teorías (de 1930 a 1950), donde autores como: Hull, Tolman, Guthrie, Skinner se caracterizan por el objetivismo positivista. 3) La fase de la crisis (entre 1950 y 1960), caracterizada por la crítica interna. 4) La fase de declive (entre 1960 hasta 1980), donde se pasa del conductismo sistemático a la psicología de la conducta. Y 5) la caída (en 1980), donde el nuevo paradigma ya no considera más a la conducta como objeto único. Leahey (2005) considera que el comportamentalismo se fue convirtiendo en un cómodo eclecticismo.

Por otra parte, la eclosión de la Segunda Guerra Mundial hizo que la psicología clínica tomara relevancia, enfocada al reclutamiento del personal militar y al tratamiento de sus veteranos. Leahey (2005) postula que esta urgencia pragmática plasmó la transformación de la psicología de ciencia formal en una profesión preocupada por el bienestar humano. Fue en ese momento en que tuvo lugar un crecimiento exponencial, sobre todo en sus ramas aplicadas.

Posteriormente, en la posguerra, aparece la psicoterapia humanista, orientada en desarrollar el potencial de los seres humanos. Sus pioneros principales fueron Rogers y Maslow. Luego se fueron sumando muchos más, como Viktor Frankl y Eric Berne. Se diferencian de los postulados del psicoanálisis y del conductismo al considerar al ser humano como libre y consciente.

A partir de los años setenta, la psicología contemporánea comenzó a ser influida por el desarrollo de las ciencias cognitivas. Beck y Ellis desarrollaron un modelo que estudia las creencias y los pensamientos disfuncionales. Al mismo tiempo, con el surgimiento de la psicoterapia de la Gestalt, la programación neurolingüística (PNL), la psicoterapia sistémica y la psicología positiva se fue generando una tendencia hacia el eclecticismo o integración en psicoterapia. Corbella y Botella (2004) plantean que el movimiento integrador propone la

investigación de los factores comunes entre las orientaciones, la integración técnica y el eclecticismo teórico. Alonso y Klinar, (2014) verifican que esta orientación tiene una adherencia de más del 30% en Argentina. Una de las formas de designar a este eclecticismo es el que utilizan Kerman et al. (2014) al llamarlas Nuevas Ciencias de la Conducta. Hacen alusión a las corrientes psicológicas surgidas en los últimos 50 años basadas en los avances de las Neurociencias, una filosofía humanista de responsabilidad y autonomía; con rigor científico en los métodos y verificación de resultados; y su aplicación a todas las ramas del quehacer humano.

Luego de éstas consideraciones, si pretendemos precisar en qué consiste la psicoterapia, podemos afirmar que es una ardua tarea, debido a lo abstracto de la actividad y de las diferentes formas de llevarla a cabo. Kertész y Lopez Alonso (2007) la definen como “La capacitación del cliente para la superación de sus autolimitaciones y el cumplimiento de sus metas positivas de vida mediante la reprogramación de sus programas mentales”. Feixas y Miró, (1993) señalan como denominador común de las diferentes definiciones de psicoterapia, los siguientes elementos: a) el ejercicio de un profesional autorizado, b) que utiliza intervenciones psicológicas para resolver problemas humanos, c) en el contexto de un vínculo profesional.

Otro aspecto a tener en cuenta dentro de la clínica psicológica es el abordaje de la locura. Ceberio (2010) realiza un recorrido de las diferentes formas de marginación y exclusión social de enfermo psiquiátrico y el proceso de desmanicomialización que tiene lugar a partir de la postguerra, tiene su epicentro en Italia y que hasta el día de hoy sigue su curso, ante la resistencia del modelo médico tradicional.

Considerando todo este panorama histórico y descriptivo, también debemos tomar en cuenta otro aspecto, el referido a la eficacia de la psicoterapia. En la actualidad, coexisten numerosas corrientes y modelos que sustentan diferentes abordajes psicoterapéuticos, motivo por el cual numerosos trabajos de investigación se enfocaban en dilucidar cuál de ellas era más adecuada para lograr los cambios buscados. Smith et al. (1980) compararon 78 escuelas psicoterapéuticas y no encontraron diferencias relevantes en los resultados obtenidos en los pacientes. De igual manera, Seligman (1995) confirmó lo que varios autores venían expresando, en cuanto a que no había evidencia de que exista un tratamiento más eficaz para algún trastorno específico. Por otra parte, Lambert (1986) identificó la proporción de los

factores que inciden sobre el cambio terapéutico. Este autor considera que un 40% se debe a factores extra terapéuticos (variables que exceden a la psicoterapia, como el apoyo social que el paciente recibe en su cambio de conducta), un 30% se debe a factores comunes a toda psicoterapia, un 15% se deben a un efecto placebo (credibilidad del paciente sobre el terapeuta y sus técnicas) y otro 15% a las técnicas psicoterapéuticas utilizadas.

Finalmente, cabe mencionar lo expresado por Corbella y Botella (2004), quienes señalan que existen tres variables que contribuyen al pronóstico terapéutico: las variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica. Recientemente, Ceberio (2021) reflexiona sobre el encuadre terapéutico, concluyendo que este no está relacionado con un enfoque rígido establecido por el mobiliario, vestimenta que guardan distancia entre terapeuta y paciente. Sino que el encuadre se encuentra dentro de la mente del profesional, contemplando la posibilidad de desarrollar la psicoterapia en algunos casos, fuera de los límites del consultorio.

## Capítulo 2. Síndrome de Burnout (SBO)

### *Orígenes del término “Burnout”*

Es frecuente encontrar diferentes formas de denominar el mismo fenómeno: Estrés laboral crónico, desgaste profesional, Síndrome de Burnout (SBO), el Síndrome de “Estar Quemado” en el Trabajo (SQT), Síndrome de Agotamiento Emocional (SAE), “Desgaste psíquico en el trabajo” y “Depresión por desgaste”. También se lo ha conocido como “*Síndrome de Tomás*” refiriéndose al protagonista de la novela “La insoportable levedad del ser”, (Kundera 1984), un hombre sin expectativas, desanimado, frustrado y con una baja percepción de sí mismo. Todos estos términos son utilizados como sinónimos en los diferentes textos científicos y en el uso popular.

Schaufeli y Buunk (2003) manifiestan que el término "staff burnout" fue mencionado por primera vez por Bradley (1969) en un artículo sobre agentes de libertad vigilada que dirigían un programa de tratamiento para menores delincuentes.

Según Catsicaris et al. (2007), el término burnout, fue tomado de la física de los metales para referirse a la forma en que un material, aún estando quemado (o fundido), puede continuar con la función de transmisión de energía. El mismo artículo indica que la primera referencia al concepto de burnout se encuentra en Buddensbrooks, una novela de Thomas Mann escrita en 1901; allí se relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra. Más tarde, Greene en 1961 utiliza el término en “A burnt-out case”. En esta novela se utiliza el término para referirse a un arquitecto exitoso que no encuentra sentido en el arte y el placer por lo cual viaja al Congo en un intento de cambiar su vida. En ambos textos se detallan los síntomas del síndrome con claridad.

Rivera et al. (2011) afirman que el término Burnout - “estar quemado” - surge de la industria aeroespacial, significa agotamiento del carburante de un cohete, como resultado de un calentamiento excesivo.

Según Carlín (2014), Burnout es una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado. El mismo estudio afirma que el mismo término lo utilizaban de forma coloquial los abogados californianos, para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.

Moreno-Jiménez et al., (2005), afirman que todos los autores señalan a Freudenberger

como quien acuñó el término de Burnout de una manera formal, pudiéndolo definir como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás” (Freudenberger, 1974). Según Schaufeli y Buunk (2003), Freudenberger utilizó esa denominación para referirse al estado en el que quedaban los profesionales que trabajaban con él en la New York Free Clinic. Observaba que en un principio, los trabajadores eran entusiastas e idealistas, se comprometían con el trabajo y los pacientes. Pero al cabo de uno a tres años esta energía y motivación disminuía, al mismo tiempo que aumentaba la distancia y frialdad para con los internos. Freudenberger tomó el mismo término que los pacientes usaban para describir el efecto que había provocado sobre sí mismos el consumo problemático de drogas y alcohol. (Moreno-Jiménez et al., 2005).

Sin embargo, aunque no hayan utilizado específicamente esta palabra, otros autores venían pensando en conceptos similares. Uno de ellos era la noción de “preocupación distanciada” (Lief y Fox, 1963) que describía el comportamiento que observó en profesionales de la salud que deben implicarse en la cura sin caer en sobreimplicaciones emocionales. Por otro lado, Zimbardo (1970) usaba el término “deshumanización defensiva”, refiriéndose a la necesidad de defenderse de estados emocionales continuos y desequilibradores, actuando con las personas como si se tratara exclusivamente de objetos o problemas a solucionar. (Moreno-Jiménez et al., 2005).

Las primeras evaluaciones del SBO procedían de la observación clínica y eran principalmente asistemáticas hasta que Maslach y Jackson, (1981) desarrollaron el modelo operativo inicial que fue presentado como un síndrome caracterizado por tres dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y dificultades en la Realización personal. Las personas con el síndrome desarrollaban síntomas muy variados que interferían negativamente en su trabajo, en su salud y en su vida personal.

Redondo, (2008) considerará que:

- el síndrome de Burnout no aparece de forma brusca y varía su intensidad,
- tiende a ser negado, debido a que se vive como un fracaso profesional o personal,
- entre un 5 y 10% de los casos es irreversible.

En un principio, tanto Freudenberger como Maslach investigaban el SBO exclusivamente en el personal asistencial. En sus primeras formulaciones, Maslach (1976) definía inicialmente el burnout como “un estrés crónico producido por el contacto con los

clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”. Estos lineamientos dieron lugar al MBI-HSS, primer cuestionario sistemático para evaluar el síndrome, que se centraba inicialmente en el estudio de profesiones asistenciales, especialmente las sanitarias, (Maslach y Jackson, 1981). Desde esta perspectiva, el síndrome era conceptualizado como efecto de la interacción con los usuarios de servicios, cuyas demandas emocionales sobrepasaban los recursos de los trabajadores. Molina Linde y Avalos Martínez (2007) definen el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud: “el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes”. Más recientemente, Carlin y de los Fayos, (2010) abonarán estos conceptos al decir que el riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. Estos autores, han explicado el burnout como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda.

Teniendo en cuenta el aspecto interaccional, Maslach (1982, 1993) señala que el síndrome de burnout es iniciado por relaciones emocionalmente exigentes entre los cuidadores y sus destinatarios. Esto sucede particularmente en los servicios asistenciales con personas, donde las relaciones son estresantes por su propia naturaleza, porque son profesionales que se enfrentan a las necesidades, problemas y sufrimientos de las personas. Desde este punto de vista, el SBO es una reacción a las exigencias emocionales, que va generando fases. En primer lugar, se presenta el agotamiento emocional, luego la despersonalización y por último la falta de realización personal.

Leiter y Maslach (1988), y Golembiewski et. al (1986) examinaron modelos de agotamiento. La investigación de Lee y Ashforth (1986) confirmó parcialmente las afirmaciones de Leiter y Maslach. Se encontró relación entre autonomía en el trabajo y apoyo social con el agotamiento emocional debido al rol del estrés. A su vez, se encontró que el agotamiento emocional media entre las otras dos dimensiones de burnout. Según estos autores, análisis posteriores revelaron que el modelo de Leiter y Maslach fue algo más válida para los empleados con menos experiencia que para los empleados con más experiencia.

Moreno-Jiménez, et al. (2005), consignan que debido a que las observaciones mostraban que el burnout no consistía en un proceso presente exclusivamente en el ámbito asistencial, se desarrolló el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory General Survey) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), que mide burnout en profesiones no asistenciales. En esta edición

del MBI, se redefine al burnout como *“una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis de las reacciones con las personas en el trabajo”*. Este instrumento, consta de tres subescalas que son denominadas como agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional. El MBI-GS representa una mejora sobre el MBI – HSS, ya que su estructura factorial resulta más clara, el número de ítems por dimensión está más equilibrado y se tienen en cuenta aspectos cognitivos además de los emocionales, según Moreno-Jiménez, et al. (2005).

El nuevo desarrollo se convertía en una nueva opción de conceptualización y medición del SBO, pero lejos de reemplazar al MBI-HSS, se proponía como una opción válida para evaluar otros tipos de ocupaciones. Esta nueva alternativa modificaba levemente las dimensiones originales. Como se diferencia en el cuadro a continuación, lo que anteriormente era considerado cansancio emocional, en este instrumento será considerado agotamiento emocional, lo que fuera denominado como despersonalización, en el MBI-GS se lo llamará cinismo y lo que se conocía como realización llevará el nombre de Eficacia. Estos nuevos nombres representan diferencias conceptuales que van mudando el enfoque de lo específicamente asistencial a las ocupaciones en general. Sin embargo, cada dimensión mantiene algunos aspectos del planteo original.

La publicación realizada por Schaufeli y Leiter (1996) posibilitó estudiar el SBO fuera del ámbito de los servicios humanos al modificar las dimensiones del cuestionario, definiéndolas de forma más general. A partir de allí, la dimensión agotamiento se mide sin hacer referencia a otros como fuente de la fatiga emocional experimentada. La dimensión cinismo refleja indiferencia hacia el trabajo en general, no necesariamente hacia otras personas. Por último, la falta de eficacia emocional se refiere a la ausencia de eficacia percibida por el sujeto en su desempeño laboral, lo que antes se denominaba la realización personal.

También Rao y Mehrotra, (1998) entre otros, abren el espectro de influencia de esta problemática al decir que el “burnout” es un síndrome que puede afectar a profesiones muy diferentes. Preferentemente, en aquellas ocupaciones que con frecuencia tienen que atender e interactuar de forma asistencial con algún tipo de usuario o “cliente” que presenta necesidades más o menos importantes e imperiosas. Desde entonces, el estudio del SBO se extendió a otros rubros del mundo laboral (clérigos, docentes, policías, enfermeros, médicos,

etc.) y otras ocupaciones, como voluntarios del tercer sector, estudiantes, deportistas, amas de casa, matrimonios, padres, etc.

Para Pines, (1996) el burnout en la pareja es un doloroso estado que aflige a las personas que esperan que el amor romántico le otorgue significado a sus vidas. El burnout en la pareja es la combinación de dos factores: expectativas irreales y las vicisitudes de la vida.

En el caso del SBO parental, Akgün (2014) hace referencia a la exposición prolongada de los padres a las intensivas demandas emocionales a la que los someten sus hijos, especialmente cuando tienen más de un hijo o se encuentran aún en una edad con mayor dependencia. En la mayoría de los casos no hay días de descanso y puede convertirse en una dedicación full time que puede generar agotamiento, cinismo e ineficacia.

Rutledge y Francis, (2004) afirman que hay investigaciones que estudian el SBO en clérigos, de hecho, se ha realizado una modificación validada del Maslach Burnout Inventory adaptada a esta población en Reino Unido.

A partir de estos cambios, Maslach, Schaufeli, y Leiter (2001) actualizaron la teoría sobre el SBO, diciendo que este síndrome, además de tener lugar en trabajos en los que se tiene contacto con personas, puede existir entre administrativos, empleados de mantenimiento e ingenieros informáticos. Según Salanova, et al. (2000) el segundo aporte de aquel estudio se refiere al engagement o compromiso, un concepto complementario al de SBO.

Schaufeli et al. (2002, p.74) definen al engagement como "... un estado mental positivo, de realización, relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción". La esencia de este concepto es la energía, implicación y eficacia, dimensiones opuestas a las que mide el SBO. Más que un estado específico y temporal, el engagement es un estado cognitivo-afectivo persistente. El vigor se relaciona con altos niveles de energía mientras se trabaja, persistencia y el esfuerzo. La dedicación tendrá que ver con el nivel de significado del trabajo, entusiasmo y orgullo hacia el mismo. Finalmente, la absorción se relaciona con estar plenamente concentrado, como si el tiempo "pasara volando".

El engagement es el opuesto directo del burnout y así se define (y mide) en términos de las tres dimensiones de energía, involucramiento, y eficacia. El engagement se define como un estado persistente afectivo-emocional positivo de realización en los empleados que

se caracteriza por el vigor, dedicación, y absorción (Maslach et al. 2001)

Maslach (2009) considera que el burnout no es un problema de las personas sino del ambiente social en el cual trabajan. Desde su punto de vista, la estructura y funcionamiento del lugar de trabajo definen la forma en que la gente interactúa con otros y cómo realizan sus trabajos. Y considera que habrá un mayor riesgo de burnout, cuando no se reconozca el lado humano del trabajo, y existan grandes desajustes entre la naturaleza del trabajo y la naturaleza de la gente.

Maslach y Leiter (1997) desarrollaron un nuevo modelo de burnout que se centra en el grado de ajuste o desajuste entre el individuo y aspectos claves de su ambiente organizacional. Esta conceptualización se basó en los conceptos de French et al. (1974) sobre el ajuste trabajo-persona, que suponía que un mejor ajuste predecía menos estrés. Llegaron a la consideración que a mayor brecha, o desajuste, entre la persona y el trabajo, mayor es la probabilidad de burnout; a la inversa, mientras mayor sea el ajuste, mayor la probabilidad de compromiso con el trabajo (engagement).

Este modelo es más integral y contextual, así lo expresan Maslach, Schaufeli, y Leiter: (2001, p. 413) "el trabajo reciente sobre el burnout ha comenzado a desarrollar nuevos marcos teóricos que integran más explícitamente tanto los factores individuales y situacionales "

### ***Burnout y organizaciones***

Maslach y Leiter (1997) enumeran seis áreas principales, las cuales son: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad, y valores.

Si existe una sobrecarga en el trabajo, los empleados perciben que tienen demasiado que hacer, que no disponen del tiempo necesario para realizar las tareas o que no cuentan con recursos suficientes para realizar el trabajo adecuadamente. Evidentemente existe un desajuste entre las exigencias del trabajo y la capacidad de los individuos de satisfacer esas demandas. En consecuencia, deberán sacrificar tiempo familiar, o tiempo libre para poder cumplir con sus tareas.

Claramente hay un vínculo entre una falta de control y altos niveles de estrés. La falta de control en el trabajo puede ser tener diferentes orígenes: empleados que son micro-administrados (micromanagement), y que no tienen la posibilidad de utilizar sus propios recursos, conocimientos o creatividad para tomar decisiones, percibirán que no disponen de

libertad de resolución personal ni autonomía en su trabajo. No poseen autoridad para controlar aquello por lo cual se los está responsabilizando. En otras ocasiones, los empleados advertirán falta de control porque la vida laboral se ha convertido en desordenada y confusa.

En ciertas ocasiones, los empleados consideran que no están siendo adecuadamente recompensados. El sueldo es la recompensa más habitual. Pero, en muchos casos, las recompensas más anheladas están relacionadas con el reconocimiento. El estado de ánimo de los empleados se asienta mucho en las recompensas y en el reconocimiento. Las personas pertenecientes a la generación X e Y le otorgan valor a elementos diferentes que los empleados de generaciones precedentes. Algunos de ellos, se inclinan más por el teletrabajo o un casual Friday a un incremento del sueldo o el status de un cargo. Para otros, la posibilidad de viajar o un buen ambiente laboral es más valorado que un aumento. Por otro lado, en el caso específico de las profesiones de servicio humano, frecuentemente la retroalimentación positiva está prácticamente suprimida del proceso. Las personas recurren al profesional cuando transitan algún problema o dificultad. Al resolverse esos problemas, o cuando los clientes (o pacientes) están saludables o se están sintiendo felices, se marchan. Por consiguiente, no hay un refuerzo positivo.

La cuarta área mencionada, alude a las relaciones permanentes que los empleados mantienen en el trabajo. En caso de que estas relaciones se caracterizaran por una falta de apoyo y confianza, habrá un quiebre en el sentido de comunidad. Se observará hostilidad y competencia, lo que hará difícil resolver los conflictos. Así pues, en tales condiciones, el estrés y el burnout serán altos, y el trabajo se hará difícil. En cambio, si las relaciones asociadas con el trabajo funcionaran bien, entonces habrá gran apoyo social, y los empleados contarán con medios efectivos para resolver desavenencias.

Posiblemente el mejor predictor de la dimensión del cinismo del burnout esté relacionado con la sensación de que el lugar de trabajo es injusto. Aparecerán la rabia y la hostilidad. De acuerdo a las teorías de equidad (Walster y Walster, 1973; Siegrist 1996), cuando las personas experimentan el desequilibrio de la falta de equidad, tomarán medidas para intentar restaurar la equidad. Pero si los empleados consideran que no hay esperanza alguna de una solución justa, pueden llegar a tomar otras medidas en áreas que ellos pueden controlar, como, por ejemplo, irse antes del trabajo, llevarse insumos a su casa o algún tipo de agresividad hacia la persona que consideren responsable de la injusticia.

Leiter y Maslach (2004) consideran que los valores son las metas y los ideales que en primer momento atrajeron a la gente a ese trabajo en particular. Por consiguiente, la conexión motivante entre el trabajador y el lugar de trabajo son estos valores. Algunas veces, la gente está trabajando en una situación en donde hay un conflicto entre los valores personales y los organizacionales. En esta situación, los empleados deben optar entre lo que ellos desean hacer y lo que deben que hacer. Cuando este desajuste en los valores es experimentado por los trabajadores de forma crónica, puede surgir el burnout. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a burnout desde el punto de vista de Jaoul et al. (2004).

Los estresores (desajustes) en las seis áreas generan una experiencia de burnout o engagement, y a su vez esto lleva a consecuencias tanto personales como organizacionales (Leiter y Maslach 2004).

Posteriormente un estudio reveló que las seis áreas podrían ser aprovechadas como una herramienta diagnóstica que permitiría identificar aquellos ámbitos que son especialmente problemáticos. Actualmente se ha incorporado el esquema de seis áreas en programas de evaluación desarrollados para organizaciones (Leiter y Maslach 2000) y para individuos (Leiter y Maslach 2005). El mismo brinda orientaciones para una Estrategia más acomodada al cliente para disminuir el burnout y estimular el engagement.

Cibanal et al. (2001) señalan firmemente que la relación de ayuda no quema, sino que fortalece. Poniendo el foco en la relación de ayuda que se genera en la enfermería, observan que el SBO se manifiesta cuando el rol profesional y su tarea son confundidas con las de un amigo o salvador. De acuerdo a estos autores, cuando desempeña su trabajo de forma adecuada, lejos de padecerlo, el trabajador crece y se llena de energía en la relación con su paciente.

### ***Diferenciando el Síndrome de Burnout (SBO) de problemáticas similares***

#### **Estrés general y SBO**

Aludiendo a aquello que pueden experimentar los profesionales que trabajan con maltrato infantil, Giberti (2001) distingue el estrés del Burnout, señalando que en este síndrome, lo que está afectado es la identidad del profesional y que esto no se produce en el estrés.

Redondo, (2008) explica las diferencias entre el estrés general y el SBO en base a lo referido por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales – UGT (2006):

**Tabla I**  
*Diferencia entre Estrés y Burnout*

| ESTRÉS  | BURNOUT  |
|---|--|
| Sobreimplicación en los problemas.  | Falta de implicación.  |
| Hiperactividad emocional.   | Embotamiento emocional.  |
| El daño fisiológico es el sustrato primario.                                  | El daño emocional es el sustrato primario.                                     |
| Agotamiento o falta de energía física.  | El agotamiento afecta a la motivación y a la energía psíquica.                 |
| La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas. | La depresión en burnout es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza. |
| Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés).            | Sólo tiene efectos negativos.  |

Nota: Adaptado de: Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales – UGT (2006). Guía: Sobre el Síndrome del Quemado.

Asimismo, Pérez (2010) incorporará otra diferencia a tener en cuenta. Postula que el SBO tiene relación fundamentalmente, con un estrés laboral u ocupacional (amas de casa, estudiantes, deportistas y voluntarios), mientras que el estrés general puede presentarse en cualquier contexto. Maslach (2009) agregará: “A diferencia de las reacciones de estrés agudo, que se desarrollan en respuesta a incidentes críticos específicos, el burnout es una reacción a la constante acumulación de estresores ocupacionales en curso”.

Finalmente, Moreno-Jiménez, et al. (2005) plantearán que, a diferencia del estrés, el burnout:

- No se genera únicamente con la carga de trabajo.
- No se aplaca después del descanso ni vacaciones.
- Es necesario haber estado ilusionado, haber tenido determinadas expectativas para que luego estas mismas se desmoronen.
- Quienes lo padecen tienden a encubrir sus sentimientos cuando se los interpela

### **Estrés agudo y estrés post traumático (PTSD)**

Respecto a la diferencia entre las reacciones de estrés agudo y el SBO, Maslach (2009) expresa que el primero prospera en respuesta a incidentes cruciales específicos, mientras que el burnout es una respuesta a la incesante acumulación de estresores ocupacionales en curso. El estrés post traumático es una forma de estrés agudo. Rosario, et al. (2009) manifestarán que este síndrome vinculado con eventos en extremo traumatizantes pero específicos, se genera como producto de la exposición única a dicho suceso. En el Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5), (APA, 2013) se señala como primer criterio del diagnóstico de PTSD Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, ya sea como una 1) Experiencia directa del suceso(s) traumático(s), 2) Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, 3) Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental, 4) Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).

Asimismo, la persona debe manifestar al menos un síntoma de intrusión asociados al evento traumático a nivel del sueños, recuerdos angustiosos, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso y reacciones fisiológicas intensas que se parecen al evento traumático. Además, suele observarse evitación o esfuerzos para evitar estímulos internos o externos asociados al evento, alteraciones del estado de ánimo y cognitivas, e hiperactividad amigdalina.

Como puede observarse, si bien hay alguna semejanza con los síntomas que se manifiestan en el mobbing y el SBO, la diferencia clave es la exposición a un hecho aislado e irruptivo en el PTSD, y la sumatoria de situaciones en el mobbing y SBO (a excepción de la exposición repetitiva que se produce a detalles repetitivos, pero siempre en relación a

sucesos traumáticos, lo cual no es característico del SBO). Por otra parte, el PTSD puede producirse tanto dentro como fuera del trabajo, mientras que el Mobbing y el SBO son exclusivamente ocupacionales.

El trauma vicariante es otra concepción asociada al Estrés Postraumático, según el cual se plantea que una persona puede quedar aquejada al enterarse de un evento traumático sufrido por un otro significativo (Figley, 1995).

### **SBO y Mobbing o acoso moral.**

Tomando en cuenta al SBO y al Mobbing, se podría considerar que ambas son enfermedades del entorno laboral con algunas semejanzas, pero podemos distinguir estos conceptos con precisión.

Leymann (1996) afirma que en el Mobbing existe una meta bien definida, la exclusión del agredido, al considerárselo peligroso, por eso se lo ataca constantemente. En cambio, en los estudios sobre Burnout no se presentan registros de intencionalidad. En el caso del Mobbing además hay agresividad entre los compañeros, o con subalternos o superiores. Esto no es preciso que tenga lugar en el Burnout.

Einarsen et al., (1998) y Piñuel (2001) han descubierto la relación entre ambos fenómenos, llegando a la conclusión que el Mobbing suele ocasionar elevados niveles de Burnout, pero el Burnout no suele causar Mobbing.

### **Estrés Laboral y SBO**

Debemos considerar que no todo estrés laboral alude a SBO. Moreno-Jiménez et al. (2005, parr. 1) conciben al SBO de la siguiente manera: “Cuando el estrés laboral se cronifica, da como resultado un tipo de estrés crónico denominado desgaste profesional, burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo”. De acuerdo a estos autores, nos hallamos ante manifestaciones que son tanto cuantitativa como cualitativamente diferentes al hablar de estrés laboral y burnout. Por esta razón, se afirma que para que exista SBO, previamente debió haber estrés laboral.

Según señala Maslach (2003), el estrés laboral tiene mayor amplitud que el SBO y, su aparición generaría efectos positivos y negativos para el individuo, a diferencia del SBO, que sólo produciría efectos negativos.

De acuerdo a Mussi (2006), la peculiaridad que caracteriza al burnout, y que lo distingue de otras categorías vinculadas al estrés, es que atañe al plano de los ideales y al sentido de propósito y eficacia en torno al sentimiento de realización personal, lo cual puede generar un deterioro en la identidad profesional y personal de quienes lo sufren.

### **SBO y Síndrome de desgaste por empatía o Compassion Fatigue**

Figley (1995) en su clásico libro acerca del desgaste por empatía, lo distingue respecto del SBO afirmando que, a diferencia del agotamiento, que surge progresivamente, y es el resultado del agotamiento emocional, el trastorno de estrés traumático secundario (CTDS) puede generarse súbitamente, sin demasiada advertencia. Asimismo, en el desgaste por empatía, en contraposición al SBO, hay un sentimiento de impotencia y confusión, una sensación de aislamiento de apoyo, los síntomas están frecuentemente desvinculados de causas reales y hay una tasa de recuperación más veloz.

El SBO implica al desgaste emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. Por otra parte, el síndrome de desgaste por empatía es uno de los resultados negativos de quien comparte ingratas experiencias con personas significativas, y una de sus secuelas es el desgaste emocional que impide la esperada repercusión emocional Maín et al. (2009). Alecsiuk (2015) se encargó de investigar en Argentina el impacto de la inteligencia emocional como factor de protección frente al desgaste por empatía en terapeutas.

Perez, (2010) sugiere que también se debe diferenciar al SBO de otras entidades que poseen algunos síntomas o procesos de evolución semejantes, como son: Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Crisis de la Edad Media.

### **SBO y fatiga física**

Respecto a la fatiga física, esta autora va a coincidir con Pines y Aronson (1988) en cuanto a que la diferencia principal está en el proceso de recuperación. En tanto que el Burnout suele tener una recuperación lenta con sentimientos de fracaso, en la fatiga física la mejoría es más veloz y puede estar asociada a sentimientos de realización personal.

### **SBO y depresión**

En cuanto a la depresión, Freudenberger (1974) refiere que la depresión es uno de los

síntomas más distintivos del Burnout. Wiley (1981) escribió un libro denominado “They used to call it depression; now it's know as burnout”, que traducido al castellano sería algo así como: Solían llamarla depresión; ahora se conoce como burnout”. En el mismo manifiesta que el SBO es una falacia y que se ha pretendido otorgarle otro nombre a la depresión. Por otra parte, Maslach (2009) considera que el SBO suscita efectos negativos en términos de salud mental, tales como depresión, ansiedad, y baja autoestima. El mismo estudio asegura que aunque no hay evidencia de que el SBO sea un precedente de la depresión, la advertencia de toda esta investigación se refiere a que el burnout es un importante factor de riesgo para la salud mental en general. Burke et al. (1996) sostienen que la depresión es una consecuencia negativa usual del Burnout. En esta misma línea, la teoría de COR de Hobfoll y Shirom (2001) afirma que los síntomas de la depresión pueden manifestarse en una etapa ulterior al Burnout. Según afirma Perez (2010), la depresión tiene una correspondencia significativa con el Cansancio Emocional, pero no así con las otras dos dimensiones del Burnout. Manassero (2003) señala que uno de los síntomas más relevantes de la depresión es el sentimiento de culpa, en tanto que en el Burnout los sentimientos que prevalecen son la cólera o la rabia. Finalmente, merece la pena subrayar que el SBO concierne prácticamente de manera exclusiva al entorno ocupacional, en cambio la depresión puede sobrevenir en cualquier ámbito. El estado de ánimo decaído puede presentarse en el SBO de un modo transitorio y se presenta particularmente en el ámbito laboral.

### **SBO, tedio, insatisfacción laboral y crisis de la mediana edad**

El tedio o aburrimiento es una manifestación que puede presentarse tanto dentro como fuera del SBO. Maslach y Jackson (1981) realizan una diferenciación respecto a ambos conceptos, afirmando que el Burnout es originado por reiteradas presiones emocionales, en tanto que el tedio o aburrimiento puede surgir tras una pequeña cantidad de estímulos que presionan o restan motivación o innovación en el entorno laboral del sujeto. De todas formas, estos autores indican que ambos términos son utilizados como equiparables cuando son resultado de la insatisfacción laboral.

Dentro de la conceptualización del SBO, Pines, Aronson y Kafry, (1981) dieron relevancia al tedio. Planteaban que ambos constructos son similares en cuanto a los síntomas, pero difieren en su naturaleza. Hacían una diferenciación entre los conceptos de tedium y

burnout, el primero era considerado como el efecto de una presión permanente (emocional, mental o física) en tanto que el burnout era descrito como el resultado de presiones emocionales relacionadas con una intensa repercusión en las personas por largos periodos de tiempo, en particular en labores vinculadas con la atención de personas. Posteriormente desecharon esta distinción, argumentando que el concepto de burnout es más vasto y engloba al tedio (Pines y Aronson, 1988).

Respecto a las discrepancias en cuanto a la insatisfacción laboral, Maslach y Jackson (1981) expresan que elevados niveles de burnout pueden presentarse con una buena satisfacción laboral. En su escala de medición (Maslach Burnout Inventory) señalan como un factor más de este síndrome a la insatisfacción en el trabajo.

Según indica Broufenbrenner (1979), la crisis de la mediana edad sobreviene cuando el profesional arriba a un balance negativo de su coyuntura laboral y/o personal. En cambio, el SBO es mucho más habitual en jóvenes con escasa antigüedad en el empleo en virtud de que no disponen de los recursos necesarios para hacer frente al desafío.

### ***SBO y Estrategias de Afrontamiento***

Carlin y de los Fayos (2010) realizan una distinción entre el SBO como estado y el SBO como proceso. Al conceptualizar al SBO como algo estático, se lo considera un estado final que es evaluado para comprender su estado actual. De esa forma se estaría ignorando que el SBO se genera como consecuencia de un proceso en distintas etapas de desarrollo, que mantienen un mecanismo de Afrontamiento al estrés. Rodríguez Marín, (1995) y Gil-Monte y Peiró (1997) concuerdan al comprender al *burnout* como una reacción al estrés laboral cuando las Estrategias funcionales de Afrontamiento regularmente empleadas por el sujeto fallan o resultan deficientes.

### ***Síntomas del SBO***

Cabe señalar que debemos distinguir también las consecuencias del SBO, es decir, lo que, en definitiva, generan en la vida del sujeto que lo sufre.

Gil-Monte y Peiró (1997), indican que las principales secuelas relacionadas con este síndrome son:

**Índices afectivo-emocionales:** sentimientos de soledad, de alienación, de

impotencia, de omnipotencia, ansiedad, preocupación excesiva por asuntos que no la merecen, dificultad para sentir compasión, interés excesivo en la salud física, introvertirse o “soñar despierto”.

**Índices actitudinales-conductuales:** agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enojo frecuente, irritabilidad, no verbalizar, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia, indecisión, descontento injustificado, aumento de tabaquismo, aumento de dependencia de drogas tranquilizantes y somníferos, exceso de comida, o menos común, falta de apetito, cansancio al despertar, disminución en la calidad y cantidad de trabajo.

**Índices somáticos:** palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, catarrros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, alergias, tensión muscular, dolores cervicales y de espalda, fatiga, alteraciones menstruales, úlcera gastroduodenal, diarrea, insomnio, dolor y opresión en el pecho, indigestión y distensión abdominal, impotencia sexual o falta de libido, sensaciones de hormigueo en brazos y piernas, cefalea persistente comenzando en la nuca y extendiéndose hacia adelante sobre la cabeza, migraña, erupciones cutáneas.

Nishiyama et al. (1997) analizaron una manifestación que se originó en Japón, que tal vez sea la mayor expresión del estrés laboral: el Karoshi. Esta problemática alude a muertes súbitas provocadas por estrés laboral y exceso de trabajo. En ciertas ocasiones, esta muerte es causada por un suicidio, en otras ocasiones el sujeto sufre derrames cerebrales o problemas cardíacos, en personas que trabajan en promedio más de 65 horas a la semana durante más de un mes.

### ***SBO en el psicólogo clínico***

Gil-Monte y Peiró (1997) sostiene que dentro del concepto del SBO pueden distinguirse dos puntos de vista: el clínico y el psicosocial. El aspecto clínico lo considera como una situación a la que arriba el sujeto como efecto del estrés laboral. Hacia esta dirección se orientaron los primeros trabajos de Freudenberg (1974), y de Pines y Aronson (1988). Por otra parte, el punto de vista psicosocial lo entiende como un proceso que evoluciona por la interrelación de las particularidades del ambiente laboral y de orden personal, con expresiones bien distintivas en diferentes etapas.

En esta investigación suscribimos a este punto de vista psicosocial. Al enfocarnos en los estadios del proceso estaremos aludiendo a una propuesta de transformaciones en las

Estrategias funcionales de Afrontamiento.

De acuerdo a Aponte y Winter, (1988), el trabajo terapéutico constituye un entorno social que impacta en la problemática personal del terapeuta como casi ninguna otra lo realiza. Los autores sostienen que el tratamiento ejerce un intenso estímulo de crecimiento personal y favorece oportunidades de cambio en el terapeuta, de forma tal que pueda con ello mejorar su calidad de vida y la de sus clientes.

De acuerdo a Danieli (1984), la “Respuesta Silenciadora” se encuentra facilitada en el SBO. Se designa de esta manera a la ineptitud para atender a las experiencias de los consultantes que resultan agobiantes, reorientando al cliente a material menos estresante para el profesional. Rao y Mehrotra, (1998) sostienen que, al igual que otras profesiones, la psicología proporciona habitualmente un alto nivel de satisfacción personal en su práctica. Asimismo, también se debe tener en cuenta que puede convertirse en una fuente de riesgo psicosocial, en virtud de que se trata de una ocupación en la cual el profesional sostiene un vínculo muy estrecho con las personas a las que atiende. De ahí que arriben a la conclusión que afirma que tal vínculo supone habitualmente la implicación del psicólogo en problemas emocionales que a menudo llegan a resonar en su vida personal. Los autores asimismo indican, que frecuentemente, el psicólogo estima que parte de su rol requiere sostener una respuesta persistente, para atender y resolver las demandas de sus pacientes.

Varma (1997), y Dare (1997) destacan que los psicoterapeutas acostumbran trabajar de manera directa con el estrés y los estresores de sus clientes, hecho que los deja expuestos, al ayudar y ser partícipes en el combate de personas que padecen un malestar de consideración y significativas dificultades emocionales.

Maslach, (2009) señala que “Las relaciones terapéuticas o de servicio que los cuidadores o proveedores desarrollan con los receptores exigen un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional. Aunque tales relaciones pueden ser gratificantes y adaptativas, también pueden ser bastante estresantes”. Maslach et al. (2001); Schaufeli y Enzmann (1998) llegan a la conclusión que el burnout es el resultado, en su mayor parte, de la índole del trabajo, más allá de las características de cada empleado. Pines, Aronson, y Kafry (1981), por su parte, han indicado que el burnout afecta justamente a aquellas personas que son más idealistas y entusiastas.

### Capítulo 3. Estilo Personal del Terapeuta

#### *Antecedentes del concepto*

Como antecedente a este constructo, McNair y Lorr (1964) encontraron tres factores que parecían definir la conducta psicoterapéutica. Estos factores se apoyaban en las características de las técnicas utilizadas. La primera dimensión tiene relación con los supuestos derivados de la orientación psicodinámica tradicional. La segunda resultó ser un continuo entre la expresión versus el control del afecto. La tercera dimensión es un continuo que parte desde la directividad hacia la no directividad del terapeuta. Estas últimas dos dimensiones son integradas al EPT y dan lugar a las dimensiones operacional y expresiva.

Ferreira (2019) afirma que un antecedente al concepto de EPT se encuentra en la creación del cuestionario TPI-R (Orlinsky et al., 1987). Este instrumento buscó sistematizar los tipos de intervenciones realizadas por los psicoterapeutas, focalizándose en diferenciar las directivas de las no directivas.

Posteriormente, Beutler et al. (1994) se interesaron en las variables del terapeuta. Por otra parte, Orlinsky et al. (1994), consideraban que el Estilo del terapeuta tiene estrecha relación con los rasgos de su personalidad, influenciando directamente en la relación terapéutica y en los resultados del tratamiento.

#### *Descripción del concepto del Estilo personal del Terapeuta*

El EPT ha sido definido como el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular y que se refiere a las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser (Corbella y Fernández Álvarez, 2006).

Otra definición posible es: “el conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto”, y que está constituido por las condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional (Fernández-Álvarez y García, 1998; Fernández-Álvarez et al., 2003); influye en la marcha de cada proceso terapéutico, e incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferente grado según el tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico. (García y Fernandez-Alvarez, 2007).

Es un constructo multidimensional, conformado por un conjunto de dimensiones que, en la práctica, se llevan a cabo de manera integrada, y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su ejercicio profesional. Por tratarse de un Estilo, el EPT tiende a permanecer estable en el tiempo, aunque pueda sufrir pequeñas modificaciones (como resultado del entrenamiento recibido, de cambios en las condiciones de trabajo, cambios evolutivos o circunstancias vitales del terapeuta). (García y Fernández-Alvarez, 2007).

El primer artículo sobre el EPT fue publicado en 1996 por Héctor Fernández-Álvarez (Fernández-Álvarez 1996). Posteriormente, varios miembros de la Fundación Aiglé en Buenos Aires y de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, en Barcelona continuaron trabajando sobre el tema. Desde esa fecha el concepto ha sido estudiado, profundizado y actualizado desde diferentes aspectos. El objetivo principal del Proyecto BCN-Bs. As. ha sido profundizar el conocimiento de la interacción entre el Estilo personal del terapeuta y las características personales del cliente (Corbella, 2003; Corbella y Botella, 2004a; Botella y Corbella, 2005).

El Estilo personal del terapeuta se diferenciaría de las intervenciones realizadas porque tiene una presencia más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta, más allá de las técnicas concretas (Corbella 2004 y 2009). Podríamos decir entonces que el EPT tiene más incidencia en la forma de actuar del profesional actuante que en lo que hace. La misma intervención psicoterapéutica se podría realizar con mayor o menor directividad, con mayor o menor espontaneidad, esta forma de administrar la técnica suele mantenerse en el tiempo y va conformando al EPT. Corbella (2004) afirma que el EPT comprende las acciones estilísticas más importantes del terapeuta, y determina la forma en que se aplican las técnicas específicas.

Hay tres variables que contribuyen a la formación del Estilo personal del terapeuta (Fernández-Álvarez, 1998):

- a) La posición socio-profesional.
- b) La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos.
- c) Los modos dominantes de comunicación que utiliza.

Las dos primeras variables aluden a condiciones personales que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. La primera de ellas, tiene en cuenta el rol del terapeuta

en el contexto socio-profesional donde trabaja. La segunda tiene en cuenta las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan la tarea del terapeuta. Por último, la tercer variable, se focaliza en los patrones de comunicación del terapeuta durante el acto terapéutico.

El Estilo terapéutico (Ceberio y Linares, 2005) es un concepto que presenta algunas similitudes y diferencias con el EPT. Sus autores lo definen como la particular instrumentación del terapeuta del modelo que utiliza. Esto significa que un modelo nunca será practicado del mismo modo por quienes compartan un modelo. También afirman que hay varios aspectos que influyen en este aspecto: la historia personal del profesional, la formación teórica, todo el proceso de formación del terapeuta, el contexto histórico-cultural y factores emocionales. La mayor diferencia entre el EPT y el Estilo terapéutico reside en que el primero tiene dimensiones que permiten construir cuestionarios para su estudio sistematizado.

Beutler et al. (2004) sostienen que el grado de compatibilidad entre el Estilo terapéutico y las características de los pacientes influirían en los resultados de la psicoterapia.

Corbella y Botella (2004) consideran que es valioso que cada terapeuta pueda conocer su propio Estilo en función de sus variables personales, y coinciden con Vides-Porras et al. (2012) en el hecho de que no existen combinaciones ideales de Estilo personal. Sin embargo, Castañeiras et al., (2008) sugieren que algunos Estilos pueden ser más adecuados que otros para lidiar con determinadas situaciones clínicas.

### ***El EPT-C***

El constructo EPT ha sido operacionalizado a través de un inventario autodescriptivo para su evaluación: el EPT-C. Este inventario ha sido aplicado y estandarizado en nuestro país. El EPT-C presenta satisfactorias confiabilidad y validez teórica a través de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios (Fernández-Alvarez y col., 2003; Gómez y col., 2007). El instrumento en su versión actual arroja puntajes en cinco dimensiones del EPT que fluctúan entre los siguientes polos de un continuo:

### ***Funciones o dimensiones del Estilo personal del terapeuta***

Estas dimensiones son los principales ejes sobre los que se desarrolla el acto psicoterapéutico. (García y Fernandez-Alvarez, 2007). Corbella (2004) aclara que esta clasificación no pretende ser exhaustiva al describir o explicar las conductas que lleva a cabo un terapeuta sino que intenta ofrecer una visión lo más amplia posible de la forma en que un terapeuta le imprime su Estilo a su tarea.

Las funciones más significativas que se han identificado son las siguientes (Fernández-Álvarez, 1998): Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucrativa. Cada dimensión se encuentra en un continuo bipolar.

La función instruccional va desde el Estilo rígido al flexible y consiste en un conjunto de prescripciones que deberá cumplir el paciente y al sistema de reglas y de normas que regirán durante el proceso.

La dimensión atencional parte de un Estilo activo al receptivo. Corbella (2004) afirma que los programas terapéuticos menos estructurados facilitan que la atención del terapeuta tienda a ser más abierta y distribuida, mientras que en tratamientos más pautados o directivos la atención del profesional propende a estar más enfocada en algún contenido particular.

La dimensión expresiva parte de un Estilo próximo al distante. Se refiere al grado de intercambio emocional que existe con el paciente para que éste se sienta contenido y confiado. Esta función expresiva tiene alguna similitud con la dimensión de expresión versus el control del afecto planteada por McNair y Lorr (1964).

La dimensión operacional parte del Estilo pautado al espontáneo. La psicoterapia es un campo que abarca una gran diversidad de procedimientos, los cuales se pueden realizar de una manera más organizada de antemano o de un modo más cercano a la improvisación. El primer Estilo estaría más cercano a la ciencia y el segundo al arte. La terapia puede consistir en una combinación de ambos.

Y la dimensión involucrativa, que parte del Estilo muy comprometido a poco comprometido. Corbella considera que los terapeutas pueden verse comprometidos en diversos grados con su labor según su personalidad y el tipo de pacientes que atienden. También llama la atención del riesgo a padecer estrés y sentirse afectado por la tarea terapéutica.

Esta enumeración organiza las diferentes formas en las que un terapeuta le imprime su sello personal a la manera de cumplir con su tarea. En la práctica, estas funciones se llevan a cabo de manera integrada y en su conjunto expresan las disposiciones, los rasgos y las actitudes que todo terapeuta pone en evidencia durante su ejercicio profesional. (Corbella et al, 2009).

Corbella (2008) confirma lo que ya sospechaba en investigaciones previas (Corbella, 2003), al indicar que la función atencional y la función operacional, a pesar de ser dos dimensiones independientes, tienen algunos puntos en común y a menudo se hallan correlaciones leves entre ambas. Confirmando esta afirmación, Castaneiras et al. (2008) agrupa las funciones, reuniendo en primer lugar, a las dimensiones Atencional y Operativa como funciones técnicas. En el grupo motivacional y/o emocional incluye a las funciones involucración y expresiva. Por último, la función instruccional la considera como pivot entre los dos grupos antes mencionados.

Corbella (2004) explica que originalmente existieron dos dimensiones más, que fueron dejadas en desuso debido a que las mismas presentaron problemas respecto a sus propiedades psicométricas y estructura factorial:

Fomentativa: Se refería al uso de procedimientos dirigidos a estimular la acción o el insight del paciente. Se consideraba que los terapeutas fluctuaban entre dirigirlos a la acción y dirigirlos al insight. Esta dimensión fue un aporte de Beutler et al. (2000)

Evaluativa: Intentaba medir el juicio que el terapeuta realizaba sobre el modo en que se logran los objetivos. Se consideraba que los terapeutas fluctuaban entre estimuladores (dirigidos al resultado) y críticos (dirigidos a la comprensión).

Corbella (2004) insistirá en aclarar que no existe una propuesta respecto a un Estilo ideal del terapeuta. El objetivo de investigar el EPT es ayudar a cada terapeuta a encontrar su propio Estilo personal en función de sus variables personales, los posicionamientos teóricos y la actitud terapéutica. Conocer el EPT posibilita el enriquecimiento en la formación y supervisión de los psicoterapeutas de modo que se pueda entrenar cada una de las dimensiones teniendo en cuenta que se trata de una entidad dinámica.

## **Capítulo 4. Estilos y Estrategias de Afrontamiento**

### ***Historia y desarrollo del concepto de Afrontamiento***

El Afrontamiento es una variable vastamente estudiada en la literatura científica. A pesar de eso, no existe acuerdo en cuanto a los conceptos, las formas de evaluación y los resultados de las investigaciones (Monat y Lazarus, 1985; Roberts et al., 1987; Aldwin, 1994; Snyder, 1999).

McGrath, (1970), considera que el estrés es el estado resultante del desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo. Los estresores producen perturbación emocional y requieren una respuesta esforzada (Compas, 1987) o un Afrontamiento según Lazarus y Folkman, (1986).

Han existido múltiples enfoques que estudiaron el Afrontamiento. Cada una de estas perspectivas ofrece diferentes definiciones de su naturaleza y aplicación.

Pese a que aún no se lo denominaba Afrontamiento, la psicología ha estudiado desde hace mucho tiempo la forma en la que una persona intenta manejar los sucesos estresantes.

El enfoque psicoanalítico aportó el concepto de mecanismos de defensa, el cual tiene algunas similitudes y diferencias respecto del concepto de Afrontamiento. Quizá el solapamiento entre ellos se deba a que las Estrategias de Afrontamiento se apoyan en el concepto de mecanismos de defensa como antecedente, ya que el enfoque teórico que desarrolló los mecanismos de defensa ha sido el psicoanálisis desde sus inicios; en cambio las Estrategias y Estilos de Afrontamiento fueron desarrollados por el enfoque cognitivo conductual medio siglo más tarde.

El concepto de mecanismos de defensa fue introducido por Sigmund Freud pero ha sido su hija Anna quien profundizó su estudio. Anna Freud (1937) considera que los mecanismos de defensa son una forma de expresar los impulsos que no presenta conflictos con el superyó o con lo social.

Maser y Cloninger, (1990) afirman que, para hacer frente a situaciones estresantes, el individuo se mune de procesos psicológicos protectores, a los que le llama mecanismos de defensa. Además, Galor y Hentschel (2013) sostienen que estos procesos son reacciones inconscientes que pueden ser rígidas y automáticas.

La función de los mecanismos de defensa es la de, no sólo proteger al self de los conflictos internos y externos, sino también, evitar las amenazas y no dañar la percepción

positiva del self (Baumeister et al., 1998).

Los mecanismos de defensa reducen, alteran y manipulan las percepciones que tiene el individuo respecto de sus deseos, pensamientos y sentimientos perturbadores, promoviendo el bienestar psicológico, aumentando la adaptabilidad y de este modo permitir el desarrollo psicológico normal manteniendo la autocoherencia. (Cramer, 1998)

Las defensas cumplen una doble función, proteger y defender al yo de los impulsos indeseables y darle un nivel de gratificación al ello.

Vaillant (1977) encontró cinco funciones principales de los mecanismos de defensa: a) Restauran el balance emocional y mantienen el afecto en los límites adecuados b) Dan al individuo un tiempo para adaptarse a los cambios c) Ayudan a lidiar con conflictos sin resolver, con otros o con uno mismo d) El fracaso de los mecanismos de defensa derivará en trastornos psicológicos.

En la misma publicación, Vaillant (1977) sostiene que los mecanismos de defensa se construyen en una jerarquía de cuatro niveles, donde el primer nivel presenta el más alto nivel de distorsión de la realidad como la desmentida y la proyección alucinatoria. En el segundo nivel se encuentran mecanismos inmaduros como las conductas pasivo-agresivas. Los mecanismos del tercer nivel incluyen el desplazamiento, la represión, el aislamiento, la desmentida, la racionalización y la intelectualización. Por último, los mecanismos maduros del cuarto nivel son el humor, la supresión, la sublimación, la anticipación y el altruismo.

Para Cramer (1998) los mecanismos de defensa son utilizados inapropiadamente cuando: a) tienen una alta intensidad b) se usan de forma continua c) uso de la defensa fuera de lugar d) la cantidad excede la cualidad. Fuera de estos casos, considera que son una herramienta necesaria para la salud mental.

Si se hace hincapié en las diferencias entre el Afrontamiento y los mecanismos de defensa, varios autores insisten en el hecho de que estos últimos distorsionan la percepción de la realidad como medio para reducir la ansiedad (Haan, 1997; Cramer, 1998). También se subraya el aspecto inconsciente de los mecanismos de defensa (Maldavsky, 2005) (Cramer, 1998, 2000, 2008) (Freud 1959) en contraste con el aspecto consciente, esforzado e intencional de las Estrategias de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986) (Cramer, 1998, 2000, 2008). La mayoría suele aceptar la naturaleza consciente de dichas Estrategias como es el caso de Stone y Neale (1984), Lazarus y Folkman (1986) y Pelechano (1992).

Coherentemente con este elemento, la observación del Afrontamiento se realiza habitualmente a través de autoinformes, lo cual se centra exclusivamente en la conducta consciente.

Por otro lado, varios autores afirman que existen algunas similitudes entre ambos conceptos. Cramer (1998) explica que ambos conceptos: a) Se activan en momentos de adversidad y estrés; b) Reducen el incremento de emociones negativas; c) Apuntan a lograr la adaptación.

En el mismo sentido, Jacoby et al. (1992) sostienen que tanto el Afrontamiento como los mecanismos de defensa, están unidos a procesos cognitivos como memoria, toma de decisiones y relaciones interpersonales. Otra analogía entre ambos se refiere a la habitualidad de uso. Esto significa que las personas suelen utilizar frecuentemente más algunas de las defensas y Estrategias que otras, lo cual tiene consecuencias en su Estilo de vida y hace predecible la conducta de los individuos. Carver y Connor-Smith (2010); McCrae y Costa (2003) dirán que ambos conceptos son importantes bloques de construcción de la personalidad adulta y son integrales para el funcionamiento social emocional.

Los mecanismos de defensa se asemejan a un Estilo de Afrontamiento en particular, el centrado en la emoción. Cramer y Brilliant, (2001) afirman que a menudo, estos últimos conceptos son difíciles de separar. El parecido reside en que ninguno de ellos tiene la finalidad de modificar la fuente del malestar sino reducir a este último. Sin embargo, la forma en que se busca minimizar ese displacer es diametralmente distinta, ya que en el caso de los mecanismos de defensa se hace de forma inconsciente, sin esfuerzo y sin intención, mientras que el Estilo de Afrontamiento evitativo consta de esfuerzos conscientes cognitivos y conductuales con el fin de hacer frente a los desafíos internos o externos (Lazarus y Folkman, 1986); (Cramer, 1998, 2000, 2008).

Respecto de la relación entre estos conceptos que se comparan y la salud mental, Cramer (1998) entre otros, afirma que la mayoría de los mecanismos de defensa pueden ser parte del funcionamiento saludable de las personas si no se usan en exceso. Frydenberg y Lewis (1994) entre otros, opinan que no existe un Estilo más adecuado en sí mismo, sino que depende de la situación que se presenta. Existe cierto consenso en considerar más adaptativo el Estilo centrado en los problemas cuando se puede modificar la fuente de estrés y el Estilo centrado en emociones cuando no hay nada que se pueda hacer para mejorar la situación.

Ursin, et al (1978) y Ursin et al. (1991) sostienen inclusive que afrontar implica expectativas de dominio de una situación desafiante.

A continuación, se podrá ver un cuadro donde se grafica las similitudes y diferencias entre ambos conceptos:

**Figura 1**

*Diferencias y similitudes entre los mecanismos de defensa y las Estrategias de Afrontamiento.*

| Referencias bibliográficas                  | Mecanismos de defensa  | Estrategias de Afrontamiento                                     |
|---|--|--|
| Cramer (1998)                               | -Se activan en momentos de adversidad y estrés.<br>-Reducen el incremento de emociones negativas.<br>-Ambos procesos apuntan a lograr la adaptación. |  |
| Jacoby et al. (1992).                       | Ambos están unidos a procesos cognitivos como memoria, toma de decisiones y relaciones interpersonales.  |  |
| Connor-Smith (2010); McCrae y Costa (2003). | Ambos conceptos son importantes bloques de construcción de la personalidad adulta y son integrales para el funcionamiento social emocional.          |  |
| Cramer (1998)                               | Ayudan al individuo posiblemente al distorsionar la percepción de la realidad.   | Intentan cambiar la realidad.                                    |
| Haan (1997); Cramer (1998)                  | Distorsionan la percepción de la realidad solamente para reducir la ansiedad.  | No suelen distorsionar la realidad, sino que buscan modificarla. |
| Cramer (1998)                               | Lidian con el “qué” del evento estresante, que es lo reprimido, aislado y proyectado.  | Se encargan de “cómo” el evento debería ser manejado.            |
| Maldavsky, (2005)                           | Son actividades sin esfuerzo, decisión o intencionalidad consciente.   |  |
| Lazarus y Folkman (1986)                    |  | Son aquellos esfuerzos   |

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
|                             |   | cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. |
| Haan (1997)                 | Son más rígidas, posiblemente distorsionan la percepción de la realidad, no pueden ser detenidas y su objetivo es reducir la ansiedad, no resolver la fuente de la misma                    |  |
| Haan (1997)                 | Los principales mecanismos de defensa típicos tienen la forma de autoengaño, distorsión de la realidad y sensibilidad social reducida.  |  |
| Haan (1963); Kroeber (1963) | Sus observaciones originales se remontan al inicio del psicoanálisis y fueron descritos por Ana Freud a partir de 1936.   | Surge 50 años después dentro del enfoque cognitivo conductual.   |
| Cramer (1998, 2000, 2008)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implican procesos inconscientes.</li> <li>-No tienen intencionalidad.</li> <li>-No se relacionan con metas.</li> <li>-Son potencialmente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implican procesos conscientes.</li> <li>-Tienen intencionalidad.</li> <li>-Se basan en sus objetivos.</li> <li>-Son más adaptativas.</li> </ul>                              |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | desadaptativas.   |  |
| Cramer y Brillant (2001).                         |   | Abarcan tanto la resolución de problemas como los dispositivos de Afrontamiento emocional.                                   |
| Ursin et al. (1978)<br>Ursin et al. (1991, p.223) |   | Afrontar implica expectativas de dominio de una situación desafiante. Eso tiene el efecto de reducir el nivel de excitación. |
| Freud (1959).                                     | Las define como “las Estrategias emocionales que se usan inconscientemente para afrontar la ansiedad que surgen de los pensamientos y sentimientos inaceptables”  |  |
| Cramer (1998)                                     | Tienen 6 características definitorias:<br>-Operan de forma inconsciente.<br>-Operan para proteger la autoestima conservando el contenido inaceptable fuera de la consciencia.<br>-Protegen de experimentar la ansiedad excesiva.<br>-Son parte del funcionamiento normal.<br>-Pueden llevar a la patología si se usan en exceso.<br>-Se distinguen unos de otros. |  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Frydenberg y Lewis (1994) | El Afrontamiento está determinado por la persona, el ambiente y por su interacción. Están condicionadas por la percepción de la situación y de los recursos para hacerle frente. No hay un Estilo más adecuado en sí mismo, sino según la situación que se presenta. (Centrado en problemas para lo que se pueda modificar y centrado en emociones para los que no se puedan controlar). |
|---------------------------|--|

Snyder (1999), señala que el término Afrontamiento se introduce por primera vez como categoría separada en Psychological Abstracts en 1967. Lazarus y Folkman (1986), afirman que entre 1940 y 1960, el Afrontamiento fue concebido exclusivamente como un concepto organizativo en la evaluación clínica. Recién en los años ochenta, se fue constituyendo en el centro de todo un grupo de psicoterapias y programas educativos que tenían como objetivo desarrollar recursos adaptativos de las personas.

Rueda Ruíz y Aguado Díaz (2012) sostienen que existen dos fuentes de las que se nutrió el estudio del Afrontamiento para evolucionar conceptualmente: las teorías de la personalidad y las teorías del estrés.

Respecto de las teorías del estrés es justo mencionar las dos tendencias principales para abordar el tema (Pelechano et al., 1993). En primer lugar, tenemos la perteneciente al modelo homeostático de Selye (1956, 1976, 1986), que se caracteriza por una conceptualización objetiva del estrés, en relación a un estímulo nocivo (estresor) que produce una respuesta (estrés). Esta corriente se basa en un modelo biologicista. En segundo término, nos encontramos con una línea de trabajo que brinda un lugar destacado a la subjetivización de la realidad. Comienza con la teoría psicoanalítica y en los primeros trabajos de estrés

pertenecientes a Grinker y Spiegel (1945) y Janis (1958) pero que encuentra su mayor exponente y difusor en Lazarus (1966) con la conceptualización del modelo cognitivo del estrés. Este grupo de autores resaltan el papel de la valoración cognitiva en el estrés y reconocen la importancia de las diferencias individuales en la forma de valorarlo y afrontarlo (Cofer y Appley, 1964; Cox, 1978; McGrath, 1970; Cohen y Lazarus, 1973; Lazarus y Folkman, 1986).

Si ordenamos los enfoques teóricos del Afrontamiento según los criterios de Aldwin (1994) encontraremos:

e. El enfoque centrado en la persona: Incluye a los autores que consideran el Afrontamiento como regulador de las emociones y ansiedad como los psicoanalistas (Menninger, 1954; Haan, 1977; Valillant 1977), los teóricos del apego y del rasgo de personalidad (Millon, 1982; Reichard, Livson y Peterson, 1962) y quienes estudian los Estilos de percepción (Byrne, 1964; Miller, 1980).

f. El enfoque basado en la situación: Considera central el papel del contexto en la elección de las Estrategias de Afrontamiento (Lifton, 1968; Erikson, 1976).

g. El enfoque interactivo: Afirman que existe un interjuego entre la persona y su ambiente que determina la elección de la Estrategia del Afrontamiento.

h. El enfoque transaccional: Sostiene que existe una interrelación entre la persona, la situación y el Afrontamiento. (Folkman y Lazarus, 1980; Billings y Moos, 1981b).

### ***Afrontamiento Disposicional y situacional***

Rueda Ruíz y Aguado Díaz (2012) afirman que el Afrontamiento ha sido interpretado de las siguientes maneras:

a. Desde las demandas situacionales (Pearlin y Schooler, 1978).

b. Desde la influencia de las prácticas y preferencias culturales (Strong, 1984; Aldwin, 1985).

c. Como estimaciones-Estrategias cognitivas (Folkman y Lazarus, 1980, 1985).

d. Como características de la personalidad (Haan, 1977; Kobasa, 1979; Vaillant, 1977).

Esta diversidad tiene como consecuencia la falta de un modelo teórico integrador, lo

cual genera un gran caudal de investigaciones que, muchas veces, resultan contradictorias entre sí.

Las dificultades para la integración de la teoría del Afrontamiento (Pelechano, 1992; Aldwin y Levenson, 1994; Zeidner y Endler, 1996; Snyder, 1999), han llevado a afirmar que no se trata de un constructo único, sino de un metaconstructo que abarca numerosos fenómenos (Eckenrode 1991).

A pesar de los desacuerdos, existe evidencia empírica que sugiere que las Estrategias de Afrontamiento presentan relaciones significativas con algunas variables de personalidad, que tiene una consistencia interna aceptable, una estabilidad temporal y transituacional, lo cual se puede observar en los trabajos de Carver, Scheier y Weintraub (1989), Pelechano (1992, 1999), y Pelechano et al. (1993, 1994)

Castaño y del Barco (2010) afirman que los sujetos modifican sus Estrategias en función de la situación, pero no en lo que respecta a las características más disposicionales (terciarias), que no parecen modificarse según la situación.

Varios estudios que han combinado la perspectivas disposicional y contextual apoyan la vinculación de ambos constructos (p.e., Bouchard, 2003; David y Suls, 1999; Moos y Holahan, 2003).

Coyne (1981), Felton et al. (1984), Lazarus y Folkman (1984) y McCrae (1984), también diferencian los factores situacionales, afirmando que son los que influyen en la utilización del Afrontamiento centrado en el problema, ya que las personas lo utilizan cuando perciben que la situación estresante es modificable y así pueden minimizar las consecuencias negativas. Y por otro lado, considera los factores personales, a partir de los cuales se utiliza el Afrontamiento centrado en la emoción; cuando no es posible modificar la situación, se busca regular las consecuencias emocionales negativas del problema. Las características de la situación estresante también deben tenerse en cuenta, ya que a partir de estas se definen las Estrategias que el individuo utiliza para afrontarla.

Para Carver y Scheier (1994), existen dos aspectos del Afrontamiento. El situacional, en el que el Afrontamiento puede variar de un momento a otro según su entorno, y el disposicional, a partir del cual las personas, en base a situaciones estresantes que experimentan, desarrollan Estilos conductuales habituales para enfrentarlas y que pueden ser utilizados ante situaciones nuevas.

Esta diferenciación entre los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento podría aportar información importante que debería ser tomada en cuenta a la hora de realizar alguna intervención psicoterapéutica.

Rueda Ruíz y Aguado Díaz (2012) sostienen que el Afrontamiento es un proceso dinámico que se compone por el tipo de problema y las personas que con sus propias características personales, constantemente evalúan las situaciones que son demandantes y estresantes, con el fin de seleccionar la Estrategia Afrontamiento correcta según el problema del que se trate y así minimizar los efectos negativos.

Rueda Ruíz y Aguado Díaz (2012) consideran a Pelechano como representante de un intento de integración conceptual. Este autor (Pelechano, 1992) propone una concepción amplia de las Estrategias de Afrontamiento como competencias de personalidad, integrándolas a un modelo de inteligencia socio-cultural.

Abandonando los anteriores planteos absolutistas, Pelechano (1992) propone que la estabilidad del Afrontamiento tiene interrelación con el entorno, influyéndose mutuamente el ambiente y el aspecto situacional. Dentro de este modelo integrador, las Estrategias de Afrontamiento serían una parte importante de las capacidades de la personalidad, junto a la dimensión de solución de problemas interpersonales, generando así un acercamiento entre las teorías del estrés y de la personalidad. Desde esta perspectiva se subordina el factor situacional del Afrontamiento a la estabilidad del mismo. Esto significa que si bien se defiende la naturaleza estable del constructo, se reconoce que en algunas situaciones se puede preferir algunas Estrategias a otras.

Steyer et al. (1992) sostienen que existe una naturaleza mixta del Afrontamiento que incluye cierta estabilidad y un componente situacional en las Estrategias utilizadas para manejar el estrés. De esta manera, el Afrontamiento es el resultado de una combinación de disposiciones personales y demandas ambientales, de manera que sólo desde su interacción podemos explicar las diferencias individuales encontradas.

## Capítulo 4. Estilos y Estrategias de Afrontamiento

Como plantearon Carver y Scheier (1994), el estudio del Afrontamiento ayudó a conceptualizar distintos tipos de dimensiones dentro de la personalidad denominadas Estilos y Estrategias. Los primeros son predisposiciones personales utilizadas para enfrentar diversas situaciones estresantes y van a disponer el uso de ciertas Estrategias de Afrontamiento, así como la estabilidad temporal y situacional de las mismas. Las Estrategias de Afrontamiento, en cambio, son los procesos concretos y específicos aplicables en cada contexto, por lo que pueden ser altamente más inestables dependiendo de las condiciones que las originen.

El estudio de las influencias de las características de personalidad en los procesos de Afrontamiento (Suls, David y Harvey, 1996), contribuyó a establecer diferencias entre estos dos conceptos.

Pelechano (2000), considera que ambos conceptos son complementarios. Mientras que los Estilos de Afrontamiento expresan formas estables o consistentes de afrontar el estrés, las Estrategias de Afrontamiento son acciones y comportamientos más específicos de la situación. Según Lazarus (1986) existen Estrategias que pueden ser más estables que otras.

Rueda Ruíz y Aguado Díaz (2012) resumen las clasificaciones más frecuentemente realizadas del Afrontamiento. Allí, destacan que las concepciones unidimensionales, características de los teóricos del rasgo, contrastan con los modelos actuales, en los que se propone la multidimensionalidad del Afrontamiento.

Folkman y Lazarus (1985) fueron autores pioneros en estudiar al Afrontamiento como un componente relativamente estable de la personalidad, distinguiendo dos Estilos de Afrontamiento: el Afrontamiento centrado en el problema y el Afrontamiento centrado en la emoción.

a) El Afrontamiento centrado en el problema: Busca resolver el problema o hacer algo para modificar la fuente del estrés. Es el que se recomienda cuando el sujeto percibe que sus recursos son capaces de superar el conflicto (Lazarus, 1993). Este Estilo de Afrontamiento presenta las siguientes dimensiones:

- Planificación y Solución de Problemas: Cuando se dispone de tiempo para resolver el problema, este Estilo permite establecer un plan de acción y seguirlo para superar el conflicto percibido.

- Confrontación: En situaciones imprevistas en donde el sujeto percibe que existe alguna

posibilidad de modificar las cosas, se realizan acciones directas dirigidas a la situación.

b) El Afrontamiento centrado en la emoción: Lazarus, (1993) consideraba este Estilo como una búsqueda para reducir la ansiedad y/o angustia emocional asociadas a la situación estresante. Su utilización tiene lugar cuando la persona no se percibe con recursos para modificar la situación. Incluye las siguientes dimensiones:

- Autocontrol: En situaciones que al sujeto le resultan conocidas o superables se puede utilizar esta Estrategia que supone conocimiento y manejo de las emociones negativas producidas por la situación desagradable.

- Distanciamiento: Esta Estrategia se asocia a situaciones que generan vergüenza. Busca olvidarse del problema, negando las emociones asociadas al mismo y comportándose como si nada malo hubiera ocurrido.

- Aceptación de la Responsabilidad: Aquí el sujeto se percibe como causante –al menos en parte- del problema, y se hace cargo del mismo. Puede derivar en conductas de escape.

- Revaloración Positiva: Luego de la situación desagradable, se realiza una evaluación en la que se rescatan aspectos favorables de la misma, ya sea para el crecimiento personal o como experiencia.

- Escape y Evitación: Se refiere a esas circunstancias en las que el sujeto siente impotencia respecto a posibilidades de cambio del problema; y realiza conductas de escape (e.g., consumo de sustancias). A diferencia del distanciamiento, aquí no se niegan las emociones, sino que buscan reducirse mediante conductas de escape.

La distinción entre ambos tipos de Estrategias, fue un buen punto de partida, pero no fue suficiente. Tales circunstancias han llevado a Folkman y Moskowitz (2004) a recomendar la profundización de estudios orientados correspondientes al Afrontamiento focalizado en la emoción.

Folkman y Lazarus (1980) observaron que la mayoría de la gente utiliza Estrategias de Afrontamiento que cumplen las dos funciones simultáneamente. Por lo tanto, estas dos funciones no son excluyentes. De hecho, una misma conducta puede servir para resolver ambas funciones. Así, una Estrategia puede centrarse en la solución del problema y contribuir a la vez al manejo de las emociones o viceversa.

Sin embargo, este binomio no es un criterio válido suficiente, ya que sus dos categorías generales se superponen y no discriminan las Estrategias que podrían estar

incluidas en cada categoría, y no han encontrado respaldo empírico según Aldwin, (1994).

Por estas razones, Lazarus (2006), puso en consideración la idea de abandonar la distinción entre las Estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción. Propuso un cambio en la forma de investigar las Estrategias de Afrontamiento, inclinando su interés por el acercamiento centrado en las personas a partir del cual se podría lograr una mejor comprensión de los mecanismos del Afrontamiento determinando subgrupos de individuos y caracterizando sus perfiles de Afrontamiento.

Pearlin y Schooler (1978) añaden una tercera función, la de dotar de significado a la situación. Moos (1981, 1995) clasifica las Estrategias de Afrontamiento de un modo más completo. En primer lugar, presta atención al enfoque del Afrontamiento (centrado en la emoción o en el problema) y, por otro, el tipo de Afrontamiento, en función del cual diferencia Afrontamiento activo (cognitivo o conductual) y evitación o pasivo.

A continuación, se podrá ver un cuadro donde se grafican los diferentes modelos y clasificaciones del Afrontamiento:

**Tabla II****Modelos de Afrontamiento y clasificación de sus dimensiones**

| Autor y año                                 | Modelo/Clasificación   |
|---|--|
| Carver y Scheier (1994)                     | Disposicional  |
| Bouchard y Moos (2003)                      | Situacional<br>Estilos y Estrategias   |
| Buela y Casal et al. (1991)                 | 3 procesos<br>Primario:<br>Secundario<br>Afrontamiento   |
| Byrne (1964)                                | Represor (negación y evitación)<br>Sensibilizador (vigilante y expansivo)  |
| Miller (1987)                               | Incrementador (estado de alerta y sensibilizador)<br>Atenuador (Evita o transforma cognitivamente la información.  |
| Pines y Kafry (1981)                        | Activo<br>Inactivo<br>Directo<br>Indirecto<br>Y sus combinaciones  |
| Omar (1995)                                 | De acción directa<br>De acción indirecta o paliativa   |
| Sandin et al. (1999)                        | Demandas<br>Evaluación cognitiva<br>Respuesta de estrés<br>Estrategias de Afrontamiento y mecanismos de defensa<br>Apoyo social<br>Variables disposicionales<br>Estatus de salud |
| Ebata y Moos, (1994) Moos y Schaefer (1993) | Centrada en el problema<br>(Conductual y Cognitiva)<br>Centrada en la evitación<br>(Conductual y Cognitiva)  |
| Lazarus y Folkman (1984)                    | Directo<br>Indirecto<br>Centrado en el problema<br>Centrado en la solución   |

**Questionarios de Afrontamiento:**

Si bien existe bastante consenso respecto de las funciones de las Estrategias de Afrontamiento o también llamados Estilos de Afrontamiento, no hay acuerdo al establecer criterios para su clasificación. Por esta razón, existe una multiplicidad de escalas construidas para su evaluación y la diversidad de las Estrategias que las componen.

Snyder (1999) señala la prolífica literatura sobre el Afrontamiento y una gran cantidad de instrumentos para su evaluación, en las que muchas veces, el nombre de las Estrategias sólo describe de forma imprecisa las características que se están midiendo con los ítems que componen la escala. También puede ocurrir que escalas con el mismo nombre operen de forma muy diferente.

El WCI de Lázarus y Folkman (1984), fue el primer cuestionario que pretendía medir el Afrontamiento. Solicitaba a las personas que reconstruyeran situaciones estresantes recientes y describieran lo que pensaron, sintieron e hicieron en el momento. Incluía 67 ítems con cuatro opciones de respuesta: (0) en absoluto, (1) en alguna medida, (2) bastante, (3) en gran medida. Mide modos de Afrontamiento dirigidos a la emoción y a la resolución de problemas. Además, se incluyen cuatro formas básicas de Afrontamiento y una categoría compleja.

En 1989, Carver et al presentaron la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento -COPE, utilizada para el presente estudio. El instrumento consta de 15 Estrategias de Afrontamiento que se corresponden con 3 Estilos generales de Afrontamiento con excepción de 2 Estrategias -humor y uso de sustancias- que no pertenecen a ningún Estilo en particular: este es el instrumento seleccionado para la presente investigación.

Posteriormente, Endler y Parker (1990) confeccionaron un nuevo cuestionario de evaluación del Afrontamiento, para mejorar y profundizar las escalas de Lazarus. Su instrumento se denomina Multidimensional Coping Inventory (MCI), que agrega una nueva dimensión de Afrontamiento: el Estilo focalizado en la evitación. En este caso se incluyen Estrategias orientadas hacia las personas (e.g., hablar con un amigo) u orientadas en la tarea (e.g., alejarse de la situación algún tiempo). Identifica 3 tipos de Estilos de Afrontamiento: orientado a tareas, orientado a las emociones y orientado a la evitación. El mismo fue adaptado al español por Guarino et al. (2007).

En el mismo año, se desarrolló un cuestionario para niños entre 8 y 12 años, el Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI) de Ryan-Wenger (1990), que reportó una adecuada consistencia interna.

El Indicador de Estrategias de Afrontamiento (del inglés The Coping Strategy Indicator, CSI), fue diseñado por Amirkhan (1994) y demostró poseer adecuada consistencia

psicométrica.

Frydenberg y Lewis (1996), ACS (escala de Afrontamiento para adolescentes), es un inventario de autoinforme, que permite evaluar 3 Estilos básicos de Afrontamiento: dirigido a la resolución de problemas, Afrontamiento en relación con los demás y Afrontamiento improductivo.

Luego, Carver (1997) creó la escala Brief COPE, es un instrumento de autoinforme que evalúa las Estrategias de Afrontamiento en investigaciones en salud. Es una versión abreviada de 28 ítems que facilita la administración y omite dos de las dimensiones del COPE original.

Sandin y Chorot (2003), diseñaron un cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) autoadministrable que evalúa siete Estilos básicos de Afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión.

Crespo y Cruzado (1997) realizaron su versión castellana del COPE, la cual fue utilizada en la presente investigación. Si bien continúa utilizando 15 escalas, las mismas son reagrupadas en 6 Estrategias debido a como se comportaron estadísticamente en la validación realizada en España. El Estilo de Afrontamiento de Consumo de Alcohol y Drogas incluye la Estrategia de consumo de Alcohol o Drogas. Asimismo, el Estilo de Afrontamiento Cognitivo del Problema implica las Estrategias de Aceptación, Humor, Resignificación Positiva y Refrenar el Afrontamiento. Por otro lado, el Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema conlleva las Estrategias de Crecimiento Personal, Planificación y Afrontamiento Activo y Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento. En cuanto al Estilo de Afrontamiento de Escape Cognitivo éste contiene las Estrategias de Negación, de Afrontamiento Religioso y de Evitación. A su vez el Estilo de Afrontamiento Emocional comprende las Estrategias de Búsqueda de Apoyo Emocional y la de Centrarse en Emociones y Desahogarse. Del mismo modo el Estilo de Afrontamiento de Escape Conductual incluye las Estrategias de Actividades Distractoras y la de Centrarse en Solucionar la Situación.

Siguiendo a Crespo y Cruzado (1997), a continuación, se describen brevemente las Estrategias de Afrontamiento propuestas por la Escala COPE utilizadas en la presente investigación:

Consumo de Sustancias y Alcohol: El uso de esta Estrategia como forma de aliviar el

sufrimiento del estrés o como forma de enfrentar al estresor, se lo considera como un Afrontamiento pasivo/evitativo.

- Aceptación: contrario a la negación, esta Estrategia implica asumir la situación percibida como desagradable y/o peligrosa. Se acepta que existe estresor y es real.

Humor: El humor se considera como Afrontamiento activo, como una manera que resulte menos desagradable. Es una Estrategia indirecta que busca ser un paliativo a la emoción desagradable que produce el estresor.

- Resignificación Positiva: Consiste en ver la situación desde un punto de vista positivo, el vaso medio lleno.

- Refrenar el Afrontamiento: Implica aguardar a que se presente la oportunidad más apropiada para actuar, afrontando pasivamente la situación sin apresurarse. Es una Estrategia inactiva pero directa.

-Crecimiento Personal es una tendencia a manejar las emociones de angustia más que lidiar con el estresor. Se refiere a salir fortalecido de una situación desagradable, aprendiendo algo de ella.

- Planificación y Afrontamiento activo: Implica en un primer momento en donde se piensan pasos que se realizarán y cómo se manejará el problema y Estrategias alternativas, contemplando situaciones probables y preparándose cognitivamente para afrontarlas. En un segundo momento comienza el proceso de llevar a cabo acciones para remover el estresor o de aminorar sus efectos. Implica iniciar una acción directa, ejecutando un Afrontamiento paso a paso.

- Abandono de los esfuerzos de Afrontamiento: Consiste en dejar de hacer intentos por conseguir un objetivo o resolver una dificultad. Es una Estrategia que implica dejar de tener conductas activas y directas hacia el estresor u objetivo.

- Negación: consiste en un intento de rechazar o invalidar al menos una parte de la situación estresante y vivir como si aquella no existiera.

- Afrontamiento Religioso: Ante la aparición de un estresor puede servir de soporte emocional, especialmente cuando no se cuenta con alternativas de Afrontamiento activo. Consiste en aumentar la cantidad de actividades religiosas como rezar y participar de rituales o servicios.

-Evitación: Esta Estrategia consiste en dormir, pensar en otra cosa y reducir el

esfuerzo en superar al estresor.

- **Búsqueda de Apoyo Social:** Se refiere a la búsqueda de ayuda externa, ya sea para recibir contención emocional o ayuda para enfrentar el estresor. En ese sentido entonces podría ser un Afrontamiento orientado hacia el problema o hacia la emoción.

**Centrarse en emociones y desahogarse:** Se denomina así a la acción de concentrarse en el malestar que se está experimentando, y expresar esos sentimientos.

- **Actividades distractoras:** Consiste en escaparse del estresor mediante la televisión, el trabajo, la limpieza o redes sociales.

- **Concentrarse en solucionar la situación:** Implica suspender actividades extras en para concentrarse plenamente en el desafío de afrontar al estresor. Consiste en dejar de lado otros intereses para evitar distracciones.

### ***Afrontamiento individual Vs Afrontamiento familiar***

Varios estudios dan cuenta de las Estrategias de Afrontamiento individual y familiar ante situaciones de estrés psicológico (McCubbin y McCubbin, 1993; Olson y McCubbin, 1982; Olson, 2011). Estos autores plantean que dichas Estrategias son recursos psicológicos con los que el sujeto hace frente a situaciones estresantes. Para enfrentarlo desde la dinámica familiar se necesita una mecánica diferente a la individual, ya que aquí hay que garantizar la salud de todos los miembros.

En este sentido lo que se expresa dentro de la dinámica familiar es que el Afrontamiento estaría dedicado a comprender los hechos que los afectan y de qué forma hacerle frente, dándole a cada integrante un rol para actuar. Estas Estrategias pueden fortalecer y mantener los recursos propios de cada sistema familiar, con el fin de protegerla de este estrés. (Hernández, 1991).

Ante esta situación, los miembros del grupo familiar deben ajustarse y adaptarse a este nuevo funcionamiento, para consolidarse y recuperar el orden que había antes que el hecho estresante ocurriera. Hernández (1991) afirma que cada familia utiliza Estrategias internas y/o externas de Afrontamiento, es decir, que las internas hacen frente al evento estresante con sus propios recursos y, por el contrario, las externas hacen uso de herramientas que provienen por fuera de la familia, como por ejemplo apoyo espiritual, apoyo social, profesional y movilización familiar. Por lo tanto, según cuál fuera el evento estresante

ocurrido en la familia, podrán utilizar sus recursos propios o buscar ayuda por fuera de la familia.

Según Macías et al. (2013), dentro del espacio familiar el sujeto obtiene aprendizaje para hacer frente a situaciones críticas de la vida; esto lo prepara para enfrentar cuestiones de forma individual, ya que fuera del grupo es cuando asume sus propias decisiones.

### **III. Método**

#### **Diseño**

El presente estudio es cuantitativo correlacional, no experimental, con diseño transversal. Se compararon los valores de los cuestionarios MBI HHSS con los de EPT-C y COPE para analizar la relación entre las diferentes variables de cada constructo, aunque no se pueda precisar causalidad alguna (Sampieri et al., 1991). Las variables que se buscaron controlar fueron las tres dimensiones del SBO, el nivel de SBO global, las cinco dimensiones del EPT y los diferentes Estilos y Estrategias de Afrontamiento. El método de control, fue estadístico inferencial.

Las variables aleatorias han sido todas aquellas variables independientes que pueden colaborar en la aparición de Burnout. Apoyándonos en los estudios de Gil-Monte (2002), diremos que algunas de estas variables aleatorias son de índole individual, como la personalidad de terapeuta, la autoeficacia, autoconfianza o el autoconcepto. Otras variables tendrán relación con lo organizacional, como el clima que se vive dentro de las instituciones donde este psicoterapeuta presta sus servicios. Por último, existen variables relacionadas con las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social.

#### **Participantes**

Para establecer una población homogénea se ha elegido una muestra de 235 psicólogos clínicos que atienden pacientes en CABA y GBA. Se utiliza una cantidad representativa de psicólogos hombres y mujeres, en relación a lo observado en las investigaciones en nuestro país realizadas por Alonso y Klinar (2009, 2011, 2013, 2014, 2017), 20% de varones y 80% de mujeres).

El número de participantes es similar a otros estudios sobre temáticas de Síndrome de Burnout, Estilos de Afrontamiento y EPT (Fernandez-Alvarez et al., 2000; Zamora et al. 2004). Además, es una cantidad adecuada para una investigación cuantitativa, ya que se tiene la intención de generalizar y para ello debemos contar con un número bastante más amplio que lo que se requiere para otros tipos de diseños.

La cantidad mínima solicitada de horas de trabajo clínico está pensada para excluir aquellos profesionales que tienen escasos pacientes y que podrían no presentar indicadores de Síndrome de Burnout, debido al gran tiempo de descanso o tiempo dedicado a otras tareas que tienen disponible. El tope máximo de horas de atención en consultorio es para excluir los casos en los que el Burnout pueda tener que ver con el exceso de trabajo más que con el EPT y las características de su Afrontamiento. En todo caso, los profesionales estudiados tendrán una cantidad similar de tiempo de atención en consultorio. En el caso de los terapeutas que tengan además una tarea laboral ajena a la psicoterapia no se consignarán las horas trabajadas allí como cantidad de horas de consultorio. Las mismas no se tendrán en cuenta para esta investigación.

La muestra será seleccionada de manera “intencional” –muestreo de conveniencia, esto es, no aleatorio-, la cual consiste en aprovechar o utilizar para el estudio las personas disponibles en un momento dado, localizando a algunos individuos, los cuales conducen a otros y estos a otros (Canales, de Alvarado y Pineda, 1989; Muñoz Razo, 1998).

Ya que las variables investigadas no discriminan género ni línea teórica, se incluirán terapeutas de ambos sexos y de los más importantes enfoques teóricos utilizados en nuestro país. Para que la muestra sea representativa, se ha considerado conformar la misma en una proporción similar a la que algunos autores encontraron en nuestro entorno. Para ello se ha investigado cómo se encuentra conformada la población de psicólogos en CABA y GBA en cuanto al género: Mujeres 80% y varones 20%.

### **Criterios de Inclusión y exclusión**

Los Criterios de inclusión han sido:

- Ser psicólogo o Licenciado en Psicología con título habilitante.
- Encontrarse trabajando actualmente en tareas clínicas.
- Desempeñarse actualmente en Ciudad de Buenos Aires y/o Provincia de Buenos Aires.
- Atender pacientes entre 10 y 40 horas semanales.

Los Criterios de exclusión han sido:

- No tener título habilitante como psicólogo o Licenciado en Psicología.
- No encontrarse trabajando actualmente en la atención de pacientes.

- Desempeñarse actualmente fuera de la Ciudad de Buenos Aires y/o Provincia de Buenos Aires.

- Quienes atiendan menos de 10 horas semanales o más de 40 horas semanales.

Respecto a la edad y cantidad años de ejercicio profesional, aunque se consignará este dato, el mismo no representa un criterio de exclusión. Se consultó en qué tipo de tratamiento se desempeñan los terapeutas y si atienden pacientes psiquiátricos o con TLP con el objetivo de discriminar las variables que puedan influir sobre el síndrome de Burnout.

### **Técnicas de recolección de datos**

El instrumento elegido para operativizar el Burnout es el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) en su versión HHS (Human Services), un cuestionario de auto-informe, que fue desarrollado por Christine Maslach y Susan Jackson entre 1981-1986. En este instrumento se utiliza la palabra “paciente” en vez de “usuario” en los ítems, debido a que está dirigido a profesionales de la salud. Consta de veinte y dos ítems, distribuidos, en tres escalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Los ítems son tipo Likert con siete categorías de respuesta, desde “nunca”, que tiene valor 0, hasta “todos los días”, con valor de 6. Consta de tres partes: características profesionales, dimensiones del Burnout y sintomatología de estrés asociada. La razón para la elección está relacionada con el hecho de que es el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de quemarse por el trabajo y cumple con criterios de confiabilidad y de validez convergente y discriminante. Por último, ha sido decisivo para la elección de esta escala en la modalidad HSS, que la misma cuenta con Validación en 1.152 profesionales sanitarios argentinos en la investigación sobre estrés laboral y Burnout realizada por María del Carmen Neira (Neira, 2004).

El EPT fue evaluado con el cuestionario EPT-C (Fernández Álvarez et al., 2003) que distingue cinco funciones que permiten dibujar el perfil profesional de cada terapeuta: instrucciones, atencional, expresiva, operacional e involucrativa.

En este caso no se contaba con tantas opciones para elegir instrumento, como en el caso de Burnout. Solo se cuenta con la versión original y la abreviada del cuestionario. Se utilizó la original, ya que, aunque ambas han sido validadas y resultan confiables es la que más se ha utilizado en las investigaciones encontradas. Se administró el EPT-C a una muestra

de 461 psicoterapeutas argentinos. Se analizó la validez de constructo del cuestionario mediante Análisis Factorial Confirmatorio con muy buenos resultados. (Castañeiras et al., 2008).

Por último, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento han sido evaluados con la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento (COPE) de Carver et al. (1989), adaptada al español por Crespo y Cruzado (1997). Consta de 60 ítems que evalúan 15 escalas correspondientes a sus diversas Estrategias de Afrontamiento: Aceptación, Actividades Distractoras, Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, Búsqueda de apoyo emocional, Consumo de Alcohol o Drogas, Centrarse en Emociones y Desahogarse, Concentrarse en Solucionar la Situación, Crecimiento Personal, Evitación, Dimensión Expresiva, Humor, Negación, Planificación y Afrontamiento Activo, Refrenar el Afrontamiento, Afrontamiento Religioso, y Resignificación Positiva. Asimismo, se utilizará el análisis factorial de segundo orden de Crespo y Cruzado que ha dado por resultado 6 grupos de Estrategias que denominaremos Estilos de Afrontamiento. Por último, cabe aclarar que se utilizó la versión disposicional del COPE, en la que se explora la forma habitual en la que una persona afronta los desafíos de la vida. Esta versión es apenas diferente que la versión situacional que investiga la forma en que una persona se maneja respecto de algún área en particular de su vida.

Los ítems solicitan una respuesta que las personas realizan en una escala ordinal con cuatro alternativas (de 0 a 3).

### **Procedimiento:**

La recolección de datos se realizó a través del servidor de encuestas surveymonkey. Se eligió este medio de comunicación masivo para poder acceder al número necesario de encuestados debido a la complejidad de las características de la muestra que fue detallada anteriormente. Para la administración de la entrevista en formato online, se siguieron los lineamientos provistos por la International Test Commission (Commission, 2015).

El material de recolección de datos constó de: a) Consentimiento informado b) Datos personales, entre los que se incluyó, sexo, edad, y localidades donde trabaja c) Cuestionario MBI-HSS (Maslach, 1996) d) Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos

Generales de Afrontamiento (COPE) de Carver et al. (1989), adaptada al español por Crespo y Cruzado (1997). e) Cuestionario EPT-C (Fernández Álvarez et al., 2003).

Dentro de los datos personales consultados, se preguntó a los sujetos encuestados si los mismos trabajaban con drogadependientes o no asistían a este tipo de pacientes. Sin embargo, durante el desarrollo de la presente tesis se decidió cambiar el término “drogadependientes” por la frase “pacientes que presentan consumo problemático de sustancias”. La causa de esta decisión, está relacionada con los cambios de paradigma que se vienen sucediendo dentro de la salud mental durante los últimos años. En este sentido podemos citar dos hitos fundamentales que coincidieron en el mes de mayo de 2013. En primer lugar, la publicación de la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) donde, a diferencia del manual predecesor, en vez de hablar de “abuso y dependencia” se los denomina “trastornos por consumo de sustancias”. Y, según la severidad del cuadro, se establece un continuum de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas) (Portero Lazcano, 2015). El segundo evento que tuvo lugar en esa fecha, fue la reglamentación de la Ley de Salud Mental en Argentina (Ley Nro. 26.657, 2010), que deja en claro la decisión política de desestigmatizar a las personas con consumo problemático de sustancias y problemas mentales para tratarlos como sujetos de derecho. De esta manera, se propone dejar atrás la representación social que sostenía que estas problemáticas eran una patología crónica que formaba parte de la identidad de los sujetos (Pawlowicz, 2015). Por esta razón, si bien se reconoce que al momento de la toma de datos, se utilizó la palabra “drogadependientes” se procedió a actualizar esta denominación en consonancia con los nuevos paradigmas vigentes y la convicción de que las palabras utilizadas implican un alto nivel de connotación.

Finalmente, cabe destacar que los participantes completaron un consentimiento informado previo a completar la encuesta. Del mismo modo, se comunicó que los datos recolectados en la investigación se utilizarían con fines científicos bajo la ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales, manteniendo el anonimato de los participantes. La administración de los instrumentos utilizados tuvo una duración aproximada de 40 minutos.

## IV. Resultados

### Participantes

Se utilizó un método de muestreo incidental no probabilístico. Se contó con 283 sujetos que respondieron la encuesta mediante la plataforma *on line SurveyMonkey*, pero se excluyeron los casos que no cumplían con los criterios de inclusión debido a no ejercer en Ciudad de Buenos Aires y/o Provincia de Buenos Aires.

El tamaño total de la muestra final fue de 235 terapeutas. El 82.6% ( $n = 194$ ) de los sujetos fueron mujeres y el 17.4% ( $n = 41$ ) fueron varones. El 33.6% ( $n = 79$ ) consignó realizar tareas terapéuticas con pacientes que presentan consumo problemático de sustancias, mientras que el 66.4% ( $n = 156$ ) declaró no atender este tipo de consultantes. Las edades estuvieron comprendidas entre los rangos de 20 a 23 años y de 55 y 60 años. Específicamente, el 17.8% ( $n = 42$ ) quedó comprendido entre los 20 y 29 años, el 40.9% ( $n = 96$ ) entre los 30 y 39 años, el 22.1% ( $n = 52$ ) entre los 40 a 49 años, mientras que el 19.1% ( $n = 45$ ) consignó tener al menos 50 años. En cuanto a la localidad en la cual ejerce su práctica clínica, el 45.1% ( $n = 106$ ) consignó trabajar en CABA, y el 37% ( $n = 87$ ) en Gran Buenos Aires. Un 17.9% ( $n = 42$ ) consignó trabajar en ambos lugares.

### Análisis de confiabilidad

Con el objetivo de evaluar la consistencia interna de las subescalas de los inventarios evaluados, se obtuvieron los coeficientes *alfa* de Cronbach. Tal como puede observarse en la Tabla III, en la mayoría de las subescalas la consistencia interna osciló entre valores moderados y buenos. No obstante, tres subescalas del inventario COPE presentaron coeficientes bajos o muy bajos, menores a .5 (subescalas RA, ADS, y E). Posiblemente, la falta de consistencia interna refleje fallas en la adaptación lingüística del contenido de los reactivos a nuestro medio. Por este motivo, se decidió no emplear estas subescalas en el análisis estadístico de los resultados, puesto que sus puntuaciones no resultan lo suficientemente confiables.

**Tabla III***Alfa de Cronbach para las subescalas evaluadas.*

| <b>Escala</b> | <b>Subescala</b> | <b>Alfa de Cronbach</b> |
|---------------|------------------|-------------------------|
| <b>MBI</b>    | CE               | .898                    |
|               | DES              | .646                    |
|               | RP               | .765                    |
| <b>COPE</b>   | BAS              | .870                    |
|               | RELI             | .933                    |
|               | H                | .928                    |
|               | CAD              | .931                    |
|               | PAA              | .679                    |
|               | AEAA             | .534                    |
|               | CED              | .628                    |
|               | ACEP             | .666                    |
|               | NEG              | .594                    |
|               | RA               | .451                    |
|               | CESS             | .654                    |
|               | CP               | .501                    |
|               | RPos             | .760                    |
|               | ADS              | .244                    |
|               | E                | .232                    |
|               | AConP            | .692                    |
|               | AcogP            | .818                    |
| ECog          | .745             |                         |
| AEmo          | .840             |                         |
| ECond         | .436             |                         |
| CADro         | .931             |                         |
| <b>EPT</b>    | At               | .657                    |
|               | Ins              | .541                    |
|               | Inv              | .699                    |
|               | Op               | .771                    |
|               | Exp              | .692                    |

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual

del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEemo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

### **Análisis de Datos y normalidad**

Una vez recolectados los datos los mismos fueron ingresados en una base de datos digitalizada (SPSS 21) desarrollada por la empresa IBM. Los gráficos fueron realizados con el programa Microsoft Excel 2010. Se incluyeron análisis descriptivos para la describir medidas de frecuencias absolutas y relativas, tanto univariadas como de distribución conjunta, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad.

A través de una prueba Kolmogorov Smirnov se evaluó la forma de la distribución en las variables de los cuestionarios MBI, COPE y EPT-C. Tal como se observa en la Tabla IV, todos los puntajes brutos mostraron una distribución que se apartó significativamente de un modelo normal,  $ps < .02$ , con excepción de RP del MBI y Exp del EPT-C.

Se emplearon variadas técnicas de análisis de estadística inferencial. Dado que la mayoría de las variables psicológicas evaluadas presentaron una distribución no normal, se optó por emplear una prueba no paramétrica, la prueba *Rho* de Spearman, para el análisis de sus asociaciones.

Para la comparación de grupos definidos por dos condiciones en variables con nivel de medición ordinal (e.g., años del terapeuta, experiencia en años, horas de trabajo semanal), se empleó la prueba *U* de Mann Whitney. No obstante, cuando las variables dependientes tuvieron nivel de medición escalar (e.g., CE, DES y RP), se emplearon pruebas *t* de Student para muestras independientes. Se optó en estos casos por una prueba paramétrica dado que con un *n* mayor a 30 en cada grupo se puede asumir la normalidad de la distribución de muestreo de la media aritmética. Finalmente, se emplearon modelos de ANOVA en los casos en los que se compararon más de dos condiciones en variables con nivel de medición escalar.

En todos estos análisis, se evaluó la homogeneidad de varianzas a través de la prueba de Levene y se observó el cumplimiento de dicho supuesto. En los casos en los que el ANOVA arrojó efecto principal del factor, se empleó la prueba *post hoc* de Tukey para detectar diferencias específicas entre los grupos. El nivel de significación *alfa* se estableció en .05 para todos los análisis.

**Tabla IV**

*Prueba de normalidad de KolmogorovSmirnov.*

| <b>Escala</b> | <b>Subescala</b> | <b>KS</b> | <b><i>p</i> &lt;</b> |
|---------------|------------------|-----------|----------------------|
| <b>MBI</b>    | CE               | .086      | .001                 |
|               | DES              | .181      | .001                 |
|               | RP               | .051      | .210                 |
| <b>COPE</b>   | BAS              | .099      | .001                 |
|               | RELI             | .240      | .001                 |
|               | H                | .141      | .001                 |
|               | CAD              | .482      | .001                 |
|               | PAA              | .087      | .001                 |
|               | AEAA             | .203      | .001                 |
|               | CED              | .104      | .001                 |
|               | ACEP             | .112      | .001                 |
|               | NEG              | .313      | .001                 |
|               | RA               | .116      | .001                 |
|               | CESS             | .100      | .001                 |
|               | CP               | .228      | .001                 |
|               | RPos             | .115      | .001                 |
|               | ADS              | .133      | .001                 |
|               | E                | .132      | .001                 |
|               | AConP            | .084      | .001                 |
| ACogP         | .072             | .006      |                      |
| ECog          | .131             | .001      |                      |
| AEmo          | .094             | .001      |                      |

|            |       |      |      |
|------------|-------|------|------|
|            | ECond | .100 | .001 |
|            | CADro | .483 | .001 |
| <b>EPT</b> | At    | .085 | .001 |
|            | Ins   | .065 | .02  |
|            | Inv   | .071 | .01  |
|            | Op    | .114 | .001 |
|            | Exp   | .047 | .210 |

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

### **Características laborales**

Del total de terapeutas encuestados (n= 235), un 33.6% consignó realizar tareas terapéuticas con pacientes que presentan consumo problemático de sustancias. El 24.3% consignó realizar su labor clínica dentro de una institución, el 33.2% por fuera de una institución, mientras que la mayoría 42.6% realiza sus actividades en ambos tipos de contexto. En cuanto al dispositivo terapéutico, la mayoría atiende en consultorio particular (48.9%), mientras que un 9.4% lo hace en consultorios externos y un 2.6% en un dispositivo de internación. El 38.3% de los terapeutas utiliza varias de estas opciones. El 20.4% consignó no tratar ningún paciente con TLP o algún otro desorden psiquiátrico, el 44.3% tiene pocos pacientes con estas características, mientras que los que atienden varios pacientes de este tipo representan el 35.3%. En relación a los años de experiencia en la profesión, en esta muestra los sujetos con pocos años (de 0 a 9) representaron la mayoría de sujetos (59.1%), mientras que el 28.1% consignó tener entre 10 y 20 años de experiencia, y un 12.8% más de 20 años.

Por su parte, el 25.9% consignó trabajar entre 0 y 9 horas, un 35.6%; entre 10 y 19 horas un 40.4%; mientras que los que trabajan al menos 20 horas representan el 33.6%. Finalmente, se indagó a los participantes sobre su orientación teórica. Si bien se halló que la mayoría (41.3%) se encuentra representada por los que se autodefinen como psicoanalistas, se observa variabilidad en las respuestas. La segunda categoría por frecuencia fue el enfoque integrativo o ecléctico, representando un 31.1% de los casos, y luego un 13.6% de cognitivos conductuales. El resto de las frecuencias se distribuyeron entre los que se autodefinen como sistémicos (8.5%), y otros (5.5%). En la Tabla III se exponen las distribuciones de frecuencias para estas variables.

**Tabla V**

*Frecuencias absolutas y porcentuales de variables sociolaborales de los terapeutas evaluados.*

|  |                           | %    |
|--|---------------------------|------|
| <b>Realiza tareas psicoterapéuticas con pacientes que presentan consumo problemático de sustancias</b> | Si                        | 33.6 |
|  | No                        | 66.4 |
| <b>Contexto de la labor clínica</b>  | Dentro de una institución |      |
|  | Fuera de una institución  |      |
|  | Ambas                     |      |
| <b>Dispositivo que utiliza</b>   | Consultorio particular    | 48.9 |
|  | Consultorios externos     | 9.4  |
|  | Internación               | 2.6  |
|  | Varias de estas opciones  | 9.4  |
| <b>Cantidad de pacientes que atiende con TLP o algún trastorno psiquiátrico</b>                        | Ninguno                   | 20.4 |
|  | Pocos casos               | 44.3 |
|  | Varios casos              | 35.3 |
| <b>Años de experiencia</b>   | 0-9 años                  | 59.1 |
|  | 10-19 años                | 28.1 |
|  | 20 o más años             | 12.8 |
| <b>Cantidad de horas de atención semanal</b>   | 0-9 horas                 | 25.9 |
|  | 10-19 horas               | 35.6 |
|  | 20-29 horas               | 40.4 |
|  | 30 o más horas            | 33.6 |
| <b>Orientación teórica</b>   | Cognitivo conductual      | 13.6 |
|  | Psicoanalista             | 41.3 |
|  | Integrativo o ecléctico   | 31.1 |
|  | Sistémico                 | 8.5  |
|  | Otros                     | 5.5  |

Nota: TLP: Trastorno límite de la personalidad.

### Caracterización de los niveles de *burnout* en los participantes de la muestra

En la Tabla VI se expone la distribución percentilar obtenida para los 235 casos de la muestra en las tres variables evaluadas con el instrumento MBI, el CE, la DES y la RP. Los valores en CE oscilaron entre 0 y 52 (*Media* = 20.23; *DE* = 11.55), en DES oscilaron entre 0 y 24 puntos (*Media* = 3.87; *DE* = 4.25) y en RP entre 19 y 48 (*Media* = 37.80; *DE* = 6.20).

**Tabla VI**

*Distribución percentilar de las variables del MBI*

| Percentil | CE | DES | RP |
|-----------|----|-----|----|
| 10        | 6  | 0   | 30 |
| 20        | 10 | 0   | 32 |
| 30        | 13 | 1   | 35 |
| 40        | 16 | 1   | 36 |
| 50        | 19 | 3   | 38 |
| 60        | 21 | 4   | 40 |
| 70        | 25 | 5   | 41 |
| 80        | 31 | 7   | 44 |
| 90        | 37 | 10  | 47 |

Nota: MBI: Maslach Burnout Inventory, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, RP: Realización Personal.

Para determinar la presencia del síndrome de *burnout* en esta muestra de trabajadores se utilizaron las puntuaciones propuestas por Neira (2004) como puntos de corte para este grupo de profesionales: puntajes mayores a 20 en CE, mayores a 5 DES, e inferiores a 34 en RP. De este modo, se consideró que un sujeto presentó *burnout* cuando cumpliera con estos tres criterios. En esta muestra, se observó que un 44.3% se situó por encima del punto de corte en CE ( $n = 104$ ), un 27.7% lo hizo en DES ( $n = 65$ ), mientras que un 23.8% se encontró por debajo del punto de corte en RP ( $n = 56$ ). Al considerarse la presencia o ausencia de *burnout* en función de las tres subescalas, se halló que un 8.1% ( $n = 19$ ) de sujetos presentan signos del síndrome en las tres dimensiones (ver Tabla VII).

**Tabla VII**

*Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de sujetos por encima o debajo del punto de corte para las subescalas del MBI y el criterio de presencia de burnout.*

|                |    | <i>N</i> | %    |
|----------------|----|----------|------|
| <b>CE</b>      | No | 131      | 55.7 |
|                | Si | 104      | 44.3 |
| <b>DES</b>     | No | 170      | 72.3 |
|                | Si | 65       | 27.7 |
| <b>RP</b>      | No | 179      | 76.2 |
|                | Si | 56       | 23.8 |
| <b>Burnout</b> | No | 216      | 91.9 |
|                | Si | 19       | 8.1  |

**Nota:** MBI: Maslach Burnout Inventory, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, RP: Realización Personal.

### **Variables sociolaborales y las variables relacionadas al síndrome de *burnout***

En primer lugar, se exploraron las correlaciones entre la edad de los participantes y sus puntuaciones en las variables concernientes al nivel de *burnout*. Se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar valores superiores de CE y DES, y valores menores en RP. Esto se observó en la estadística a partir de las correlaciones analizadas entre Edad y CE,  $r_s = -.208, p < .01$ , Edad y DES,  $r_s = -.156, p < .02$ , y Edad y RP,  $r_s = .157, p < .02$ . Cabe destacar que en todos los casos las covariaciones resultaron significativas pero leves.

En relación a la variable sexo, no se hallaron diferencias significativas en función de la misma en ninguna de las variables obtenidas por el MBI,  $ps > .41$ , evidenciando que hombres y mujeres no presentan indicadores disímiles de *burnout* (ver Tabla VIII). También se indagó la asociación entre la variable sexo y la condición de presentar o no criterio global de *burnout*. Mientras que en las mujeres se observó un 7.2% ( $n = 14$ ) de sujetos que cumplieron este criterio, el 12.2 ( $n = 5$ ) de los hombres se halló en esta categoría. Si

bien se observa una diferencia de cuatro puntos porcentuales en la incidencia de *burnout* entre los grupos, la misma no arribó a la significación estadística,  $X^2(1) = 1.129, p < .29$ .

**Tabla VIII**

*Estadísticos descriptivos en las variables del MBI en función de hombres y mujeres, y estadísticos inferenciales en relación a la comparación de sus medias.*

|            | <b>Sexo</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>DE</b> | <b>T</b> | <b>P</b> |
|------------|-------------|----------|--------------|-----------|----------|----------|
| <b>CE</b>  | Femenino    | 194      | 20.258       | 11.510    | .068     | 0.946    |
|            | Masculino   | 41       | 20.122       | 11.904    |          |          |
| <b>DES</b> | Femenino    | 194      | 3.768        | 4.319     | .817     | 0.415    |
|            | Masculino   | 41       | 4.366        | 3.954     |          |          |
| <b>RP</b>  | Femenino    | 194      | 37.820       | 5.921     | .071     | 0.944    |
|            | Masculino   | 41       | 37.732       | 7.467     |          |          |

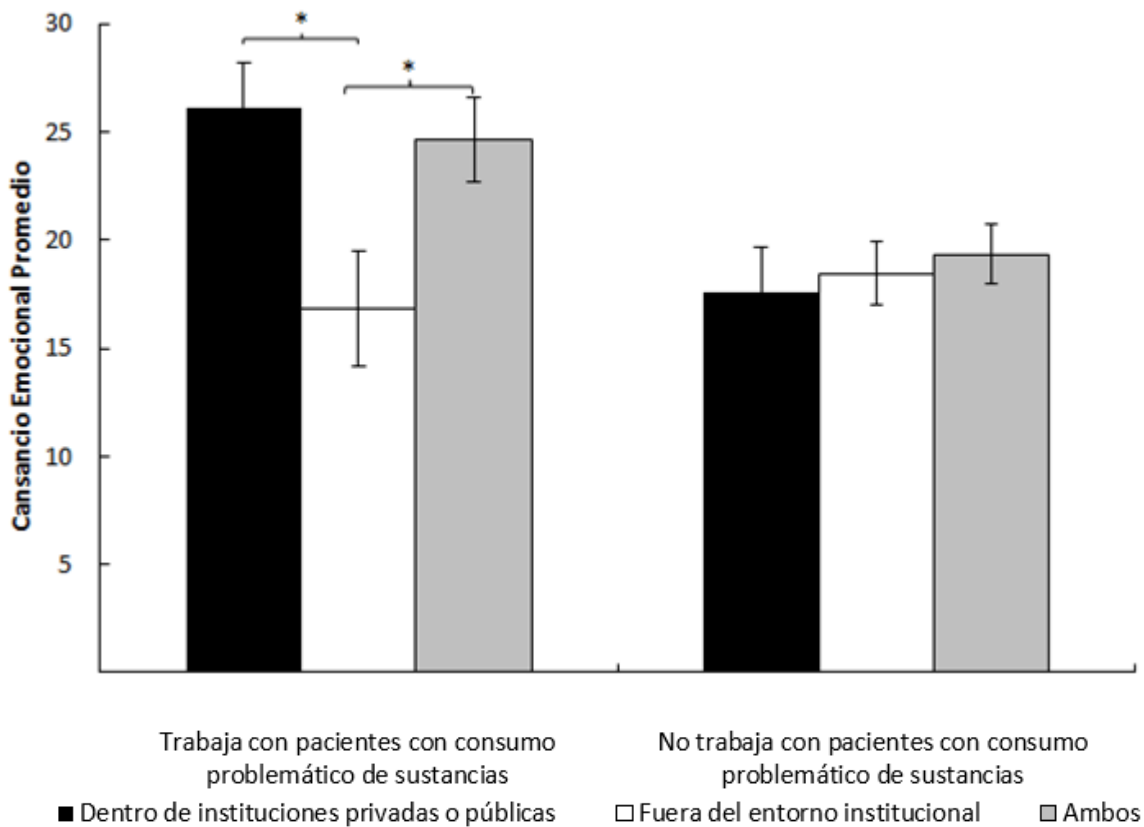
**Nota:** MBI: Maslach Burnout Inventory, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, RP: Realización Personal.

Para comparar los niveles de *burnout* en función del marco teórico consignado por el terapeuta, se agruparon los terapeutas Gestálticos y Humanistas/Existenciales en la categoría residual ‘Otros’, dado que presentaron una baja frecuencia en esta muestra. Al compararse los grupos (Cognitivo conductual vs Psicoanalista vs Sistémico vs Integrativo/Ecléctico vs Otros), no se observaron diferencias significativas en ninguna de las variables obtenidas a partir del MBI,  $F_s < 1.903, p_s > .11$ .

Con el objetivo de indagar la incidencia sobre las variables obtenidas a partir del MBI y las condiciones de trabajar con pacientes con consumo problemático y el contexto de práctica, se realizaron distintos modelos de ANOVA. En los mismos, se introdujeron dos factores intersujeto: Consumo problemático (Trabaja con pacientes que presentan consumo problemático vs No trabaja con este tipo de pacientes) y Contexto (Trabaja dentro de instituciones privadas o públicas vs Fuera del entorno institucional vs Ambos).

En relación al CE, en la Figura 2 se observa que los sujetos que consiguieron trabajar con pacientes que presentan consumo problemático en instituciones, ya sea exclusivamente o de forma combinada con la práctica por fuera de instituciones, presentaron niveles superiores que el resto de los participantes. El ANOVA arrojó efecto principal del factor

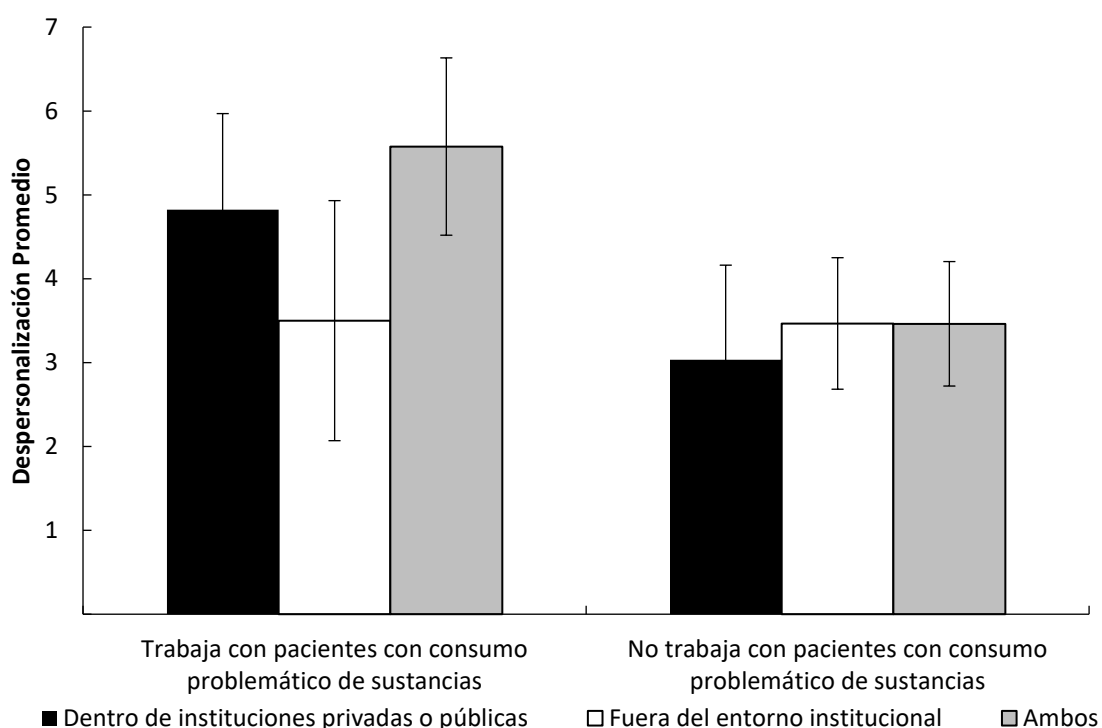
Consumo problemático,  $F(1, 229) = 6.26, p < .014$ , y efectos marginalmente significativos del factor Contexto,  $F(1, 229) = 2.87, p < .059$ , y la interacción de ambos factores,  $F(1, 229) = 3, p < .053$ . La prueba *pairwise comparison* mostró que los sujetos que trabajaban con Consumo problemático en instituciones tuvieron valores superiores con respecto tanto a los que no trabajan con Consumo problemático, como con respecto a los que lo hacen por fuera de un marco institucional,  $ps < .06$ .



**Figura 2**  
*Cansancio Emocional promedio (± ETM) en función del contexto de práctica profesional y la condición de trabajar o no con Consumo problemático. \*:  $p < .06$ .*

En la Figura 3 se pueden observar los niveles promedio en DES en función de los factores definidos previamente. Se evidencia un patrón de resultados parecido al obtenido en CE, mayores niveles de la variable en los sujetos que atienden pacientes con consumo problemático en marcos institucionales. No obstante, el ANOVA arrojó únicamente efecto principal del factor Consumo problemático,  $F(1, 229) = 4.63, p < .04$ , mientras que el factor

Contexto,  $F(1, 229) = 1.07, p < .346$ , y la interacción entre factores no resultaron ser significativos,  $F(1, 229) = 1.1, p < .336$ . La prueba *pairwise comparison* halló una sólo comparación individual significativa: los sujetos que trabajan con Consumo problemático en ambos contextos presentaron más DES que los que trabajan en ambos contextos sin atender este tipo de pacientes,  $p < .05$ . Estos datos evidencian que aquellos que consignaron trabajar con pacientes con Consumo problemático presentaron valores significativamente por encima de los que consignaron no atenderlos.

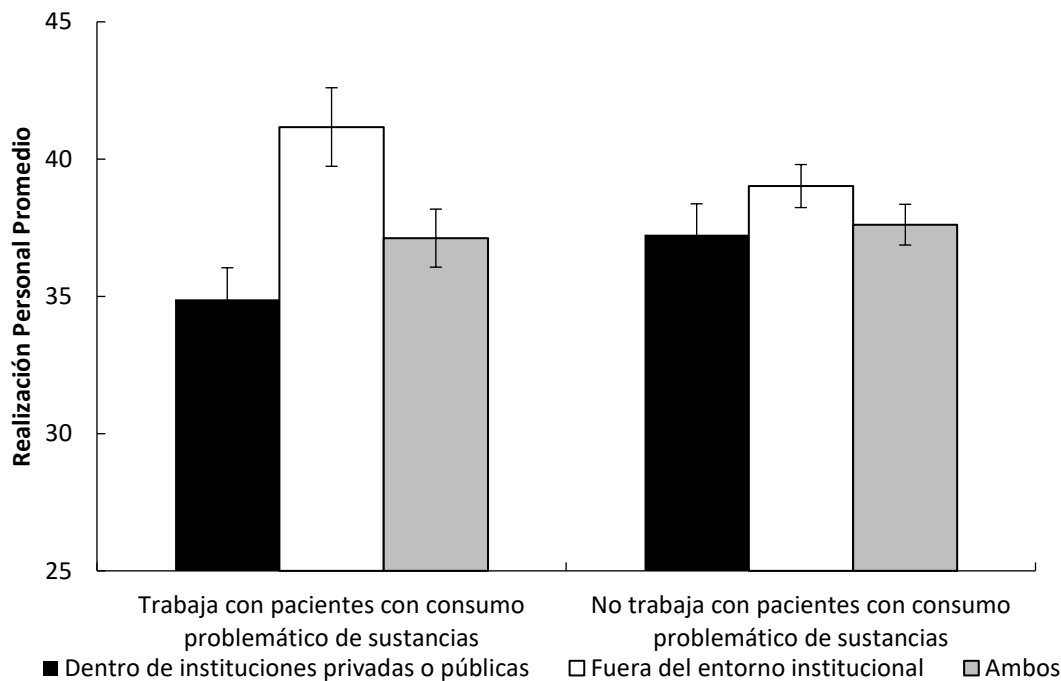


**Figura 3**

Despersonalización promedio ( $\pm ETM$ ) en función del contexto de práctica profesional y la condición de trabajar o no con Consumo problemático. \*:  $p < .05$ .

Finalmente, se realizó el mismo tipo de análisis en relación a las puntuaciones en RP (ver Figura 4). El ANOVA arrojó efecto principal del factor Contexto,  $F(1, 229) = 6.48, p < .01$ , mientras no resultaron ser significativos ni el factor Consumo Problemático,  $F(1, 229) = 0.06, p < .794$ , ni la interacción entre ambos factores,  $F(1, 229) = 1.94, p < .146$ . La prueba

*pairwise comparison* mostró que los sujetos que atienden pacientes con Consumo problemático fuera del marco institucional tuvieron significativamente más RP que los que atienden estos pacientes en un marco institucional,  $p < .003$ , y una diferencia marginalmente significativa en la misma dirección con respecto a los que lo hacen en ambos contextos,  $p < .071$ . El resto de las comparaciones no fueron significativas,  $ps > .1$ .



**Figura 4**  
*Realización Personal promedio ( $\pm$  ETM) en función del contexto de práctica profesional y la condición de trabajar o no con Consumo problemático. \*:  $p < .05$ . #:  $p < .071$ .*

### **Variables sociolaborales y Estilo personal del terapeuta**

Al analizarse las correlaciones entre la edad del terapeuta y sus Estilos terapéuticos evaluados con el EPT, se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar un Estilo más involucrado con sus pacientes,  $r_s = -.142$ ,  $p < .03$ , y tendieron a presentar un Estilo menos expresivo,  $r_s = .132$ ,  $p < .05$ . Cabe señalar que ambas correlaciones resultaron leves. El resto de las correlaciones no arribaron a la significación estadística,  $ps > .09$ .

En relación a la variable sexo, se halló que, las mujeres en comparación con los

hombres, presentaron un Estilo menos expresivo,  $t(233) = -2.424, p < .02$ , y menos operativo  $t(233) = -2.664, p < .01$  (ver Tabla IX).

**Tabla IX**

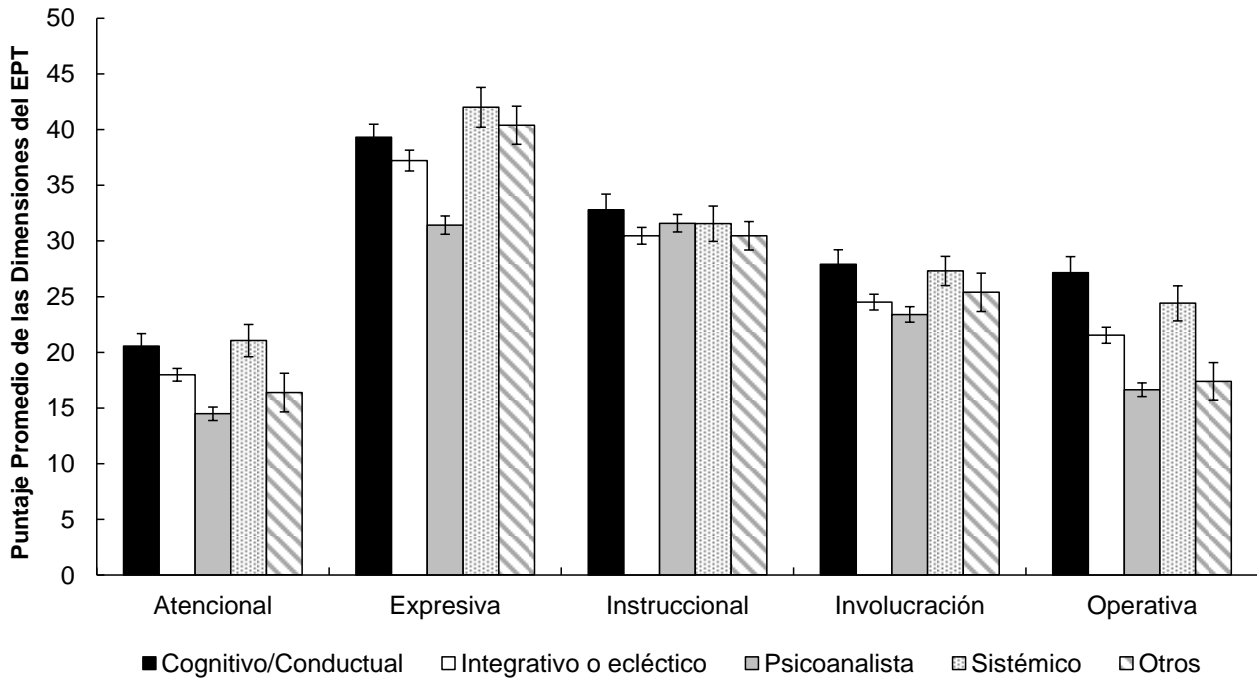
*Estadísticos descriptivos en las variables del EPT en función de hombres y mujeres, y estadísticos inferenciales en relación a la comparación de sus medias. \*:  $p < .05$ . \*\*:  $p < .01$ .*

|                      | Sexo      | N   | Media | DE   | T      | p<     |
|----------------------|-----------|-----|-------|------|--------|--------|
| <b>Atencional</b>    | Femenino  | 194 | 16.81 | 6.36 | -1.306 | .194   |
|                      | Masculino | 41  | 18.21 | 5.61 |        |        |
| <b>Expresiva</b>     | Femenino  | 194 | 35.07 | 8.58 | -2.424 | .017*  |
|                      | Masculino | 41  | 38.60 | 7.94 |        |        |
| <b>Instruccional</b> | Femenino  | 194 | 31.56 | 7.17 | 1.043  | .299   |
|                      | Masculino | 41  | 30.26 | 7.40 |        |        |
| <b>Involucración</b> | Femenino  | 194 | 24.72 | 6.83 | -.365  | .716   |
|                      | Masculino | 41  | 25.14 | 5.85 |        |        |
| <b>Operativa</b>     | Femenino  | 194 | 19.70 | 7.33 | -2.664 | .009** |
|                      | Masculino | 41  | 23.07 | 7.45 |        |        |

Para comparar el Estilo personal del terapeuta en función del marco teórico consignado por el terapeuta, se agruparon los terapeutas Gestálticos y Humanistas/Existenciales en la categoría residual ‘Otros’, dado que presentaron una baja frecuencia en esta muestra. Al compararse los grupos (Cognitivo conductual vs Psicoanalista vs Sistémico vs Integrativo/Ecléctico vs Otros), el ANOVA arrojó efecto principal de factor en el Estilo Atencional,  $F(4, 234) = 10.61, p < .001$ , Expresivo,  $F(4, 234) = 14.401, p < .001$ , Involucración,  $F(4, 234) = 3.732, p < .01$ , y Operativo,  $F(4, 234) = 20.099, p < .001$ .

Se realizaron comparaciones a través de la prueba *post hoc* de Tukey para detectar las diferencias individuales entre los grupos. En relación al Estilo Atencional, se halló que los psicoanalistas presentaron valores significativamente menores que los otros grupos, con excepción de ‘Otros’,  $ps < .01$ . También se halló que los psicoanalistas puntuaron significativamente menos en el Estilo Expresivo que el resto,  $ps < .01$ . En Involucración, los

psicoanalistas presentaron valores menores que los cognitivo conductuales,  $p < .01$ . Finalmente, en relación al Estilo Operativo, se halló que los cognitivo conductuales presentaron valores por encima que el resto de los grupos, con excepción de los sistémicos,  $ps < .01$ , los sistémicos valores superiores a los psicoanalistas y el grupo ‘Otros’,  $ps < .03$ , y los Integrativos/Eclécticos también mostraron puntuaciones por encima de los psicoanalistas,  $p < .001$  (ver Fig. 5).



**Figura 5**  
Puntaje promedio ( $\pm$  ETM) de las dimensiones del EPT.

### Variables sociolaborales y Afrontamiento

Cuando se analizaron las asociaciones entre la variable edad y las Estrategias de Afrontamiento, se halló que covarió negativamente con Cad,  $r_s = -.152$ ,  $p < .001$  y positivamente con Reli,  $r_s = .225$ ,  $p < .001$ ; con AEA,  $r_s = .209$ ,  $p < .001$ . (ver Tabla X).

**Tabla X**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las Estrategias de Afrontamiento del COPE y edad. \*:  $p < .05$ .*

|              | <b>Coefficiente de correlación</b> | <b>Sig. (bilateral)</b> |
|--------------|------------------------------------|-------------------------|
| <b>BAS</b>   | -,107                              | ,101                    |
| <b>RELI</b>  | ,225                               | ,001                    |
| <b>HUM</b>   | ,044                               | ,501                    |
| <b>CAD</b>   | -,152                              | ,020                    |
| <b>PAA</b>   | ,092                               | ,158                    |
| <b>AEA</b>   | ,209                               | ,001                    |
| <b>CED</b>   | -,014                              | ,834                    |
| <b>ACEP</b>  | -,003                              | ,969                    |
| <b>NEG</b>   | ,100                               | ,128                    |
| <b>RA</b>    | ,183                               | ,005                    |
| <b>CESS</b>  | ,047                               | ,473                    |
| <b>CP</b>    | ,051                               | ,437                    |
| <b>REinP</b> | ,083                               | ,206                    |
| <b>ADS</b>   | -,050                              | ,449                    |
| <b>EVA</b>   | -,018                              | ,789                    |

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Por otro lado, al analizar las asociaciones entre la variable edad y los Estilos de

Afrontamiento, se covarió negativamente con Cad,  $r_s = -.152, p < .001$  y positivamente con AconP,  $r_s = .174, p < .008$ ; con Ecog,  $r_s = .148, p < .02$ . (ver Tabla XI).

**Tabla XI**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman  
entre los Estilos de Afrontamiento del COPE  
y edad. \*:  $p < .05$ .*

|       | Coeficiente de<br>correlación | Sig.<br>(bilateral) |
|-------|-------------------------------|---------------------|
| Edad  | 1,000                         | .                   |
| AConP | ,174                          | ,008                |
| ACogP | ,103                          | ,115                |
| ECog  | ,148                          | ,023                |
| AEmo  | -,092                         | ,162                |
| ECond | ,015                          | ,822                |
| CADro | -,152                         | ,020                |

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual.

Luego, al analizar las asociaciones entre la variable género y los Estilos de Afrontamiento, se varón covarió positivamente con Cad. (ver Tabla X).

**Tabla XII**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman  
entre los Estilos de Afrontamiento del COPE  
y sexo. \*:  $p < .05$ .*

|       | Sexo        | N   | Media   |
|-------|-------------|-----|---------|
| AConP | 1 Femenino  | 194 | 29,7371 |
|       | 2 Masculino | 41  | 29,8049 |
| ACogP | 1 Femenino  | 194 | 38,7010 |
|       | 2 Masculino | 41  | 41,0732 |
| ECog  | 1 Femenino  | 194 | 17,5825 |
|       | 2 Masculino | 41  | 17,5854 |
| AEmo  | 1 Femenino  | 194 | 34,1598 |
|       | 2 Masculino | 41  | 32,5366 |
| ECond | 1 Femenino  | 194 | 19,0206 |
|       | 2 Masculino | 41  | 18,6585 |
| CADro | 1 Femenino  | 194 | 4,5876  |
|       | 2 Masculino | 41  | 5,1707  |

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual.

Por último, ser varón solo obtuvo correlación significativa con la Estrategia de Afrontamiento Cad. (ver Tabla XIII ).

**Tabla XIII**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las Estrategias de Afrontamiento del COPE y sexo. \*:  $p < .05$ .*

|       | Sexo        | N   | Media   |
|-------|-------------|-----|---------|
| BAS   | 1 Femenino  | 194 | 24,5876 |
|       | 2 Masculino | 41  | 22,8537 |
| RELI  | 1 Femenino  | 194 | 6,6856  |
|       | 2 Masculino | 41  | 6,8780  |
| HUM   | 1 Femenino  | 194 | 9,0206  |
|       | 2 Masculino | 41  | 10,0244 |
| CAD   | 1 Femenino  | 194 | 4,5876  |
|       | 2 Masculino | 41  | 5,1707  |
| PAA   | 1 Femenino  | 194 | 18,2680 |
|       | 2 Masculino | 41  | 18,3415 |
| AEA   | 1 Femenino  | 194 | 4,4278  |
|       | 2 Masculino | 41  | 4,6829  |
| CED   | 1 Femenino  | 194 | 9,5722  |
|       | 2 Masculino | 41  | 9,6829  |
| ACEP  | 1 Femenino  | 194 | 10,5309 |
|       | 2 Masculino | 41  | 11,1951 |
| NEG   | 1 Femenino  | 194 | 4,9536  |
|       | 2 Masculino | 41  | 5,0976  |
| RA    | 1 Femenino  | 194 | 9,9227  |
|       | 2 Masculino | 41  | 10,5122 |
| CESS  | 1 Femenino  | 194 | 11,3454 |
|       | 2 Masculino | 41  | 11,2439 |
| CP    | 1 Femenino  | 194 | 7,0412  |
|       | 2 Masculino | 41  | 6,7805  |
| REinP | 1 Femenino  | 194 | 9,2268  |
|       | 2 Masculino | 41  | 9,3415  |
| ADS   | 1 Femenino  | 194 | 7,6753  |
|       | 2 Masculino | 41  | 7,4146  |
| EVA   | 1 Femenino  | 194 | 5,9433  |
|       | 2 Masculino | 41  | 5,6098  |

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

## Asociaciones entre las variables relacionadas al síndrome de *burnout* y las Estrategias y Estilos de Afrontamiento

Con el fin de abordar el objetivo específico de esta tesis relativo a las asociaciones entre los valores de *burnout* y las Estrategias de Afrontamiento de los sujetos de la muestra, se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman entre las distintas subescalas de los instrumentos. La matriz de correlaciones se expone en la Tabla XIV. Se halló que el CE presentó correlaciones leves pero significativas en sentido directo con CAD,  $r_s = .230$ ,  $p < .001$ , CES,  $r_s = .180$ ,  $p < .01$ , y N,  $r_s = .203$ ,  $p < .01$ . También el CE mostró correlaciones inversas significativas, específicamente con CP,  $r_s = -.270$ ,  $p < .001$ . En relación a la despersonalización que reportaron los sujetos, se halló que la subescala DES covarió positivamente con CAD,  $r_s = .169$ ,  $p < .01$ , y negativamente con CP,  $r_s = -.192$ ,  $p < .01$ . Finalmente, se observó que distintas variables relativas a las Estrategias de Afrontamiento correlacionaron de modo directo leve con la realización personal reportada por los encuestados. Específicamente, RP covarió de este modo con BAS,  $r_s = .167$ ,  $p < .02$ ; RELI,  $r_s = .144$ ,  $p < .03$ ; PAA,  $r_s = .326$ ,  $p < .001$ ; A,  $r_s = .241$ ,  $p < .001$ ; CESS,  $r_s = .237$ ,  $p < .001$ ; CP,  $r_s = .387$ ,  $p < .001$ ; y Rpos,  $r_s = .289$ ,  $p < .001$ . En cambio, RP presentó correlaciones inversas con AEA,  $r_s = -.190$ ,  $p < .01$ ; y N,  $r_s = -.143$ ,  $p < .03$ .

**Tabla XIV**

Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y COPE. \*:  $p < .05$ .

|     |       | BAS   | RELI  | H     | CAD    | PAA    | AEA   | CED   | ACEP   | NEG   | RA   | CESS   | CP     | Rpos   |
|-----|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|--------|-------|------|--------|--------|--------|
| CE  | $r_s$ | .001  | .011  | -.009 | .230   | -.122  | .113  | .180  | -.092  | .203  | .098 | .045   | -.270  | -.116  |
|     | $p$   | .987  | .866  | .888  | <.001* | .061   | .085  | .006* | .159   | .002* | .133 | .492   | <.001* | .076   |
| DES | $r_s$ | -.053 | .033  | .048  | .169   | -.089  | .124  | .079  | -.003  | .107  | .019 | -.009  | -.192  | -.054  |
|     | $p$   | .422  | .617  | .466  | .009*  | .172   | .059  | .225  | .969   | .102  | .775 | .892   | .003*  | .410   |
| RP  | $r_s$ | .167  | .144  | .107  | -.050  | .326   | -.190 | -.020 | .241   | -.143 | .032 | .237   | .387   | .289   |
|     | $p$   | .010* | .027* | .101  | .445   | <.001* | .004* | .758  | <.001* | .028* | .629 | <.001* | <.001* | <.001* |

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS:

Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Al realizarse las correlaciones entre las dimensiones del MBI y los puntajes brutos del COPE relativos a los Estilos de Afrontamiento, se hallaron distintas correlaciones significativas, en su mayoría leves. Por un lado, se observó que CE covarió negativamente con AConP,  $r_s = -.212, p < .001$ , y positivamente con ECog,  $r_s = .189, p < .01$ , y CADro,  $r_s = .230, p < .001$ . Además, DES correlacionó negativamente con AConP,  $r_s = -.152, p < .02$ , y positivamente con ECog,  $r_s = .158, p < .02$ , y CADro,  $r_s = .169, p < .01$ . Finalmente, los puntajes de RP presentaron covariaciones directas con AConP,  $r_s = .420, p < .001$ , ACogP,  $r_s = .219, p < .001$ , AEmo,  $r_s = .129, p < .05$ , y una covariación inversa con ECond,  $r_s = -.180, p < .01$ . (ver Tabla XV).

**Tabla XV**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y los Estilos de Afrontamiento del COPE. \*:  $p < .05$ .*

|            |       | <b>AConP</b> | <b>ACogP</b> | <b>ECog</b> | <b>AEmo</b> | <b>ECond</b> | <b>CADro</b> |
|------------|-------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| <b>CE</b>  | $r_s$ | -.212        | -.027        | .189        | .051        | .050         | .230         |
|            | $P$   | .001*        | .678         | .004*       | .438        | .442         | <.001*       |
| <b>DES</b> | $r_s$ | -.152*       | .031         | .158        | -.024       | .043         | .169         |
|            | $P$   | .019         | .640         | .015*       | .710        | .511         | .009*        |
| <b>RP</b>  | $r_s$ | .420         | .219         | .025        | .129        | -.180*       | -.050        |
|            | $P$   | <.001*       | .001*        | .702        | .048*       | .006*        | .445         |

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, DES: Despersonalización, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, MBI: Maslach Burnout Inventory,

### Asociaciones entre las variables relacionadas al síndrome de *burnout* y el Estilo personal del terapeuta

En la Tabla XVI se puede observar la matriz de correlaciones entre las subescalas del MBI y las subescalas del EPT-C. El CE mostró covariaciones leves positivas pero significativas con el Estilo At,  $r_s = .169, p < .001$ , y el Estilo Op,  $r_s = .153, p < .02$ . Por su parte, los niveles de DES correlacionaron, también de modo directo y leve, con los de At,  $r_s = .256, p < .001$ , y Op,  $r_s = .254, p < .001$ . Finalmente, RP presentó una correlación inversa y leve con At,  $r_s = -.189, p < .01$ , y de forma directa con el Estilo terapéutico Exp,  $r_s = .237, p < .001$ .

**Tabla XVI**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y EPT-C. \*:  $p < .05$ .*

|            |       | At     | Exp    | Ins   | Inv   | Op     |
|------------|-------|--------|--------|-------|-------|--------|
| <b>CE</b>  | $r_s$ | .169   | -.009  | .002  | .114  | .153   |
|            | $P$   | .009*  | .885   | .970  | .080  | .019*  |
| <b>DES</b> | $r_s$ | .256   | .043   | .006  | -.028 | .254   |
|            | $P$   | <.001* | .514   | .923  | .667  | <.001* |
| <b>RP</b>  | $r_s$ | -.189  | .237   | -.005 | .041  | -.118  |
|            | $P$   | .004*  | <.001* | .935  | .532  | .070   |

**Nota:** At: Dimensión Atencional, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, MBI: Maslach Burnout Inventory, Op: Dimensión Operativa, RP: Realización Personal.

### Asociaciones entre las variables relacionadas a las Estrategias y Estilos de Afrontamiento y el Estilo personal del terapeuta

El Estilo terapéutico At presentó una covariación negativamente de forma leve con H,  $r_s = -.129, p < .05$ . Por su parte, el Estilo Exp presentó correlaciones positivas y leves con BAS,  $r_s = .207, p < .001$ ; RELI,  $r_s = .214, p < .001$ ; CAD,  $r_s = .135, p < .04$ ; PAA,  $r_s = .293, p < .001$ ; CED,  $r_s = .207, p < .001$ ; ACEP,  $r_s = .199, p < .001$ ; CESS,  $r_s = .137, p < .04$ ;  $r_s = RA, .130, p < .05$ ; y Rpos,  $r_s = .219, p < .001$ . No se observó ninguna covariación entre los Estilos Ins y Op con ninguna de las Estrategias de Afrontamiento, mientras el Estilo Inv mostró una covariación negativa, leve pero significativa con AEA,  $r_s = -.191, p < .01$  (ver Tabla XVII).

**Tabla XVII**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del COPE y EPT-C. \*:  $p < .05$ .*

|             |       | <b>At</b> | <b>Exp</b> | <b>Ins</b> | <b>Inv</b> | <b>Op</b> |
|-------------|-------|-----------|------------|------------|------------|-----------|
| <b>BAS</b>  | $r_s$ | -.029     | .207       | -.055      | -.005      | -.061     |
|             | $p$   | .655      | .001*      | .401       | .940       | .353      |
| <b>RELI</b> | $r_s$ | .006      | .214       | .002       | -.044      | .125      |
|             | $p$   | .922      | .001*      | .973       | .500       | .055      |
| <b>H</b>    | $r_s$ | -.129     | .105       | -.098      | -.104      | -.018     |
|             | $p$   | .048*     | .107       | .135       | .111       | .779      |
| <b>CAD</b>  | $r_s$ | .003      | .135       | -.127      | .116       | .062      |
|             | $p$   | .959      | .038*      | .052       | .075       | .343      |
| <b>PAA</b>  | $r_s$ | -.012     | .293       | -.041      | .072       | .078      |
|             | $p$   | .854      | <.001*     | .530       | .274       | .233      |
| <b>AEA</b>  | $r_s$ | .087      | .002       | -.098      | -.191      | .107      |
|             | $p$   | .183      | .981       | .133       | .003*      | .100      |
| <b>CED</b>  | $r_s$ | -.005     | .207       | -.004      | .001       | .014      |
|             | $p$   | .944      | .001*      | .951       | .984       | .827      |
| <b>ACEP</b> | $r_s$ | -.068     | .199       | -.067      | -.054      | -.035     |
|             | $p$   | .298      | .002*      | .308       | .408       | .594      |
| <b>N</b>    | $r_s$ | .086      | .003       | -.011      | -.041      | .061      |
|             | $p$   | .190      | .962       | .865       | .533       | .353      |
| <b>RA</b>   | $r_s$ | -.106     | .134       | -.014      | -.170      | -.042     |
|             | $p$   | .105      | .041*      | .827       | .009       | .526      |
| <b>CESS</b> | $r_s$ | -.092     | .137       | -.049      | -.004      | -.029     |
|             | $p$   | .161      | .036*      | .457       | .956       | .662      |
| <b>CP</b>   | $r_s$ | -.062     | .101       | -.014      | -.117      | -.035     |
|             | $p$   | .342      | .121       | .830       | .073       | .593      |
| <b>Rpos</b> | $r_s$ | -.106     | .219       | .033       | -.065      | -.010     |
|             | $p$   | .106      | .001*      | .615       | .322       | .874      |

Nota: ACEP: Aceptación, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Cuando se analizaron las asociaciones entre el Estilo personal del terapeuta y las Estrategias de Afrontamiento, se halló que el Estilo Atencional covarió negativamente con ACogP,  $r_s = -.149, p < .03$ . Por su parte, el Estilo Expresivo correlacionó positivamente con AConP,  $r_s = .250, p < .001$ ; con ACogP,  $r_s = .208, p < .001$ ; con ECog,  $r_s = .174, p < .01$ , con AEmo,  $r_s = .231, p < .001$ ; y con CADro,  $r_s = .135, p < .04$ . El Estilo Instruccional correlacionó negativamente con ACogP,  $r_s = -.158, p < .02$ . No se detectaron asociaciones significativas entre los Estilos Instruccional y Operativo con ninguno de los Estilos de Afrontamiento (ver Tabla XVIII).

**Tabla XVIII**

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre los puntajes totales de Estilos de Afrontamiento del COPE y EPT. \*:  $p < .05$ .*

|              |       | <b>Atencional</b> | <b>Expresiva</b> | <b>Instruccional</b> | <b>Involucración</b> | <b>Operativa</b> |
|--------------|-------|-------------------|------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| <b>AConP</b> | $r_s$ | -.050             | .250             | .000                 | .092                 | .026             |
|              | $p$   | .450              | <.001*           | 1.000                | .159                 | .687             |
| <b>ACogP</b> | $r_s$ | -.149             | .208             | -.053                | -.158                | -.023            |
|              | $p$   | .023*             | .001*            | .415                 | .015*                | .721             |
| <b>ECog</b>  | $r_s$ | .018              | .174             | -.003                | -.074                | .102             |
|              | $p$   | .785              | .007*            | .966                 | .261                 | .119             |
| <b>AEmo</b>  | $r_s$ | -.040             | .231             | -.043                | -.012                | -.063            |
|              | $p$   | .537              | <.001*           | .508                 | .857                 | .340             |
| <b>Econd</b> | $r_s$ | .087              | -.076            | .017                 | .022                 | .031             |
|              | $p$   | .186              | .246             | .792                 | .742                 | .636             |
| <b>CADro</b> | $r_s$ | .003              | .135             | -.127                | .116                 | .062             |
|              | $p$   | .959              | .038*            | .052                 | .075                 | .343             |

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, DES: Despersonalización, ECond: Escape Conductual, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, Op: Dimensión Operativa, RP: Realización Personal.

## V. Discusión

### Variables centrales en relación a los objetivos

El objetivo central del presente estudio fue analizar la relación entre las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y las dimensiones del Síndrome de Burnout. Los tres constructos tienen un impacto directo sobre la salud del terapeuta y condicionan las decisiones que éste toma dentro su tarea clínica. Sin embargo, los valores de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento y el Estilo Personal del Terapeuta presentan mayor estabilidad en el tiempo debido a que son variables que según varios autores, guardan relación con la personalidad del sujeto de estudio (Watson y Hubbard, 1996; Gunzerath et al., 2001; Garcia et al., 2008; Hermosa Bosano, 2010; Casari, et al, 2012a, Casari, et al, 2012b, Genise, 2015; Genise y García, 2016) mientras que el Burnout sufre mayor variación en sus resultados según el momento en el que se administre, por esta razón a los primeros se los denomina Estilos y el tercero es un síndrome (conjunto de signos y síntomas). Dicha estabilidad de los Estilos antes nombrados, influye en la forma en que el terapeuta afronta su trabajo y los desafíos de la vida, y teniendo en cuenta que el Síndrome de Burnout es producto del Estrés laboral crónico, se consideró posible que estas tres variables tuvieran correlaciones entre sí, lo cual pudo ser constatado en la presente investigación.

Respecto de las correlaciones entre el SBO y el EPT, solo se halló un antecedente que se correlaciona estas variables Barilá (2011), razón por la cual, se ha dificultado comparar estos resultados con anteriores publicaciones. En la presente investigación, tanto la variable Cansancio Emocional como Despersonalización mostraron covariaciones leves positivas pero significativas con el Estilo Atencional y el Estilo Operativo. Esto significa que los psicoterapeutas que mostraron mayores niveles de Despersonalización y Cansancio Emocional fueron los que mantuvieron un Estilo de trabajo más bien focalizado y pautado. Estos resultados apoyan la investigación de Barilá (2011), que encuentra correlación positiva entre SBO y la función operativa. En principio se podría inferir que mantener la atención focalizada y un Estilo de trabajo manualizado, según protocolos estandarizados, podría resultar más cansador, mecánico y aburrido que un Estilo espontáneo que mantenga una atención flotante. También es factible imaginar que un psicoterapeuta que comienza a padecer altos niveles de despersonalización podría comenzar a utilizar un trabajo pautado

mucho más centrado en los objetivos (propio del Estilo operativo) y problemas a resolver, como una forma de tomar distancia del consultante, cumpliendo con la tarea de una forma más automática y robótica. Pero, además, es interesante agregar que Corbella et al. (2003) y Corbella et al. (2008) observaron que la función atencional y la función operativa, a pesar de ser dos dimensiones independientes, tienen algunos puntos en común y a menudo se hallan correlaciones leves entre ambas. De hecho, Castañeiras et al. (2008) reúne a las dimensiones Atencional y Operativa como funciones técnicas.

En la misma publicación los autores observan que dichas funciones eran mucho más utilizadas entre los terapeutas que realizaban tratamientos breves que en aquellos que realizaban tratamientos de mayor extensión. También son consideradas las funciones más relacionadas con el aspecto conductual del trabajo terapéutico. Por todas estas razones, existe la posibilidad de inferir que los terapeutas que utilizan este tipo de funciones se ubiquen dentro del grupo etario más joven que, además, podrían tener una orientación teórica más inclinada hacia las escuelas cognitivo-conductuales y breves que sus colegas más longevos, (quienes han sido influenciados por décadas de hegemonía psicoanalítica dentro del ámbito académico psicológico, especialmente en las universidades de gestión pública). Si esto fuera así, y recordamos que la variable edad cavaría inversamente con las tres dimensiones que empeoran el SBO, es probable que las variables edad y orientación teórica estén colaborando indirectamente en que estas dimensiones técnicas se relacionen positivamente con Cansancio Emocional y Despersonalización y negativamente con Realización Personal.

Por otro lado, Casari, et al, (2012b) han encontrado correlación negativa entre las dimensiones Atencional, Operativa y Expresiva con la variable de personalidad Responsabilidad del *Big Five Personality Test*, lo cual nos hace reflexionar si este comportamiento descomprometido podría ser consecuencia de encontrarse agotados por su trabajo y padecer despersonalización o si en sentido inverso, la falta de responsabilidad podría haber colaborado en comportamientos como la postergación y desidia que aumenten en el mediano y largo plazo el estrés laboral y contribuyan a padecer burnout.

Por último, es factible considerar que la utilización de estas dimensiones técnicas no sea otra cosa que un mecanismo protector que utilizarían los terapeutas más “quemados por el trabajo” en un intento de tomar distancia del aspecto más empático y emocional del trabajo.

Respecto a la dimensión Realización Personal, cabe destacar que presentó una

correlación inversa y leve con altos niveles del Estilo Atencional. Nuevamente este Estilo en su variante focalizada aparece contribuyendo a mayores niveles de SBO, mientras que en su modalidad de atención abierta, se encontraría asociado a una mayor realización personal, menores niveles de Cansancio Emocional y Despersonalización. Neira (2004) asocia los puntajes altos en Realización Personal con la satisfacción por los logros laborales y autoevaluación positiva del profesional. A simple vista no resulta claro que exista relación directa entre una atención abierta y la realización personal.

Sin embargo, es posible que el trabajo focalizado se concentre mayormente en los problemas que en los recursos y avances del paciente. De esta manera, los terapeutas que tienen un Estilo focalizado podrían estar padeciendo un sesgo relacionado con ver lo que no está funcionando bien en el paciente o el trabajo del terapeuta, mientras que los que tienen un Estilo atencional abierto, podrían estar teniendo una visión más panorámica del caso, llegando a percibir también los avances y logros de su trabajo. Estas sospechas se apoyan también en la correlación negativa encontrada en la presente investigación entre Estilo atencional y la Estrategia de Afrontamiento denominada Humor. En este caso, se observa que los terapeutas que usan el Humor como forma de afrontar el estrés van a utilizar en las sesiones un Estilo atencional abierto, lo que hace pensar que el Estilo atencional focalizado podría estar centrándose en lo negativo más que en lo positivo.

En otro orden de cosas, llama la atención que el Estilo Involucración no covaríe positivamente con Cansancio Emocional y Despersonalización o negativamente con Realización Personal. Parecería lógico considerar que un terapeuta que se involucra más con sus pacientes, incluso por fuera del horario laboral, podría sentirse más agotado o más realizado, mientras que los que padecen despersonalización se caractericen por involucrarse menos con sus consultantes. Pero, por otro lado, también resulta lógico considerar que un clínico que se encuentre agotado, se adapte a este estado reduciendo sus niveles de involucración.

No se observó ninguna covariación entre los Estilos Instruccional y Operativa con ninguna de las Estrategias de Afrontamiento, mientras el Estilo Involucración mostró una covariación negativa, leve pero significativa con Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento. Dicha correlación tiene sentido, para explicarlo basta con recordar que los ítems que conforman esta Estrategia son los siguientes: “Renuncio a intentar lograr lo que

quiero”. “Simplemente abandono en el intento de lograr mi objetivo”. “Admito que no puedo con ello y dejo de intentarlo”.

Además, se halló que el Estilo Atencional covarió negativamente con Afrontamiento Cognitivo del Problema. Una explicación posible a esta correlación es que en general se consideran a las funciones Operativa y Atencional como las más conductuales del EPT, por lo cual que el terapeuta que utilice este Estilo, no tenga el hábito de realizar un Afrontamiento Cognitivo del Problema pareciera tener sentido.

Pero sin lugar a dudas, los resultados de la investigación que más llamaron la atención se refieren a que el Estilo Expresivo y la dimensión Realización Personal tuvieran correlaciones positivas entre sí, pero además, ambas dimensiones también tuvieron correlación positiva con rango etario y con las siguientes Estrategias: Búsqueda de Apoyo Social, Afrontamiento Religioso, Planificación y Afrontamiento Activo, Aceptación, Centrarse en Solucionar la Situación y Resignificación positiva y los Estilos de Afrontamiento Emocional, Afrontamiento Cognitivo del Problema y Afrontamiento Conductual.

Cabe mencionar que la mayoría de las Estrategias de Afrontamiento recién nombradas son consideradas activas según la clasificación de Pines y Kafry (1981). Por esta razón, la interconexión de estas doce variables sugiere que existe un grupo de terapeutas más longevos en la muestra, que se animan a compartir sus emociones a sus pacientes y experimentan satisfacción por los logros de su trabajo. Dichos profesionales prefieren utilizar Estrategias de Afrontamiento activas, realizando gestiones conductuales o cognitivas que se llevan a cabo acercándonos a un propósito, en contraste con la dimensión inactiva que se caracteriza por la evitación. Cabe destacar que de las Estrategias recientemente nombradas, solamente Centrarse en Solucionar la Situación mantiene correlación positiva con las variables que empeoran el SBO (Cansancio Emocional). Resulta lógico que estos psicólogos clínicos que utilizan el Estilo expresivo utilicen la Estrategia de búsqueda de apoyo social, ya que Genise (2015) encontró correlación entre la dimensión Expresiva y la dimensión Extraversión y en muchos casos ese intercambio social permite la expresión de emociones y la contención emocional. En cuando a la covariación positiva entre la dimensión expresiva y el Estilo de Afrontamiento emocional parecen totalmente compatibles, ya que ambas tienen en común el foco en el área emocional.

Por otra parte, el Estilo Expresivo también presentó correlaciones positivas y leves con las siguientes Estrategias: Consumo de Alcohol y Drogas (Estrategia), Centrarse en Emociones y Desahogarse y con los siguientes Estilos: Afrontamiento conductual del Problema, con Afrontamiento Cognitivo del Problema, Escape Cognitivo, y con Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo).

Cabe mencionar que la modalidad del COPE elegida fue la disposicional, que a diferencia de la modalidad situacional, explora cuales son las Estrategias y Estilos que utiliza el sujeto en su vida habitual, fuera de situaciones puntuales. Este hecho nos hace pensar que esta variable podría tener alguna relación con la personalidad de los terapeutas encuestados. En tal sentido, varios investigadores han hallado relaciones entre EPT y personalidad.

Genise (2015) encontró correlación entre la dimensión Expresiva y la dimensión Extraversión de los Big Five y García et. al (2008) hallaron una correlación positiva entre la función Expresiva y el factor de personalidad Independencia del 16PF y Casari, et al, (2012b) han encontrado correlación negativa entre las dimensiones Atencional, Operativa y Expresiva con la variable de personalidad Responsabilidad. Pero además, es útil tener en cuenta que la función Expresiva ha tenido en el presente estudio correlaciones negativas con las variables edad, sexo femenino y la orientación psicoanalítica por un lado (factores que sumados, implican la gran mayoría de la muestra) y correlación positiva con Realización Personal.

Estos datos nos permiten inferir que el grueso de los sujetos de la muestra que han obtenido altos puntajes en la dimensión Expresiva, son mayormente hombres, de los más longevos, que con altos niveles de Realización Personal y no se consideran psicoanalistas. Llama entonces la atención que la población identificada conforma una ínfima parte de la presente muestra, razón por la cual probablemente se arrojen correlaciones que no presentan un patrón fácilmente comprensible, ya que los resultados no se relacionan con un Estilo activo ni pasivo (Pines y Kafry, 1981), directo ni indirecto (Pines y Kafry, 1981), cognitivo o conductual (Moos, 1981b; 1995), problema o emoción (Lazarus, 1984).

En otro orden de cosas, se encontró que el Cansancio Emocional presentó correlaciones leves pero significativas en sentido directo con las Estrategias Consumo de Alcohol y Drogas, y Negación, lo cual contribuye a considerar que estas dos Estrategias pasivas (Pines y Kafry, 1981) pueden estar siendo utilizadas como una forma de afrontar dicho agotamiento, sin conseguir su objetivo. Lo mismo podría estar sucediendo cuando la

Estrategia Consumo de Alcohol o Drogas covarió positivamente con la dimensión Despersonalización.

Por otro lado, llama la atención que la Estrategia Crecimiento Personal mostró correlaciones inversas significativas tanto con Cansancio Emocional y Despersonalización, mientras obtuvo una correlación positiva leve con Realización Personal. Tales relaciones ayudan a inferir que dicha Estrategia estaría funcionando como factor de protección de todas las dimensiones del Síndrome de Burnout y que proponer su utilización en cursos de grado y postgrado a quienes ejerzan la psicoterapia, podría resultar enormemente beneficioso.

Respecto de la correlación encontrada entre la dimensión Realización Personal y Afrontamiento cognitivo del Problema, no existen antecedentes empíricos que relacionen estas variables. No obstante, si se tiene en cuenta que Realización Personal también ha covariado con el grupo de terapeutas más longevos, no se descarta la posibilidad de que sea el factor etario el que esté favoreciendo esta relación, ya que la utilización de las Estrategias incluidas en este Estilo de Afrontamiento (Aceptación, Humor, Resignificación Positiva y Refrenar el Afrontamiento) podrían requerir mayor control de los impulsos y madurez.

Finalmente, no sorprende demasiado observar que la dimensión Realización Personal haya presentado correlaciones inversas con la Estrategia Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, ya que todos los resultados mostrados hasta aquí muestran que esta dimensión del MBI se encuentra asociada a Estrategias de Afrontamiento activo y el Abandono de Esfuerzos de Afrontamiento es una de las Estrategias más inactivas posibles (Pines y Krafy, 1981).

Es muy interesante que se hayan localizaron correlaciones significativas negativas entre Afrontamiento Conductual del Problema con Cansancio Emocional y Despersonalización y positivas con Realización Personal. De este modo, se puede inferir que la utilización de este Estilo de Afrontamiento es un factor protector respecto de todas las dimensiones del SBO. Esta relación parece estar justificada con aquellos autores que consideran adaptativa la utilización de este Estilo especialmente en aquellos desafíos en los que el sujeto tenga la percepción de poder modificar la fuente del conflicto. (Frydenberg y Lewis, 1994; Faulk et al., 2013). En el mismo sentido, el Estilo Escape Cognitivo tuvo covariaciones positivas con las dimensiones Despersonalización y Cansancio Emocional mientras que correlacionó negativamente con Realización Personal por lo que se puede

inferir que la utilización de esta Estrategia podría estar teniendo lugar cuando los sujetos tienen síntomas de burnout, como una forma intentar desconectar y aliviar sus síntomas o como un factor que podría estar desarrollando dicho síndrome. Esta misma hipótesis podría aplicarse para la correlación positiva hallada entre Cansancio Emocional y Despersonalización con el Estilo de Afrontamiento Consumo de Alcohol y Drogas.

Por último, en lo que a correlaciones entre las variables centrales se refiere, la Estrategia Negación presentó correlación negativa con Realización Personal y positiva con Cansancio Emocional, lo cual nos permite interpretar que, aunque presente covariaciones con la dimensión Despersonalización, esta Estrategia se encuentra íntimamente relacionada con el Síndrome de Burnout. Especialmente cuando observamos que su contraparte, la Estrategia denominada Aceptación, presenta correlación positiva con la dimensión Realización Personal. Estos resultados son congruentes con los autores que consideran a la Negación como una Estrategia que en la gran mayoría de los casos no es funcional o adaptativa por su carácter pasivo respecto de la fuente del estrés (Pines y Krafy, 1981).

### **Otras variables del MBI**

De acuerdo a los puntos de corte propuestos por Neira (2004) a partir de los baremos establecidos para psicólogos en Argentina, La cantidad de caso de Burnout en psicólogos en el presente estudio asciende a 8.1% y confirma los resultados hallados por Lo Fiego (2013) en una muestra similar en Argentina, donde un total de 9.7% de los sujetos padecían Burnout y con la publicación de Casari et. al. (2015) donde el 9% de los profesionales de la salud mental encuestados padecían el síndrome. En cambio, Chromechek et al. (2014) encontraron una prevalencia baja del síndrome entre los psicólogos que trabajaban en adicciones en Centros de Atención a las Adicciones de la Región Sanitaria VIII, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (4,2%)

### **Variables sociodemográficas**

#### ***Sexo***

Respecto de la distribución del género en la muestra, se observó que el 82.6% de los sujetos fueron mujeres y el 17.4% fueron varones asemejándose a los datos recogidos por Alonso y Klinar (2014), que arrojan un 20% de psicólogos varones y 80% de terapeutas mujeres en nuestro país, Alonso et. al (2018) 84% mujeres y 15.4% varones y con los estudios

recientes de Genise (2015) que encontró un 82.94% de psicólogas y un 17.06% de psicólogos en una muestra ubicada en la misma zona geográfica. La enorme mayoría de mujeres es un fenómeno global e histórico en esta profesión. Premat (2010) afirma que, desde la creación de la carrera de psicología en la Universidad de Buenos Aires, la mayoría de mujeres ha sido una constante y que la cantidad de féminas que estudian en la Universidad ha ido en aumento hasta llegar a ser del 60% contra un 40%. Litvinoff y Gomel (1975) sostienen que el porcentaje de egresados de las primeras camadas de psicología era de un 86% de mujeres y un 14% de hombres lo cual muestra una tendencia histórica desde los comienzos. Respecto de lo que sucede en otros países, Augsburg et al. (2015) indican que esta distribución está también presente en otros países latinoamericanos, como Uruguay y Colombia.

En cuanto a la variable sexo, no se hallaron diferencias significativas con ninguna de las dimensiones del MBI, evidenciando que hombres y mujeres no presentan indicadores disímiles de *burnout*. En cambio, cuando se indagó la asociación entre la variable sexo y la condición de presentar o no criterio global de *burnout*, en las mujeres se observó un 7.2% de sujetos que cumplieron este criterio, y el 12.2% de los hombres se halló en esta categoría. Si bien se observa una diferencia de cinco puntos porcentuales en la incidencia de *burnout* entre los grupos, la misma no arribó a la significación estadística.

En relación a la variable sexo y las dimensiones del EPT, se halló que las mujeres en comparación con los hombres presentaron un Estilo menos expresivo y menos operativo. Si sumamos este dato, al hecho de que ambos Estilos han covariado positivamente con Cansancio Emocional y Despersonalización, quizá encontremos la razón que explique la diferencia entre géneros en la casuística de SBO. El único antecedente publicado respecto de la correlación entre género y EPT es la que realizaron Castañeiras et al. (2008), donde encontraron que los terapeutas hombres tendrían valores más elevados en la función Atencional (mayor focalización).

Dado que se observaron diferencias en los Estilos Expresivo y Operativo tanto en relación al sexo como al marco teórico del terapeuta, cabe la posibilidad que las diferencias detectadas entre hombres y mujeres también estén expresando, en realidad, una incidencia diferente de tipos de terapeutas en función del sexo. Para esto se evaluó la asociación entre la variable sexo y el marco teórico a través de una prueba de *Chi* cuadrado. Si bien la prueba global no arrojó una asociación significativa, se observó que mientras las psicoanalistas

representaron el 44.3% de las mujeres encuestadas, los psicoanalistas representaron sólo el 26.8% de los hombres investigados. Esta diferencia de 17.5 puntos porcentuales representa un residuo corregido de  $\pm 2.1$ , lo cual indicaría una diferencia en relación al porcentaje de hombres y mujeres que consignan ser psicoanalistas. Por esto, es probable que las diferencias halladas en función del sexo en Estilo Expresivo y Operativo (i.e., menores valores en mujeres), esté mostrando, en realidad, los menores valores obtenidos por psicoanalistas en estas escalas, lo cual resulta lógico, ya que este enfoque teórico se caracteriza por evitar la expresión de las emociones del terapeuta y por no utilizar un procedimiento pautado en su forma de intervención.

Respecto de las Estrategias y Estilos de Afrontamiento las únicas que obtuvieron puntajes significativos en relación al género de los participantes fueron la Estrategia Consumo de Alcohol y Drogas y su Estilo homónimo en favor de los varones de la muestra, lo cual muestra que los psicólogos clínicos varones tienden a utilizar dichas sustancias como forma habitual de afrontar el estrés. Lejos de parecer una problemática propia de los psicólogos clínicos, estos guarismos son representativos de lo que sucede en la población general, donde los datos brindados por el Observatorio Nacional de drogas (Moro et al., 2017) donde en todas las sustancias psicoactivas legales o ilegales, los varones presentan mayor prevalencia que las mujeres.

### ***Edad***

Se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar valores superiores de Cansancio Emocional y Despersonalización, y valores menores en Realización Personal, aunque en todos los casos las covariaciones resultaron significativas pero leves. Estos valores pueden deberse a varios factores. En primer lugar, los terapeutas jóvenes o recién recibidos podrían tener menos recursos que los terapeutas experimentados para enfrentar los desafíos de la vida y los pacientes. Por otro lado, al comenzar las prácticas laborales, suelen verse forzados a trabajar en los puestos que los más experimentados evitan debido a que representan un mayor esfuerzo y menos remuneración laboral. Por último, Freudemberger (1974) observaba mayores niveles de estrés laboral en aquellos jóvenes voluntarios con altos ideales y poca experiencia. En estos casos, la desilusión y frustración era uno de los primeros signos de burnout.

Los datos arrojados en la presente investigación son totalmente opuestos a los hallados por Atance Martínez, (1997) en personal sanitario de Guadalajara, pero coinciden con los publicados por la gran mayoría de los estudios, entre ellos los de Ackerley et al. (1988) y Grau et al. (2009) al observar el Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Maslach (2009) ha observado que en los empleados más jóvenes el nivel de burnout se reporta como más alto que entre aquellos con más de 30 o 40 años de edad.

También alerta acerca de la interpretación de estos hallazgos, considerando que los mismos deberían ser vistos con precaución debido al problema de “sesgo de sobrevivencia”. Esto significa que quienes se queman temprano en sus carreras probablemente abandonen sus trabajos, dejando atrás a los sobrevivientes que tienen niveles inferiores de burnout. Podría afirmarse en este sentido, que a medida que pasan los años, los psicoterapeutas van adquiriendo mayores recursos para ir enfrentando los desafíos de la clínica y al mismo tiempo desarrollan una mirada más realista de su tarea en contraste con el idealismo de la juventud. Respecto de la influencia de la edad y el sexo en relación al Burnout, se han publicado cuantiosos estudios con resultados contradictorios según la población estudiada.

Respecto de las correlaciones entre la edad del terapeuta y sus Estilos terapéuticos evaluados con el EPT, los antecedentes revelan una correlación negativa con la función Atencional y Operativa, es decir que los profesionales a medida que aumentan su edad cronológica tienden a una atención más abierta y a intervenciones más espontáneas Castañeiras (2008). Esto se suma al hecho de que estos dos Estilos covariaron con Cansancio emocional y Despersonalización, por lo que cabe interpretar que por varias razones el hecho de ser un joven profesional aumenta el riesgo de padecer síndrome de Burnout.

Por otro lado, en la presente muestra se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar un Estilo más involucrado con sus pacientes y tendieron a presentar un Estilo menos expresivo que los mayores. En primer lugar, la diferencia en los resultados de las investigaciones se deba a las muestras presentan una disímil composición en relación a la orientación teórica. Mientras que en el presente estudio la el grupo mayoritario de terapeutas refiere trabajar desde una perspectiva psicoanalítica, en la publicación de Castañeira los terapeutas con esta misma orientación apenas llegan al 30% de la muestra. Teniendo en cuenta que la orientación teórica en palabras de Casari et. al (2018) es una de las variables mas sensibles al Estilo personal del terapeuta, pareciera sensato reconocer que ambas

muestras no resultan comparables en este aspecto. Por otro lado, en relación a los resultados obtenidos en la dimensión Involucrativa, quizá se pueda inferir que un terapeuta más joven, probablemente sin hijos y recién recibido tenga mayor avidez por involucrarse con sus primeros casos que un terapeuta que tiene mucho trabajo y una familia que atender al llegar a su casa. También es factible considerar que un terapeuta más joven no sienta la suficiente seguridad para poder expresar sus emociones abiertamente.

En relación a la variable edad, se encontraron correlaciones negativas con la Estrategia Consumo de Alcohol y Drogas y el Estilo de Afrontamiento homónimo, por lo que se puede interpretar que los terapeutas jóvenes utilizan en mayor medida el consumo de sustancias y Alcohol como una forma habitual de enfrentar o compensar los desafíos de la vida que sus colegas más longevos. El hecho de que la Estrategia no discrimine entre estas sustancias deja la incógnita acerca de si afrontan el estrés utilizando alcohol, sustancias legales o ilegales. Sin embargo, el hecho de que los jóvenes hayan presentado peores resultados en las tres dimensiones del burnout, nos ayuda a interpretar que esta Estrategia de Afrontamiento no resulta efectiva.

Por otro lado, se encontraron correlaciones positivas entre la variable edad con las Estrategias de Afrontamiento Religioso y Abandono de los esfuerzos de Afrontamiento y con los Estilos Escape Cognitivo y Afrontamiento conductual del Problema. Llama la atención de que las primeras tres formas de Afrontamiento tienen la característica de ser pasivas o inactivas (Pines y Krafy, 1981) mientras que el Afrontamiento conductual del Problema representa la máxima expresión de las Estrategias activas, especialmente cuando tenemos en cuenta que los clínicos más longevos han presentado mejores valores en las tres dimensiones del SBO. Probablemente estas tres formas pasivas del Afrontamiento sean utilizadas por este grupo etario cuando la fuente del estrés no sea pasible de control por parte del sujeto.

Lazarus y Folkman (1981) van a concluir que el Afrontamiento puede ser adaptativo o no adaptativo, independientemente de la Estrategia utilizada. El criterio para evaluar si una Estrategia es adaptativa va a tener relación con la posibilidad que tiene el sujeto de controlar la fuente del estrés. Si eso es posible es adecuado utilizar Afrontamiento activo y directo. Caso contrario, la mejor opción es una adaptación activa o pasiva a la situación (como podría ser el Afrontamiento Religioso o Abandonar todo Esfuerzo de Afrontamiento). Un ejemplo cinematográfico de ello, es cuando el protagonista del film “La vida es bella” engaña a su

hijo, diciéndole que el campo de concentración es parte de un juego. Allí la negación puede ser útil o adaptativa, ya que no es posible modificar la fuente del estrés, pero es posible que su hijo no sufra debido a la situación que atraviesa.

### ***Contexto de la práctica laboral y tipo de pacientes atendidos en relación al SBO.***

En cuanto a la localidad en la cual ejerce su práctica clínica, el 45.1% consigné trabajar en CABA, y el 37% en Gran Buenos Aires. Un 17.9% consigné trabajar en ambos lugares.

De acuerdo a la muestra realizada, el 33.6% se desempeña como terapeuta con al menos un paciente que presenta consumo problemático de sustancias, mientras que el 66.4% declaró no atender pacientes con este tipo de problemática. Estas cifras probablemente se deban a que la atención de este tipo de pacientes se haya ido convirtiendo en una especialización, en donde un grupo reducido de terapeutas atiende a la gran mayoría de quienes consultan, especialmente en instituciones dedicadas a ello, como comunidades terapéuticas.

Respecto del SBO y las dimensiones del MBI, no se observaron diferencias significativas entre los terapeutas que atendían paciente que presenta consumo problemático de sustancias, de los que no manifestaron no atender este tipo de pacientes. Esto parece contradecir lo que habitualmente se cree en los círculos profesionales especializados, en los que se suele expresar que trabajar con este tipo de pacientes, desgasta a los profesionales. Sin embargo, sería adecuado cuestionar si la forma en la que se recabaron los datos podría haber permitido que terapeutas que atiendan solamente un solo caso paciente que presenta consumo problemático de sustancias o unos pocos se hayan incluido en la misma categoría que aquellos terapeutas que se dedican en un 100% a este tipo de pacientes con una formación especializada de postgrado. Por eso, se propone que en futuros estudios se pesquise con mayor precisión el tipo de dedicación y capacitación que del psicólogo que atiende este tipo de casos. Por otro lado, en Argentina es muy frecuente que las instituciones que se dedican a esa problemática, se encuentran trabajando psicólogos recién egresados, carentes de capacitación específica (Máculus et al., 2012 en Casari et. al, 2019). Esta falta de experiencia personal también debería considerarse a la hora de comparar las muestras.

En la bibliografía consultada diversos autores entre los que se encuentran Colletti

(1999); Vega (2004); Cirillo et al. (1999); Castresana (2003); Pérez et al. (2004); sugieren que los desafíos de la práctica de atender paciente que presenta consumo problemático de sustancias puede favorecer el estrés laboral y el Burnout.

Casari et. al (2019) reflexiona acerca de la complejidad particular que implica la atención de paciente con consumo problemático de sustancias debido a factores relacionados con la psicopatología de este tipo de pacientes (que afecta de múltiples áreas de su vida), el diseño de un plan de tratamiento para cada caso y etapa, la frustración que produce la elevada deserción y las dificultades en el establecimiento de una alianza de trabajo (American Psychiatric Association, 2014; Guajardo y Kushner, 2004; López et al., 2012; McCrady, 2008; NIDA, 2010).

Por otro lado, investigadores como Peña (1998); Nabitiz et al. (2000); Fernández y (2013); Otero, et al. (2013); Chromechek et al. (2014); han observado bajos niveles de SBO entre los psicólogos que atendían pacientes con consumo problemático de sustancias. Si bien algunas de estas investigaciones observaron grupos de terapeutas que trabajaban con pacientes con consumo problemático de sustancias, en ninguna de ellas se había comparado dentro de la misma investigación, un grupo de psicólogos que atendieran esta problemática con otro que atendiera otro tipo de pacientes, en relación al SBO. La única investigación comparativa entre profesionales que atienden pacientes con consumo problemático de sustancias y quienes no los atienden es la que llevaron a cabo García Barquero et al. (2009) y tiene dos particularidades: en primer lugar se compara un grupo de profesionales sanitarios entre los que se encuentran una pequeña cantidad de psicólogos, y en segundo lugar, las diferencias no han resultado ser significativas respecto del resto del personal sanitario que no atendía pacientes con consumo problemático de sustancias.

Sin embargo, se observó que los sujetos que consiguieron trabajar con pacientes con consumo problemático en instituciones, ya sea exclusivamente o de forma combinada con la práctica por fuera de instituciones, presentaron niveles superiores de Cansancio Emocional y Despersonalización que el resto de los participantes que no trabajan con consumo problemático de sustancias, como con respecto a los que lo hacen por fuera de un marco institucional.

Por otro lado, los sujetos que atienden pacientes que presentan consumo problemático de sustancias fuera del marco institucional tuvieron significativamente más RP que los que

atienden estos pacientes en un marco institucional y los que lo hacen en ambos contextos.

Estos resultados apoyan los obtenidos por Perez et. Al. (2004), quienes consideran fundamental las variables organizacionales como predisponentes o protectoras respecto del SBO. Vredenburgh et al. (1999) también observaron que en la práctica psicológica privada se dan los niveles más bajos de agotamiento, mientras que en los entornos hospitalarios se indican los niveles más altos de agotamiento. En este sentido, podríamos considerar que cuando un profesional trabaja dentro de una institución tiene lugar una menor libertad de acción debido al marco normativo que lo condiciona.

Maslach y Leiter (1997) conceptualizan seis áreas principales que pueden producir Burnout en el entorno organizacional: exceso de carga de trabajo, sensación de falta de control, recompensas insuficientes, quiebre con la comunidad, ausencia de imparcialidad, y conflicto de valores. En cambio, al desempeñarse en forma particular el profesional tiene un mayor control sobre estas seis áreas. Entre otras variables puede tener mayor decisión sobre el tipo de pacientes que atiende, los honorarios que percibirá, los horarios de atención y los objetivos que perseguirá en su tarea.

Respecto de los resultados de CE y RP en relación con el hecho trabajar dentro de una institución, se debe tener en cuenta que el funcionamiento del equipo de trabajo y de la organización puede variar en cada caso. Olabarría y Mansilla (2007) afirman que hay acciones que se pueden llevar a cabo en tres niveles: el autocuidado, en los equipos de trabajo sanitario y en las organizaciones.

Por último, no se encontraron diferencias significativas en ninguna dimensión del MBI entre los terapeutas que afirmaban trabajar con pacientes diagnosticados con TLP de aquellos que no lo hacían.

Este resultado se opone a lo publicado por Lo Fiego (2013) y Putrino et al. (2019). El primer estudio afirma que los niveles de agotamiento emocional y despersonalización aumentan proporcionalmente con la cantidad de pacientes con TLP tratados. Sin embargo, es necesario aclarar que en ese caso han evaluado dentro de la muestra también una pequeña cantidad de psiquiatras y los puntos de corte elegidos fueron diferentes a los de la presente investigación. En el caso de Putrino et al. (2019) si bien no se realizó un testeo del SBO, el 68% de los terapeutas que atendieron a pacientes con TLP, manifestaron tener una carga emocional con un impacto negativo cuando trabajaban con pacientes con TLP, con reacciones

fisiológicas como aumento de frecuencia cardíaca, contracción muscular. Respecto de esta variable, es necesario considerar si la manera en la que se consultó en la presente tesis fue suficiente para diferenciar aquellos terapeutas que tan solo tienen un caso o unos pocos con estas características de aquellos que se dedican plenamente a la asistencia de esta patología y que además cuentan con capacitación específica como podría ser la que ofrece la línea de trabajo denominada DBT (Dialectical Behavioral Therapy).

Al correlacionar las diferentes orientaciones teóricas con los resultados del EPT, se halló que los psicoanalistas presentaron valores significativamente menores en el Estilo atencional y que los terapeutas que se autopercebieron como cognitivo/conductuales, Integrativos o eclécticos y sistémicos. Estos resultados coinciden con los hallados por Oliveira et. al (2006), Castañeira et. al (2008) y Casari (2013), aunque contradicen los resultados de las publicaciones de Fernandez Alvarez et. al (2000) y Vega (2006). Las contradicciones en estos estudios no pasan desapercibidas. Probablemente se deba a diferencias entre ambas muestras, ya sea en la experiencia de los terapeutas o la conformación de la población elegida. Los resultados del presente estudio parecen ajustarse a lo esperado si tenemos en cuenta la utilización de la atención flotante entre los psicoanalistas, mientras que en el grupo de terapeutas integrativos podría tener alguna influencia psicoanalítica, en cambio, el grupo de TCC y sistémicos son entrenados para enfocar su atención en sus intervenciones e hipótesis de trabajo respectivamente.

También se halló que los psicoanalistas puntuaron significativamente menos en el Estilo Expresivo que el resto, coincidiendo con todos los antecedentes hallados (Oliveira et. al, 2006; Castañeira et. al, 2008; Casari y Albanesi, 2013; Fernandez Alvarez et. al, 2000 y Vega, 2006). Los resultados arrojados por todos estos estudios parecen lógicos, teniendo en cuenta que el enfoque psicoanalítico suele proponer a sus seguidores mantener una distancia operativa respecto de sus pacientes y evitar las expresiones emocionales con el objetivo de no contaminar la relación terapéutica.

En relación al Estilo Operativo, se halló que los cognitivo conductuales presentaron valores por encima que el resto de los grupos, con excepción de los sistémicos, los sistémicos valores superiores a los psicoanalistas y el grupo 'Otros' y los Integrativos/Eclécticos también mostraron puntuaciones por encima de los psicoanalistas. Estos resultados son coherentes con la forma de trabajar que tienen estos grupos de terapeutas. En general la TCC

y los terapeutas sistémicos se caracterizan por utilizar protocolos, tareas y tener un orden de trabajo más establecido que los integrativos y más aún que los psicoanalistas, cuyas metodologías se apoyan en la asociación libre y permitir que el contenido inconsciente pueda surgir con mayor espontaneidad.

Nuevamente, los resultados son similares a los hallados por Oliveira et. al (2006), Castañeira et. al (2008) y Casari (2013), pero contradicen los valores arrojados por las publicaciones de Fernandez Alvarez et. al (2000) y Vega (2006). Una vez más, la contradicción entre los resultados puede deberse a diferencias entre ambas muestras, ya sea en la experiencia de los terapeutas o la conformación de la población elegida.

Por otra parte, es llamativo que las dimensiones atencional y operativa se hallan comportado conjuntamente, mas allá de su correlación negativa o positiva. En relación a este comportamiento, Castañeiras (2008) encuentra correlación entre estas dos dimensiones. Por esa razón las reúne, denominándolas funciones técnicas. De esta manera, las diferencias de las funciones emocionales (involucrativa y expresiva que también presentaban correlación estadística) y de la dimensión instructiva que no presentaba covariación con ninguna otra dimensión.

Finalmente, en Involucración, los psicoanalistas presentaron valores menores que los cognitivo conductuales, coincidiendo con los datos reportados por Oliveira et. al (2006). Los resultados en estos dos últimos ítems podrían deberse a la utilización de la disociación instrumental en el primer grupo, mientras que el segundo no recibe durante su formación mayores indicaciones respecto de la distancia/cercanía que se debe tener con el paciente.

En cambio, respecto de la orientación teórica de los psicoterapeutas, no se observaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del MBI ni del SBO. Esto puede resultar llamativo, ya que como se explicó anteriormente, se observaron diferencias en el Estilo personal del terapeuta de las distintas corrientes teóricas. Podría haberse esperado que terapeutas más involucrados como los cognitivos/conductuales, obtuvieran puntajes mayores en Cansancio Emocional o inferiores en Despersonalización y Realización Personal. Sin embargo, al parecer, la Involucración no se asocia en este estudio a ninguna orientación teórica y sus respectivos Estilos personales del terapeuta. Estos resultados son coherentes con los detallados anteriormente que muestran que no se halló correlación entre la dimensión Involucración y ninguna dimensión del MBI.

Por último, cabe destacar lo interesante que resultó observar que las dimensiones Cansancio Emocional y Despersonalización han coincidido en sus covariaciones conjuntas respecto de otras variables (Escape Cognitivo, Consumo de Alcohol y Drogas, Afrontamiento Conductual, Estilo Atencional y operativo, edad y trabajo con pacientes con consumo problemático de sustancias dentro de instituciones). La relación entre ambas dimensiones podría explicarse desde el término utilizado Zimbardo (1970), “deshumanización defensiva” refiriéndose a la necesidad de defenderse de estados emocionales continuos y desequilibradores, con una modalidad estratégica de autopreservación, la despersonalización. (Moreno-Jiménez et al., 2005). Por último, varios autores entre los que se encuentran Gil-Monte et al. (1995) coinciden en considerar a la dimensión Despersonalización como una Estrategia de Afrontamiento protectora que los sujetos utilizan cuando padecen Cansancio Emocional.

## **VI. Conclusiones**

Sin lugar a dudas, se ha alcanzado satisfactoriamente el Objetivo general de la presente investigación, el cual ha sido analizar la relación entre las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

En relación con los diferentes objetivos específicos, se puede afirmar que se los ha ido cumpliendo satisfactoriamente, ya que se ha medido el nivel del SBO de este grupo de psicólogos clínicos, observando que el 8.1% de los encuestados padecían esta problemática. Por otro lado, se ha observado que existen variadas correlaciones entre las dimensiones de estas variables estudiadas y se han comparado los resultados entre psicólogos y psicólogas de la muestra, observando que no existen diferencias significativas respecto de los casos de burnout, aunque las mujeres conformen una enorme mayoría, alcanzando el 82.6% de la muestra.

Se han podido confirmar las tres hipótesis de la investigación, ya que, tal como se sospechaba, se encontraron correlaciones entre diversas dimensiones del Síndrome de Burnout, del EPT y las diferentes Estrategias y Estilos de Afrontamiento del Estrés. De hecho, se han encontrado cuarenta y siete correlaciones significativas entre estas dimensiones, por lo que se puede concluir que las cuatro variables principales estudiadas se encuentran íntimamente relacionadas, influyendo mutuamente entre sí. Además, se encontraron veintidós correlaciones entre estas dimensiones y algunas variables sociolaborales.

En base a los resultados obtenidos, es factible considerar que algunas variables podrían considerarse factores protectores y algunos factores de riesgo del SBO.

### **Factores de riesgo**

Tres variables correlacionaron positivamente con CE y DES y Negativamente con RP, ellas son: Estilo Atencional (focalizado) y los Estilos de Afrontamiento denominados Escape Cognitivo y Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo). Otra Estrategia íntimamente relacionada con el Síndrome de Burnout es la negación, que presenta covariación positiva con Cansancio Emocional y negativa con Realización Personal. Algo similar sucede con el Estilo Operativo, que mantiene covariaciones positivas tanto con Cansancio Emocional como con Despersonalización. Si bien no tiene relación con las tres dimensiones del concepto, se la

encuentra altamente relacionada con la presencia del síndrome.

### **Factores protectores**

Se encontraron tres variables que correlacionaron negativamente con CE y DES y positivamente con RP: Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema y la Estrategia Crecimiento Personal y edad.

Se puede concluir que las acciones preventivas deberían dirigirse especialmente a:

- a) Los psicoterapeutas jóvenes,
- b) Quienes atiendan pacientes con consumo problemático de sustancias dentro del ámbito institucional,
- c) Quienes utilicen como Estrategia de Afrontamiento y el consumo de drogas y alcohol y el Estilo de Afrontamiento Escape Cognitivo.
- d) Quienes no utilicen como Estrategia de Afrontamiento el Crecimiento Personal y el Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema,
- e) Y quienes utilicen un Estilo focalizado.

En cambio, se puede inferir que el hecho de atender pacientes con consumo problemático de sustancias no constituye para los psicólogos estudiados, un factor que predisponga por sí mismo, al aumento de ninguna de las dimensiones del Síndrome de Burnout. De esta forma se cuestiona el mito tantas veces escuchado en que afirma que este tipo de tarea “nos quema y deteriora”. Sin embargo, es posible que haya algunas otras variables organizacionales que puedan explicar mejor la razón de esta sensación de encontrarse agotado.

En tal sentido, es importante subrayar el hallazgo al que ha arribado la presente investigación respecto que los terapeutas que trabajan con consumo problemático de sustancias y además se desempeñan en alguna institución, en comparación al resto, presentaron valores significativamente superiores de CE, y significativamente inferiores de RP. La combinación entre la ardua tarea de atender pacientes con consumo problemático de sustancias y desempeñarse dentro de una institución puede ser un factor que predisponga al Síndrome de Burnout y que las dichas instituciones deberán llevar a cabo programas de cuidados de sus equipos profesionales.

Otra conclusión posible consiste en que la confluencia simultánea de las variables

Realización Personal, edad, Estilo Expresivo, Búsqueda de Apoyo Emocional, Afrontamiento Religioso, Planificación y Afrontamiento Activo, Realización Personal, Afrontamiento Emocional, Afrontamiento Cognitivo del Problema y Afrontamiento Conductual del Problema protege del SBO, ya que ninguna de ellas presenta covariación con CE y DES.

Respecto de las posibles aplicaciones de la investigación, la información aportada por la presente investigación complementa estudios realizados con anterioridad y brinda orientaciones fundamentadas empíricamente para poder llevar adelante capacitaciones que tiendan a prevenir el síndrome de burnout entre los psicólogos clínicos. La difusión de la información recogida a los psicoterapeutas graduados y estudiantes de grado, puede resultar de utilidad en la toma de decisiones sobre su forma de trabajo y su calidad de vida.

## VII. Limitaciones y Recomendaciones Futuras

Es necesario reconocer ciertas limitaciones metodológicas que existen en este estudio. Por un lado, la presente investigación mide el SBO de forma voluntaria. Si bien este hecho puede favorecer la veracidad de las respuestas, también es cierto que podría sesgar los resultados. Es posible inferir que un psicólogo que padece Síndrome de Burnout y recibe una invitación a responder una encuesta sobre esta temática prefiera no participar de la misma debido al desgano producido por el agotamiento emocional, ya que de algún modo este estudio se relaciona con ese trabajo que no siente deseos de realizar.

Si bien podría sentir curiosidad sobre el tema para conocer si padece o no esta afección, desde un principio se explica que quienes participen de la investigación no recibirán resultados individuales del cuestionario administrado. Para subsanar esta dificultad, se propone que las próximas investigaciones puedan realizarse con una muestra cautiva como podría ser un centro asistencial, en la que todos los miembros de esa población respondan el cuestionario a fin de conseguir un resultado más representativo.

También podría existir un sesgo metodológico producido en relación al rango etario ya que la presente investigación se realizó a través de canales digitales. Es deseable que futuros estudios consideren acceder a la muestra mediante formato papel al menos en parte, para que la proporción de la población sea más completa y heterogénea.

Por otro lado, un error cometido en el diseño de la encuesta tuvo que ver con preguntar si los participantes atendían pacientes con consumo problemático por un lado y si trabajaban dentro de una institución en segunda instancia. Este hecho imposibilitó conocer cuáles eran los psicoterapeutas que atendían pacientes con consumo problemático dentro de una institución especializada, ya que algunos de los que trabajaban con este tipo de pacientes podían hacerlo en consultorio particular mientras, trabajaban en el ámbito institucional con otro grupo de pacientes. Esta dificultad impidió arribar a datos específicos acerca de esta población que podrían haber sido útiles para conocerla mejor. Resultaría muy interesante que futuros estudios puedan subsanar este error. Asimismo, parece fundamental que investigaciones próximas aborden los factores organizacionales que podrían facilitar el SBO en instituciones especializadas en consumo problemático de sustancias.

Otro posible sesgo que podría tener lugar en la presente investigación, está relacionado con el hecho de que la muestra encuestada presenta mayor porcentaje de sujetos

que atienden pacientes con consumo problemático de sustancias, en comparación con otros estudios. La razón de esta particular proporción es la disponibilidad de psicólogos clínicos por parte del investigador, que también realiza prácticas con pacientes que presentan consumo problemático.

En relación al tiempo, es necesario aclarar que se consideró la edad de los sujetos investigados, pero no se contempló preguntar acerca de los años de práctica terapéutica, dato que podría haber brindado valiosa información.

A partir de los resultados hallados, se considera recomendable que futuras investigaciones puedan distinguir cuál es el factor más significativo respecto del CE: a) trabajar con consumo problemático o b) que esta tarea sea desempeñada dentro de una institución o c) la combinación de ambas variables.

También resulta necesario aclarar que en el presente estudio no se ha considerado diferentes variables cualitativas del terapeuta que también podrían influir sobre cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout, el Afrontamiento y el EPT, como podrían ser la personalidad, o las habilidades sociales del terapeuta para resolver conflictos. Pero no ha sido propósito de esta investigación incluirlas, ya que ha sido de objeto de estudio de diversas investigaciones previas a esta investigación (Casari et al., 2012, Castro Solano, 2005; Baringoltz y Levy, 2008; Casari et al., 2012b; Genise, 2015; Durao, 2017; Ferreira 2019; Casari et al., 2019; entre otros).

Otra limitación que presenta el estudio consiste en que la covariación bivariada no puede precisar una relación causa-efecto, sino una simple relación entre esas variables (Sampieri et al. 1991), Por eso, se propone que a futuro se pueda establecer cuáles son las variables dependientes y las independientes en las correlaciones encontradas o si la interacción entre ellas se retroalimenta mediante la causalidad circular.

En base a lo observado en los resultados y lo conversado en la discusión, se propone investigar en futuros estudios si existe alguna relación entre el Estilo atencional focalizado y cierta preferencia por pensar en los problemas, los riesgos y el lado negativo de la realidad. Asimismo, se plantea la hipótesis de que un Estilo atencional abierto pueda tener relación con estar atento a las oportunidades, lo positivo y los recursos que tiene el sujeto.

## **Anexos**

### **Consentimiento Informado**

El investigador del presente estudio me ha explicado y he comprendido que está realizando un trabajo de investigación para su Tesis de Doctorado en Psicología en la Universidad de Flores. Acepto conocer que la finalidad de este estudio es indagar sobre el Síndrome de Burnout, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés y el Estilo Personal del psicoterapeuta. En este trabajo participarán aproximadamente 235 terapeutas desde Septiembre de 2016 hasta que se complete la muestra.

En el caso de acceder a participar en esta investigación, se me ha informado que la misma durará aproximadamente 25 minutos. La actividad que se me solicitada en la investigación consistirá en contestar diferentes preguntas. Dicha participación es voluntaria y los datos brindados serán tratados de manera confidencial y en cualquier momento o instancia puedo dejar sin efecto la presente autorización (incluso durante la realización del cuestionario) sin necesidad de brindar razones.

Por otro lado, se me ha informado que mis respuestas u opiniones serán de conocimiento del equipo de investigación. Asimismo, se me ha explicado que los resultados de la presente investigación podrán ser presentados y/o publicados en revistas científicas, siendo preservadas mi identidad, conforme la ley 25.326. En caso necesitar contactarse con el investigador puede hacerlo al siguiente mail: [diegoargentino@live.com.ar](mailto:diegoargentino@live.com.ar).

Responderlas siguientes preguntas implica que acepto participar en esta investigación. Ningún ítem puede dejarse sin responder.

Solo se tendrá en cuenta los sujetos que sean Psicólogos que atiendan al menos en parte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y/o Gran Buenos Aires.

### **Datos**

Por favor complete la siguiente información:

¿Acepta participar de esta investigación?

¿Es Ud. psicólogo o Licenciado en Psicología?

Edad:

Entre 20 y 24 años

Entre 25 y 29 años

Entre 30 y 34 años

Entre 35 y 39 años

Entre 40 y 44 años

Entre 45 y 49 años

Entre 50 y 54 años

Entre 55 y 60 años

Más de 60 años

Sexo:

Masculino

Femenino

Ciudades donde ejerce:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gran Buenos Aires

Trabajo en ambos distritos

Otro

¿En qué contexto lleva a cabo su labor clínica?

Dentro de una institución privada o pública.

Fuera del entorno institucional.

Ambas

Años de experiencia como psicoterapeuta:

Entre 0 y 4 años

Entre 5 y 9 años

Entre 10 y 14 años

Entre 15 y 20 años

Más de 20 años

Cantidad de horas semanales de atención de pacientes:

0 a 10 horas semanales

10 a 15 horas semanales

15 a 20 horas semanales

20 a 25 horas semanales

25 a 30 horas semanales

Más de 30 horas semanales

¿Atiende pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad u algún trastorno psiquiátrico actualmente?

Varios casos

Pocos casos

Ninguno

En relación a su orientación teórica, Ud. se considera...

Psicoanalista

Integrativo o ecléctico

Sistémico

Humanista/existencial

Cognitivo/conductual

Gestáltico

Otros

## Maslach Burnout Inventory HHSS (MBI)

A continuación, hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Para responder a ellas ponga el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala

| 0<br>Nunca   | 1<br>Alguna<br>vez al año<br>o menos | 2<br>Una vez<br>al mes o<br>menos | 3<br>Algunas<br>veces al<br>mes | 4<br>Una vez a<br>la semana | 5<br>Varias<br>veces a la<br>semana | 6<br>Diariamente |   |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------|---|
| 1) Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada/o.   | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 2) Al final de la jornada me siento agotada/o.   | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 3) Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 4) Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.  | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 5) Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.  | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 6) Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.   | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 7) Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.                                | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 8) Me siento "quemada/o" por el trabajo.   | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 9) Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.                    | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 10) Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.            | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 11) Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.                                    | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 12) Me encuentro con mucha vitalidad.  | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 13) Me siento frustrada/o por mi trabajo.  | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 14) Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.   | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 15) Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.  | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 16) Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.                           | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 17) Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.                                   | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |
| 18) Me encuentro animado después de  | 0                                    | 1                                 | 2                               | 3                           | 4                                   | 5                | 6 |

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| trabajar junto con los pacientes.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 19) He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20) En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21) Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22) Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

### Cuestionario de evaluación del Estilo personal del terapeuta EPT-C

El presente inventario está destinado a conocer su Estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes Estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa.

Cómo puntuar:

Un 1 en la escala significa su total desacuerdo con la afirmación. Un 7 indica que Usted está totalmente de acuerdo con la afirmación. Todos los números intermedios reflejan matices en su opinión.

| Total<br>desacuerdo   |   |   |   |   |   |   | Total<br>acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |                  |
| 1- Suelo mantener mi escucha mas bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                |
| 2- Procuo que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                |
| 3- Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                |
| 4- Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                |
| 5- Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                |

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6- Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7- Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8- Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9- Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10- Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11- La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12- Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13- Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14- Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15- Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16- Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17- Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18- Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19- Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20- Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21- Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22- En mis intervenciones soy predominantemente directivo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23- Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24- Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25- Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26- La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27- Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28- Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29- Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30- Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31- Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32- Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33- Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34- Tengo en mente los problemas de los pacientes mas allá de las sesiones                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35- Soy bastante laxo con los horarios.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

|  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 36- Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|

### Escala COPE

Instructivo: ¿Cómo respondemos cuando tenemos que hacer frente a acontecimientos difíciles o estresantes en la vida? Hay muchas formas de intentar manejar el estrés. Este cuestionario le pido que indique lo que GENERALMENTE HACE Y SIENTE cuando experimenta ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES. Obviamente, sucesos diferentes provocan respuestas algo diferentes, pero piense acerca de lo que hace habitualmente cuando está bajo un estrés intenso. Elija las respuestas cuidadosamente y responda de la forma más sincera que le sea posible. No hay respuestas correctas o incorrectas.

| No suelo hacer esto en absoluto   | Suelo hacer esto un poco | Suelo hacer esto moderadamente | Suelo hacer esto mucho |   |
|---|--------------------------|--------------------------------|------------------------|---|
| 1   | 2                        | 3                              | 4                      |   |
| 1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.                         | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente. | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 3. Me altero y dejo aflorar mis emociones.  | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.  | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.                                | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 6. Me digo a mí mismo: "Esto no es real".   | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 7. Confío en Dios.  | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 8. Me río acerca de la situación.   | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 9. Admito que no puedo con ello y dejo de intentarlo.   | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 10. Me disuado a mí mismo de hacer algo con demasiada rapidez.                                  | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 11. Hablo de mis sentimientos con alguien.  | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor.   | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |
| 13. Me acostumbro a la idea de lo que sucedió.  | 1                        | 2                              | 3                      | 4 |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sueño despierto con otras cosas diferentes.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Me altero y soy realmente consciente de la situación.                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Pido la ayuda de Dios.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Hago un plan de acción.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Hago bromas sobre la situación.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Acepto que ha sucedido y que no puede cambiarse.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Demoro hacer algo sobre el tema hasta que la situación lo permita.                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Simplemente abandono en el intento de lograr mi objetivo.                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema.                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Me niego a creer que haya sucedido.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Dejo aflorar mis sentimientos.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Intento verlo de una forma diferente, para que parezca más positivo.                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema.               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Duermo más de lo habitual.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Intento encontrar una Estrategia acerca de qué hacer.                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Me concentro en el manejo del problema y si es necesario aparto otros temas un poco. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Consigo la compasión y comprensión de alguien.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Bromeo sobre ello.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Renuncio a intentar lograr lo que quiero.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Pienso acerca de cómo podría manejar mejor el problema.                              | 1 | 2 | 3 | 4 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Siento un gran malestar emocional y me encuentro expresando estos sentimientos un montón. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Intento encontrar consuelo en la religión.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Me obligo a mi mismo a esperar el momento oportuno para hacer algo.                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Hago bromas de la situación.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Aprendo a vivir con ello.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Aprendo algo de la experiencia.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Rezo más de lo habitual.  | 1 | 2 | 3 | 4 |

## Anexo de Abreviaturas

### Estilos de Afrontamiento

CADro: Consumo de Alcohol y Drogas. (Estilo)

AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema.

AConP: Afrontamiento Conductual del Problema.

ECog: Escape Cognitivo.

AEmo: Afrontamiento Emocional.

ECond: Escape Conductual.

### Estrategias de Afrontamiento

ACEP: Aceptación.

ADS: Actividades Distractoras.

AEA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento.

BAS: Búsqueda de apoyo emocional.

CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia)

CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse.

CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación.

CP: Crecimiento Personal.

E: Evitación.

H: Humor

NEG: Negación.

PAA: Planificación y Afrontamiento Activo.

RA: Refrenar el Afrontamiento

RELI: Afrontamiento Religioso

RPos: Resignificación Positiva.

EPT: Estilo Personal del Terapeuta.

At: Dimensión Atencional.

Ins: Dimensión Instruccional.

Inv: Dimensión Involucración.

Op: Dimensión Operativa.

Exp: Dimensión Expresiva.

MBI (Burnout)

RP: Realización Personal.

CE: Cansancio Emocional.

DES: Despersonalización.

SBO: Síndrome de Burnout

## Referencias Bibliográficas

- Acinas, M.P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional psychology: Research and practice*, 19(6), 624.
- Akgün, E. (2014). Annelerde stres ve tükenmişlik (Stress and burnout among mothers). *International Journal of Human Sciences*, 11(2), 238-250.
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 43-56.
- Mussi, C. (Ed.) (2006). *Entrenamiento en habilidades terapéuticas. Cómo mejorar los resultados en psicoterapia*. Misiones: edición del autor.
- Aldwin, C.M. (1985): Cultural influences on the stress process. Comunicación presentada en el International Symposium on the Management of Stress: Biological, Psychological and Clinical Implications. Ensenada, México
- Aldwin, C., & Revenson, T. (1985, January). Cohort differences in stress, coping and appraisal. In *Gerontologist* (Vol. 25, pp. 66-66). 1275 K STREET NW SUITE 350, WASHINGTON, DC 20005-4006: GERONTOLOGICAL SOCIETY AMER.
- Aldwin, C. M., & Levenson, M. R. (1994). Aging and personality assessment. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 14(1), 182-209.
- Alonso, M. M., Gago, P. & Klinar, D. (2009). Psicólogos/os en Argentina. Actualización cuantitativa.
- Alonso, M. M., Klinar, D., & Gago, P. (2012). Psicología en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2011. In *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Alonso, M. M., Klinar, D., (2014) Los Psicólogos en Argentina. Relevamiento 2013. Poster. VI Congr. Internacional de Investigación y Práctica en Psicología. Buenos Aires, 26-27 nov.
- Alonso, M., & Klinar, D. (2013). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2012. In *Memorias del V congreso internacional de investigación y práctica*

- profesional en psicología, XX jornadas de investigación y noveno encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR.
- Alonso, M. & Gago, P. & Klinar, D. (2018). Distribución Ocupacional de los /as Psicólogos/as en Argentina 2018. In *X International Congress on Psychology Research and Practice, Buenos Aires, Argentina*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM V. (5° Ed.). Arlington: Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Amirkhan, J. H. (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of personality assessment*, 62(2), 242-261.
- Anderson, D. G. (2001). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24, 839-848.
- Aponte, H. J. & Winter, J. E. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista sistemas familiares*, 14 (2), 7-24.
- Aragones, A. O. (2001). *Burnout among doctoral-level psychologists: A study of coping alternatives* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Argentino, D. (2017) “Síndrome de Burnout en psicólogos que atienden drogadependientes en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires”. Un estudio comparativo. Tesis de Maestría. Universidad del Salvador.
- Astorga, C. M., & Calles, J. M. T. (2019). Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en mujeres: relaciones y diferencias. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 139-150.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71, 293-303.
- Augsburger, A. C., Gerlero, S. S., & Taboada, E. (2015) La situación laboral y las condiciones de trabajo de los psicólogos y las psicólogas en la República Argentina. 1a ed ampliada.

- Balint, M. (1961). *Medico, paciente e malattia*. Feltrinelli.
- Bansal, P., Bingemann, T. A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D., & Shaker, M. (2020). Clinician Wellness During the COVID19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(6), 1781–1790.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.04.001>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113–129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Barilá, C. (2011). Influencia de la empatía y del Estilo personal del terapeuta en la calidad de vida profesional (Tesina de Licenciatura). Universidad Favaloro, Buenos Aires. Recuperado de <https://bit.ly/2W3QONC>
- Baringoltz, S. y Levy, R. (2008). *Terapia Cognitiva del Dicho al Hecho*. Buenos Aires: Polemos.
- Barnett, R. C., Gareis, K. C., & Brennan, R. T. (1999). Fit as a mediator of the relationship between work hours and burnout. *Journal of occupational health psychology*, 4(4), 307.
- Beaton, R. D. y Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: research implications. En Ch. Figley (dir.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bergeret, Á. Q., Araneda, R. M., & Azócar, P. R. (2010). Estudio Psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en Psicoterapeutas Acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 273-281.
- Bellock, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Vol II. Madrid. McGraw-Hill. Interamericana de España.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do*

- trabalhador (pp.21-92). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Benevides-Pereira, A. M. T., & Moreno-Jiménez, B. O. (2003). Burnout e o profissional de psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 68-75.
- Benevides-Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B., Hernández, E. G., & González-Gutiérrez, J. L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout em psicólogos: el “Inventario de burnout em psicólogos”. *Clínica y salud*, 13(3), 257-283.
- Ben-Zur, H. & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists and nurses: The role of challenge. Control appraisals. *Social Work in Health Care*, 45 (4), 63-82.
- Beutler, L. E., Machado, P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A. B. Bergin, & S. L. Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229 – 269). New york: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change. *Edited by: Lambert, M*, 227-306.
- Biehl, K. A. (2009). *Burnout em Psicólogos* (Tese de Pós Graduação), Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre
- Biehl, K. A., Nunes, M. L. T., Fagan, A. R. D., & Biehl, L. A. (2021). Burnout-Estudo sobre estresse crônico em profissionais da Psicologia. *YACHAQ*, 4(1), ág-51.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157.
- Birck, A. (2002). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7, 85-90.
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 6(1), 61-64.
- Bouchard G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism and openness as correlates of coping strategies: an integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behaviour Science*, 35, 1-12.
- Bowins, B. (2004). Psychological defense mechanisms: A new perspective. *The American*

- Journal of Psychoanalysis, 64(1), 1-26.
- Bowins, B. (2010). Personality disorders: A dimensional defense mechanism approach. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 153-169.
- Boyle, A., Grap, M., Younger, J. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal f Advanced Nursing*, 16,850-857.
- Bradley, H.B. (1969) Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359–70
- Braginski, R. (4 de Abril de 2017) Por primera vez hay más inscriptos en Psicología que en Derecho de la UBA. Clarín. Recuperado de [https://www.clarin.com/sociedad/primera-vez-inscriptos-psicologia-derecho-uba\\_0\\_HJ99awxTl.html](https://www.clarin.com/sociedad/primera-vez-inscriptos-psicologia-derecho-uba_0_HJ99awxTl.html)
- Broufenbrenner, V. (1979): *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Buela-Casal, Gualberto; Carballo, Vicente. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Primera Edición. Madrid. Siglo XXI de España Editores, S.A. pp.271-279. 1991.
- Buitrón, J. M. R. (2012). ¿ Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. *Norte de Salud mental*, 10(44), 13-27.
- Burke, R. J. (1998). Work and non-work stressors and well-being among police officers: The role of coping. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 1-18.
- Burke, R. J. y Greenglass, E. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, 7, 49-59.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2000). Effects of hospital restructuring on full time and part time nursing staff in Ontario. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), 163-171.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*, 16(5), 583-594.
- Burke, R. J., Greenglass, E. R., & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support, and self-doubts on burnout and its consequences. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9(3), 261-275.

- Burke, R.J. y Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological and Health*, 16, 583-594.
- Byrne, B. M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American educational research journal*, 31(3), 645-673.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*, 6(1), 65-72.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*.
- Cadena, B. (2007). *El Estilo personal del terapeuta guatemalteco* (Doctoral dissertation, Tesis de grado (inédita) para el optar por el título de Lic. en Psicología. Departamento de Psicología, Universidad del Valle de Guatemala).
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171-1.
- Canales, F. & de Alvarado Luz, P. E. (1989). Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo del personal de Salud. Distrito Federal–México. Editorial de la Organización Mundial de la Salud.
- Carlin, M. & Garcés de Los Fayos, E.J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica.
- Carlin, M. (2014). El Síndrome de Burnout: Comprensión del pasado, análisis del presente y perspectiva del futuro.. *Public Interest*, 4, 1-44.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior. New York: Springer.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989) Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a

- stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184.
- Casares-López, M., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., FernándezHermida, J. y Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(2), 225-243.
- Casari, L. (2012). Psicoterapia como actividad privada en Argentina. *Eureka: Revista Científica de Psicología*, 9 (1), 98- 105.
- Casari, L. M., Albanesi, S. B., & Maristany, M. P. (2012). Estilo Personal del Terapeuta y Dimensiones de Personalidad. In *Trabajo presentado en el X Congreso del Capítulo Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research. Ciudad Autónoma de Buenos Aires* (pp. 25-26).
- Casari, L. M., Boetto, F. C., & Daher, C. (2015). Síndrome de burnout en profesionales residentes de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.
- Casari, L. M., Ison, M. S., & Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: estado actual (1998-2017).
- Casari, L. M., Ison, M. S., & Gómez, B. (2019). Estilo Personal del Terapeuta: comparación entre profesionales que trabajan en instituciones de adicciones y profesionales del área clínica general. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 57-73.
- Casari, L. M., Ison, M. S., & Gómez, B. M. M. (2019). Personal style of the therapist and personality dimensions in a sample of Argentinian therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(2).
- Casari, L. M., Ison, M. S., & Gómez, B. M. M. (2019). Personal style of the therapist and personality dimensions in a sample of Argentinian therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(2).
- Casari, L. M., Magni, X. y Morelato, G. S. (2014). Estilo Personal del Terapeuta en Profesionales que trabajan en situaciones de Maltrato Infantil. Trabajo presentado en el Primer Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, 15-18 de Octubre.
- Casari, L., Albanesi, S. & Maristany, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el Estilo personal del terapeuta. *En Psicogente*, 16(29), 132-142.
- Casari, L., Albanesi, S. & Maristany, M. (octubre, 2012) Relaciones entre Estilo Personal del

- Terapeuta con dimensiones de Personalidad y variables sociodemográficas. XVI Congreso Nacional de Psicodiagnóstico: La Investigación en Psicodiagnóstico. Institución: Asociación Argentina de estudio e investigación en Psicodiagnóstico. Rosario, Argentina.
- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M., & Ison, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1).
- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M., & Ison, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 17-26.
- Casari, L., Assennato, F., & Grzona, S. (2017). Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en autismo.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., & Maristany, M. (2017). Funciones del Estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 07-17.
- Case, P. W., & McMinn, M. R. (2001). Spiritual coping and well-functioning among psychologists. *Journal of Psychology and Theology*, 29(1), 29-40.
- Cassaretto, M. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, h. (2008). Evaluación del Estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 5-13.
- Castaño, E. F., & del Barco, B. L. (2010). Estrategias de Afrontamiento del estrés y Estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.
- Castresana, C. D. L. C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(2), 107-113.
- Castro-Solano, A. (2005). Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares. Motivación, valores y liderazgo. Bs. As.: Paidós
- Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de Afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 6(1), 25 – 49.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., & Usandivaras, I. (2007). La persona del

- médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(3), 236-240.
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del Estilo terapéutico* (Vol. 90). Grupo Planeta (GBS).
- Ceberio, M. R. (2010). *La nave de los locos*. Teseo.
- Ceberio, M. R. (2021). ¿Y dónde está el encuadre? La terapia fuera de los límites del consultorio. *Revista REDES*, (42).
- Ceberio, M. R. (2021). Psicólogos en el frente: la atención durante la crisis del Covid-19. De las emociones tóxicas a la salud psicológica. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 21(1), 225-237.
- Ceslowitz, S.B. (1999). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.
- Chromechek, M. A., García, L. V., & Pagliardini, R. A. (2014). Estudio exploratorio del síndrome de Burnout en profesionales de Centros de Atención de las Adicciones de Región Sanitaria VIII (Doctoral dissertation).
- Chwalisz, K., Altmaier, E. M. y Russell, D. W. (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 377-400.
- Cibanal, J. L., González, J. S., Sánchez, M. D. C. A., Santamaría, J. M. D., Moreno, M. F. V., & Bravo, E. M. G. (2001). La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (10), 88-99.
- Cirillo, S., Berrini, R., & Cambiaso, G. (1999). *La familia del toxicodependiente* (Vol. 77). Grupo Planeta (GBS).
- Cofer, C.H. & Appley, M.H. (1964) *Motivation: Theory and Research* (New York, John Wiley).
- Cox, T. (1978) *Stress* (London, Macmillan).
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery.
- Colao-Vitolo, N. (2006). *Coping and bereaved psychologists: Impact on the psychotherapy process*. California Institute of Integral Studies.

- Colletti, M. (1999) El problema de las emociones en la psicoterapia de las dependencias toxicas: las del operador. Centro provincial de drogodependencias de Cadiz. VI encuentro Nacional de drogadependencias y su enfoque comunitario. Cadiz. Exma. Diputación de Cadiz.
- Commission, I. T. (20 de 02 de 2015). ITC. Recuperado de [https://www.intestcom.org/\\_guidelines/guidelines/users/control.html](https://www.intestcom.org/_guidelines/guidelines/users/control.html)
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological bulletin*, 101(3), 393.
- Corbella, S. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Editorial Visión Libros.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Editorial Visión Libros.
- Corbella, S. y Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp. 299-340). Barcelona: Edebe.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo Personal del terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28,(2), 125-133.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, h., Saúl Gutiérrez, L. A., García, F. y Botella García del Cid, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de psicología*, 26 (2), 281-289.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., García, F., y Botella, L. (2008). Estilo Personal del Terapeuta y Dirección de Intereses. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 281-289.
- Corrales, F. A., Valdes, B. C., Kienhelger, L. H., & Hernández, J. S. (2012). Relaciones estructurales entre Estrategias de Afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas psicológica*, 11(1), 197-206.
- Costa, P. T., Jr., Zonderman, A. B., & McCrae, R. R. (1991) *Personality, defense, coping, and adaptation in older adulthood. Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, England: Lawrence Erlbaum Associates.

- Covolan, M.A. (1996). Stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas suas fontes e as estratégias para controlá-lo. In: M. Lipp (org), Pesquisas sobre estresse no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. (pp. 225- 240). Campinas: Papirus.
- Coyne, J. C., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of abnormal psychology*, 90(5), 439.
- Cramer, P. (1979). Defense Mechanisms in Adolescence. *Developmental Psychology*, 15(4), 476.
- Cramer, P. (1987). The development of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 55(4), 597- 614.
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal of Personality*, 66(6), 919-946.
- Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
- Cramer, P., & Brilliant, M. A. (2001). Defense use and defense understanding in children. *Journal of Personality*, 69(2), 297-322.
- Cray, C. y Cray, M. (1977). Stress and reward within the psychiatrists' family. *The American Journal of Psychoanalysis*, 37, n.4, 337-341.
- Crespo, M. & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.
- Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10(1), 35-42.
- da Silva Oliveira, M., Nunes, M. L. T., Alvarez, H. F., & Garcia, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico*, 37(3), 8.
- da Silva Veloso, R. S. (2020). Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19. (Tesis de Maestría)
- Danieli, Y. (1984). Psychotherapist's participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic psychology*, 1(1), 23.
- Dare, C. (1997). The experience of being a psychotherapist. In.: Varma, Ved P.(ed.)
- David, J. P., & Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of Big Five traits and problem appraisals. *Journal of personality*.

- de Carvalho, H. M., Corbella, S., & Matos, P. M. (2011). Análisis Factorial Confirmatorio de la Versión Corta Portuguesa del Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 91-102.
- Del Aguila Sangama, K., Freyre Flores, J. O., & Coral Lazo, N. J. (2020). Estilos de Afrontamiento y Burnout en tiempo del covid-19 en el personal de Salud de Yurimaguas.
- del Valle, R. D. D., & Vidal, A. F. (2007). Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 33(2), 58-64.
- Deutsch, C. J. (1984) Self-reported sources of stress among psychotherapists, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 15(6), , 833-845.
- Deutsch, C.J. (1985). A survey of therapists' personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 305-315
- Díaz Martín, Y. (2010). Estrés académico y Afrontamiento en estudiantes de medicina. *Revista Humanidades Medicas*, 10(1), 0-0.
- Doolittle, B. R. (2007). Burnout and coping among parish-based clergy. *Mental Health, Religion and Culture*, 10, 31–38
- Durao, MA (2017). El uso de tecnología y la persona del terapeuta en psicoterapia. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Durruty Bostelmann, P. (2005). Ejes de autocuidado para el psicoterapeuta orientado a la prevención del síndrome de Burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1994). Personal, situational, and contextual correlates of coping in adolescence. *Journal of research on Adolescence*, 4(1), 99-125.
- Ebling, M., & Carlotto, M. S. (2012). A síndrome de burnout e fatores associados entre os profissionais de saúde de um hospital público. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(2), 93-100.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about Burnout: How organization cause, personal stress and what to do about it* San Francisco: Jossey-Bass.
- Eckenrode, J. (Ed.) (1991): *The social context of coping*. Nueva York: Plenum Press.

- Edwards, J.R. y O'Neill, R.M. (1998). The construct validity of the scores of the ways of coping questionnaire: Confirmatory analysis of alternative factor structures. *Educational and Psychological Measurement, 58*, 955-983.
- Einarsen, S., Matthiesen, S., & Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health and Safety Australia and New Zealand, 14*, 563-568.
- Elkin, A.J., & Rosch, P.J. (1990). The personenvironment fit approach to stress, recurring problems, and some suggested solutions. *Journal of organizational behavior, 11*, 293- 307
- Emery, S., Wade, T. D., & McLean, S. (2009). Associations among therapist beliefs, personal resources and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change, 26*(2), 83.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues. *Stress Medicine, 6*: 243-248.
- Erikson, K. (1976) Everything in its path. New York: Touchstone.
- Falgueras, M. V., Munoz, C. C., Pernas, F. O., Sureda, J. C., López, M. P. G., & Miralles, J. D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria, 47*(1), 25-31.
- Farber, B. A. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist, 38*, 10-13.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional psychology, 13*(2), 293.
- Faúndez, V., Wilke, C., & Miranda, L., Lavarello-Salinas, J, (2013). Estudios sobre Burnout y Carga Mental en Conductores del Transporte Público de Chile (Transantiago). *Ciencia & trabajo, 15*. 173-178. 10.4067/S0718-24492013000300011.
- Faulk, K. E., Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2013). Coping profiles characterize individual flourishing, languishing, and depression. *Anxiety, Stress & Coping, 26*(4), 378-390.
- Fernández, J., & Barajas, G. (2004). El docente universitario. Retos y perspectivas en los inicios del siglo XXI Congreso Internacional de Investigación Educativa. Recuperado el 30 de marzo de 2008, en

<http://www.inie.ucr.ac.cr/congreso/memoria/archivos/ponencias/jorgefernandez2.pdf>

- Fernández Liporace, M., Contini de González, N., Ongarato, P., Saavedra, E., & Iglesia, G. D. L. (2009). Estrategias de Afrontamiento frente a problemas académicos en estudiantes medios y universitarios. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(27), 63-84.
- Fernández, M. B. E., & Luis, M. A. V. (2013). Perceptions of the therapeutic relationship from caring professionals in therapeutic communities/El relacionamiento terapéutico percibido por profesional que otorga cuidados en comunidades terapéuticas/A relacao terapeutica na percepcao do profissional que ministra cuidados em comunidades terapeuticas. *Enfermagem Uerj*, 21(3), 312-318.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). *Psicología General [2]: Motivación y Emoción* (Vol. 2). Editorial Ramon Areces.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). Características personales del psicoterapeuta. Colección de trabajos distinguidos. Serie Psiquiatría, 1(4), 141-142.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella, S. (2000). Estilos personales en terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos. Trabajo presentado en el II Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia. Gramada, Brasil.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125. doi: 10.1002/ cpp.358
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125. doi: 10.1002/ cpp.358
- Ferrán, M. B., & Trigo, S. B. (2020). Cuidar Al Que Cuida: El Impacto Emocional De La Epidemia De Coronavirus En Las Enfermeras Y Otros Profesionales De La Salud. *Enfermería Clínica*.
- Ferreira, P. (2019) *Estilo Personal del Terapeuta, en terapeutas que desempeñan la profesión en Uruguay, con distintos grados de experiencia y que adscriben a dos orientaciones teórico-técnicas (Psicoanalítica-Cognitiva)*. (Tesis de Maestría). Universidad

Católica del Uruguay. Montevideo

- Fessell, D., & Cherniss, C. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *Journal of the American College of Radiology*, 17(6), 746–748.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social science & medicine*, 18(10), 889-898.
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos* (Vol. 132). Grupo Planeta (GBS).
- Figley, C. R. (Ed.) (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*.
- Fleishman, J. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of Health and Social Behavior* 25 (2), 229-244
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (p. 460). New York: Springer Publishing Company.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1985). *Methodological issues in stress research*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 745-774.
- Forney, D.S., Wallace-Schutzman, F., y Wigers, T. (1982). Burnout among career development professionals: preliminary findings and implications. *Personnel and Guidance Journal*, 60, 435-439.
- Francis, L. J., Turton, D. W., & Loudon, S. H. (2007). Dogs, cats and Catholic parochial clergy in England and Wales: Exploring the relationship between companion animals and work-related psychological health. *Mental Health, Religion and Culture*, 10, 47–60.
- French J., Rodgers W, Cobb S. 1974. Adjustment as person-environment fit. In: Coelho GV, Hamburg DA, Adams JE, eds. *Coping and adjustment*. New York: Basic Books. p. 316-33.
- Freud, A. (1937). The ego and the mechanisms of defence. [International Psycho-Analytical Library, No. 30].

- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J., & North, G. (1985). *Women's burnout*. Doubleday.
- Frydenberg, E. (1999). *Adolescent coping*. London: Routledge.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian psychologist*, 29(1), 45-48.
- Fundación para la prevención de riesgos psicolaborales - ugt (2006). *Guía: Sobre el Síndrome del Quemado*.
- Galor, S., & Hentschel, U. (2013). El uso de los mecanismos de defensa como herramientas de Afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos y con TEPT. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17(1).
- García, H. D., Fantin, M. B., & Pardo, A. Y. (2016). Estrategias de afrontamiento al estrés en aspirantes a Policía de la ciudad de San Luis. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 8(1), 23-34.
- García, A. J. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista Salud Uis*, 52(4), 432-439.
- García, F. & Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(II), 121-128.
- García, K. P. V., González-Tovar, J., Montaña, A. H., & Loyo, L. M. S. (2020). Regulación emocional, autocuidado y burnout en psicólogos clínicos ante el trabajo en casa por confinamiento debido al COVID-19. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 10(1), 6430-6430.
- García Rizzo, C. (2008). *Estudio piloto sobre el vínculo entre el Estilo Personal del Terapeuta, la alianza terapéutica y las características psicopatológicas del paciente* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología).
- García Barquero, I., Gálvez Herrer, M., & Rodríguez Muñoz, A. (2009). Calidad de vida profesional y burnout en técnicos de drogodependencias: análisis comparativo con otros grupos profesionales. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 55(217), 12-26.

- Genise, G. (2015). Relación entre el Estilo personal del terapeuta, Estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15(1), 9-22.
- Genise, S. & García, F. (octubre, 2016). *Estudio de correlación entre el EPT, Estilo de apego adulto y factores de personalidad*. Presentación realizada en el 2° Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Gerber, O., & Hoelson, C. N. (2011). Curiosity and coping with uncertainty among psychologists-in-training. *New Voices in Psychology*, 7(1), 3-18.
- Giberti, E. (2001): “Atención a niños y niñas víctimas: El efecto Burn- Out en los profesionales”, en “Maltrato Infantil; riesgos del compromiso profesional” Ed. Universidad.
- Gil-Monte, P.; Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1995): “A Causal Model of Burnout Process Development: An Alternative to Golembiewski and Leiter Models”, trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional, Győr, Hungría
- Gil-Monte, P. R., & Silla, J. M. P. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Interacao Psy*, 1(1), 19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología científica. com*.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. M. (2004). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis. *Juárez A. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. Cienc. Trab*,6(14), 189-196.
- Golembiewski, R. T., Hilles, R., & Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and worksite features. *Journul of Applied Behavioral Science*, 23, 295-314.
- González, M. E. (2016). La expansión del psicoanálisis en la universidad argentina desde

- mediados del siglo XX: un estudio historiográfico. *Tesis Psicológica*, 11(1), 116-133.
- Gómez, B., García, F., Casteñeiras, C., Rial, V. y FernándezÁlvarez, H. (2007). The Aigle program: Advancements in the Confirmatory Factor Analysis of the Assessment Questionnaire on the Personal Style of the TherapistPST-Q. 38th Annual Meeting of S.P.R: Madison, Wisconsin, USA.
- Gopal, R., Glasheen, J. J., Miyoshi, T. J., & Prochazka, A. V. (2005). Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), 2595-2600.
- Gottlieb, B. H. (1997). Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In *Coping with chronic stress* (pp. 3-40). Springer, Boston, MA.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., y Braga, F. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació Psicológica*, 91-92, 64-79.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Grau, A., Suñer, R., García, M.M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 463-470.
- Greben, S.E. (1975). Some difficulties and satisfactions inherent in the practice of psychoanalysis. *Int. Journal Psycho-Analy - sis*, 56, 427-433.
- Greene, G. (2010). *A burnt out case*. Random House.
- Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (2001). Editorial introduction downsizing and restructuring: Implications for stress and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 1-13.
- Grigsby, M. L. (2015). Personality, coping, and burnout in online doctoral psychology students. College of Social and Behavioral Sciences, Walden University
- Grinker, R. R., & Spiegel, J. P. (1945). War neuroses.
- Gritti, A., Salvati, T., Russo, K., & Catone, G. (2020). COVID-19 pandemic: a note for psychiatrists and psychologists. *Journal of Psychosocial Systems*, 4(1), 63-77.

- Guajardo, H. y Kushner, D. (2004). Psicoterapia Integrativa en Trastornos Adictivos. En Héctor Fernández Álvarez y Roberto Opazo Castro (Comps.) *La Integración en Psicoterapia* (pp.315-351). Barcelona: Paidós.
- Guarino, L., Sojo, V., & Bethelmy, L. (2007). Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del cuestionario de estilos de Afrontamiento. (Coping Style Questionnaire, CSQ). *Psicología Conductual*, 15(2), 173-189.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. & Knebel, A. (2001). Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 335-341.
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 48.
- Guy, J.D. y Liaboe, G.P. (1986). The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists' interpersonal functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 111-114.
- Haan, N. (1963). Proposed model of ego functioning: Coping and defense mechanisms in relationship to I.Q. change. *Psychological Monographs*, 77, 1-23.
- Haan, N. (1965). Coping and defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 373-378.
- Haan, N. (1969). A tripartite model of ego functioning values and clinical and research applications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 14-30.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New York: Academic Press.
- Haan, N. (1985). Processes of moral development: Cognitive or social disequilibrium? *Developmental Psychology*, 21, 996-1006.
- Haan, N. (1986). Systematic variability in the quality of moral action, as defined in two formulations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1271-128
- Hermosa Bosano, C. A. (2010). *Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica* (Bachelor's thesis, Quito: USFQ).
- Hernández, A. (1991). *Estrés en la familia colombiana: tensiones típicas y estrategias de afrontamiento*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

- Hernández Figaredo, P., García Gutiérrez, L., & Clavijo Portieles, A. (2004). Estilos de Afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC). *Psiquiatría. com*, 8(4).
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. P. (1991). Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. *Metodología de la investigación. México. Mc Graw-Hill Interamericana Editores*, 57-73.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación (5 ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace.
- Iglesias, M. E. L., de Bengoa Vallejo, R. B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(1), 30-37.
- Iglesias, E. B., & Tomás, M. T. C. (Eds.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Instituto Nacional de Salud Mental, Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. (2007). *Anales de Salud Mental* 23 (1 – 2). Lima.
- Intxusta, G. R. (2001). Atención a drogodependientes con hijos (en centros residenciales). *Revista Proyecto n°*, 39, 18-24.
- Intxusta, G. R. (2008). El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención. *COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO*.
- Izquierdo-Sotorrío, E. (2011). Los mecanismos de defensa desde la perspectiva de género y su impacto sobre la salud.
- Jacoby, L. L., Toth, J. P., Lindsay, D. S., & Debner, J. A. (1992). Lecture
- Janis, I. L. (1958). *Psychological Stress*. Wiley: New York.
- Jaoul, G., Kovess, V. y Mugen, F. S. P. (2004). Le burnout dans la profession enseignante. *Annales Medic-Psychologiques*, 162, 26-35.
- Jenkins, Sh. R. y Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423-432.

- Jiménez, B. M., Hernández, E. G., Benevides-Pereira, A. M., & Herrer, M. G. (2003). Estudios transculturales del burnout: los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de psicología*, 12, 9-18.
- Jiménez, B. M., Lara, R. M. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., & Loo, M. M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.
- Jiménez, B. M., Natera, N. I. M., Muñoz, A. R., & Benadero, M. E. M. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 413-418.
- Jiménez, B. M., Lara, R. M. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., & Loo, M. M. M. (2014). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.
- Johnson, J., Corker, C., & O'Connor, D. B. (2020). Burnout in psychological therapists: A cross-sectional study investigating the role of supervisory relationship quality. *Clinical Psychologist*, 24(3), 223-235.
- Jordaan, I., Spangenberg, J. J., Watson, M. B., & Fouchè, P. (2007). Emotional stress and coping strategies in South African clinical and counselling psychologists. *South African Journal of Psychology*, 37(4), 835-855.
- Joseph, E., Corveleyn, J., Luyten, P., & De Witte, H. (2010). Does commitment to celibacy lead to burnout or enhance engagement? A study among the Indian Catholic clergy. *European Journal of Mental Health*, 5(2), 187-204.
- Kadambi, M. A. y Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, 9, 216-230.
- Kerman, B. (2014). Nuevas ciencias de la conducta. *Editorial Uflo, Buenos Aires, Argentina, sd.*
- Kertész, R., & Lopez Alonso, A. (2007). El enfoque científico en la psicoterapia. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1-11.
- Kop, N., Euwema, M., & Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers. *Work & stress*, 13(4), 326-340.

- Kundera, M. (1992). *La insoportable levedad del ser*. RBA.
- Labiano, L. M., & Correché, M. S. (2002). Afrontamiento del estrés. "Revista argentina de clínica psicológica", 105-112.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
- Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner- Mazel.
- Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 377.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *Evaluación, Afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In *Perspectives in Interactional Psychology* ed. L. A. Pervin, M. Lewis, 287-327. New York: Plenum
- Lazarus, R.S. (1986). *The psychology of stress and coping*. Washington DC: Hemisphere.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Leahey, E. (2005). Alphas and asterisks: The development of statistical significance testing standards in sociology. *Social Forces*, 84(1), 1-24.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational behavior and human decision processes*, 54(3), 369-398.
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1993) A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54,

369–98.

Lee-Baggley & Preece (2005) consideran que la elección de la Estrategia a utilizar depende de por la evaluación cognitiva, el control percibido, las emocionales y la activación fisiológica

Lee-Baggley, D., Preece, M., & DeLongis, A. (2005). Coping with interpersonal stress: Role of Big Five traits. *Journal of personality*, 73(5), 1141-1180.

Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252.

Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252.

Lee, J.; Lim, Nayoung; Y.E; Lee, S.M. (2011) Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 42(3), 252-258.

Leiter, M.P. & Maslach C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL, Ganster DC, eds. *Research in occupational stress and well-being*. Oxford: Elsevier. p. 91-134.

Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: A study of a multidisciplinary mental health team. *Group & organization studies*, 13(1), 111-128.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2000). Burnout and health. *Handbook of health psychology*, 415-426.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. John Wiley & Sons.

Leiter, M. P., & Meechan, K. A. (1986). Role structure and burnout in the field of human services. *The Journal of applied behavioral science*, 22(1), 47-52.

Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, stress, and coping*, 9(3), 229-243.

Leiter, M.P. & Maslach, C. (1988) The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297–308.

- Leiter, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.
- Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
- León, V., Gómez, B., & Labourt, J. (2011). La alianza terapéutica. Paisajes de la Psicoterapia: Modelos Aplicaciones y Procedimientos. Buenos Aires. Editorial Polemos.
- Lester, D. (1989). Suicide among psychologists and proposal for the American Psychological Association. *Psychological Reports*, 64, n.2, 65-66
- Lewis, C. A., Turton, D. W., & Francis, L. J. (2007). Clergy work-related psychological health, stress, and burnout: An introduction to this special issue of Mental Health, Religion and Culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(1), 1-8.
- Ley nro. 26.657, Ley de Salud Mental. *Boletín Oficial de la República Argentina* (2010).
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 165-184.
- Lief, H.I. & Fox, R.C. (1963). Training for “detached concern” in medical students. En H.I. Lief, & N.R. Lief, (Eds.). *The psychological basis of medical practice*. New Cork: Harper y Row.
- Lifton, R. J. (1968). *Death in life-The survivors of Hiroshima*. London: Weidenseld Nicolson.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT? Skills Training Handouts and Worksheets*. Guilford Publications
- Lipowski, J. (1970). Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiatry Medicine*, 1, 91-102.
- Litvinoff, N., y Gomel, S. (1975). *El psicólogo y su profesión*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18
- Lo Fiego, C.A. (2013) Nivel de Burnout en terapeutas que atienden pacientes con diagnóstico de TLP. Tesis de Grado. Universidad de Palermo.
- López, H. (2009). Incidencia del síndrome de burnout en sacerdotes católicos latinoamericanos y su relación con la inteligencia emocional (Tesis doctoral,

- Universidad de Salamanca). *Recuperada de [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10, 366\(76474\), 1](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10.366(76474), 1)*.
- López, J., Fernández, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction Treatment Dropout: Exploring Patients' Characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21, 78-85.
- Lorenzo, V. (2014). Estilo personal de terapeutas que trabajan en ámbitos públicos, privados o autónomos. Tesina de Licenciatura en Psicología (inédita). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- Lutzky, S. M., & Knight, B. G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: the roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and aging*, 9(4), 513.
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Máculus, I. (2012). ¿Cuál es el rol del psicólogo en la problemática de la drogodependencia. *RA Gómez y F. Serena (Comps.), Introducción al campo de las drogodependencias*, 169-181.
- McCrae, E. W.; Lambert, V. A.; Lambert, C. E. (1987). Work stress, hardness and burnout among hospital staff nurses. *Nurs Res.*, 36, 374-378.
- McGrath, J. E. (1970). *Social and psychological factors in stress*. Illinois university at urbana dept of psychology.
- Maín, V., Rondón, J., Tauber, L., Viñuela, M. y Zamponi, J. (2009). Creación de una escala-ESAPE para evaluar SDpE. (Artículo no publicado). Universidad Católica de Santa Fe, Secretaría de Ciencia y Técnica, Santa Fe, Argentina.
- Malecki, C. K. & Demaray, M. K. (2002). Measuring perceived social support: development of the child and adolescent social support scale (CASS). *Psychology in the Schools*, 39(1), 1-18.
- Maldonado, A. S., & Barquero, I. G. (2004). Estudio del Burnout en profesionales de drogodependencias. *Trastornos adictivos*, 6(1), 5-15.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. M., Buceta, C., ... & Widder, F. (2005). Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA). *Buenos Aires: UCES*.

- Malta, S., Hocking, J., Lyne, J., McGavin, D., Hunter, J., Bickerstaffe, A., & Temple-Smith, M. (2018). Do you talk to your older patients about sexual health?:'Health practitioners' knowledge of, and attitudes towards, management of sexual health among older Australians'. *Australian journal of general practice*, 47(11), 807-811.
- Manassero, M. A., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Fornés, J., & Fernández, M. (2003). Estrés y burnout en la enseñanza. Palma de Mallorca: Edicions UIB.
- Márquez, S. (2006). Estrategias de Afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 359-378.
- Marthínez Lupera, H. O., & Guerrón Guaigua, M. R. (2020). Agotamiento emocional en psicólogos de la UJVP de la FGE.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 37, 20-21.
- Maser, J. D., & Cloninger, C. R. (1990). Comorbidity of anxiety and mood disorders: introduction and overview. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*, 3-12.
- Maslach C, Jackson SE. (1981) Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual. Third Edition, Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Hum behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1982) Burnout: a social psychological analysis. In J.W. Jones (ed.) *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions*. Park Ridge, IL: London House, pp. 30–53.
- Maslach, C. (1993) Burnout: a multidimensional perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 19–32.
- Maslach, C. (1996). Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). Palo Alto. Consulting Psychologists Press
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, 607-611

- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*, 12(7-8), 837-851.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about Burnout: How organization cause, personal stress and what to do about it San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52(1), 397-422. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mattlin, J.A., Wethington, E., & Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- Maunder, R. (2005). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: Lessons learned. In W. R. McLean AR, May RM, Pattison J (Ed.), *SARS: a case study in emerging infections* (Oxford Uni, pp. 96– 106). McLean AR, May RM, Pattison J, Weiss RA. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1483>
- McCrary, B. S. (2008). Facilitando el cambio en personas con trastorno por uso de sustancias ¿Qué nos dicen las investigaciones? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 103-112.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 919.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press.
- McCrae EW, Lambert VA, Lambert CE. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nurs Res*. 1987;33:374-8.
- McCranie, E. W., Lambert, V. A. y Lambert, C. E. (1987). Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36, 374- 378.
- McCubbin H. I. & Patterson J. (1982) Family member well-being scale. In: *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation-Inventories for Research and Practice* (eds H. I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. McCubbin), pp. 753–82.

- University of Wisconsin System, Madison, WI, USA.
- McCubbin M. A. & McCubbin H. I. (1993) Families coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In: *Families, Health, & Illness: Perspectives of Coping and Intervention* (eds C. Danielson, B. Hamell-Bissell & P. Winstead-Fry), pp. 21–63. Mosby Publishing Company, St. Louis, MO, USA.
- McNair, D. M., & Lorr, M. (1964). An analysis of professed psychotherapeutic techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 28(3), 265-271.
- Mechanic, D. (1978). *Students Under Stress: A Study in the social psychology of adaptation*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Menninger, K. (1954). Regulatory devices of the ego under major stress. *International Journal of Psycho-Analysis*, 35, 412-420.
- Mikulic, I. M, y Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuesta de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *XV Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires, 2, pp.305 - 312.
- Miller, P. G., & Miller, W. R. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction*, 104, 685-686.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In *Handbook of clinical health psychology* (pp. 1-27). Springer, Boston, MA.
- Miner, M. H. (2007a). Changes in burnout over the first 12 months in ministry: Links with orientation to ministry. *Mental Health, Religion and Culture*, 10, 9–16.
- Miner, M. H. (2007b). Burnout in the first year of ministry: Personality and belief style as important predictors. *Mental Health, Religion and Culture*, 10, 17–29.
- Molina Linde, J. M., & Avalos Martínez, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1 (1).
- Monat, A., Lazarus, R. S. & Reevy, G. (2007). *The Praeger handbook on stress and coping*. Westport, CT, USA: Praeger/Greenwood.
- Montemurro, N. (2020). The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 23–24.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.032>
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/*

- International Journal Clinical Health Psychology, 2, 503-508.
- Montorio, I., Yanguas, J., & Veiga, P. D. (1999). Capítulo 6: El cuidado del anciano en el ámbito familiar. In *Gerontología conductual: intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 141-158).
- Moos, R. H. (1981a). Coping with acute health crises. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of health care clinical psychology* (pp. 129-151). New York: Plenum Press.
- Moos, R. H. (1981b). *Work Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Moos, R. H. (2002). Invited address: the mystery of human context and coping: an unraveling of clues. *American journal of community psychology*, 30(1), 67-88.
- Moos, R. & Holahan CJ (2003). Disposicional and contextual perspectivas on doping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Moos, R. y Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En L Golberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Kree Press, 234-57.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa, E. & Morante, M.E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En M. Martínez, (Comp.): *Quemarse en el trabajo (burnout)*. 11 perspectivas del burnout (pp. 161-182). Zaragoza: Egido Editorial, S.L.
- Moreno, M. P., Beltrán, C. A., Rdz, M. G. A., Eduardo, E., Salinas, F., & Radillo, E. P. (2006). Factores psicosociales y Burnout en docentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. *Investigación en salud*, 8(3), 173-177.
- Morgantini, L., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*, 15(9), e0238217.
- Moro, M., Canay, P., Brasesco, M., Rosendo, E., & Cadenas, N. (2017). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas Argentina Informe de Resultados N° 1. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar).

- Moura de Carvalho, H. (2019). Confirmatory factor analysis of the Portuguese brief version of the Personal Style of the Therapist Questionnaire (PST-Q).
- Muñoz Razo, C. (1998). Como elaborar y asesorar una investigación de tesis Primera edición.
- Murtagh, M. P., & Wollersheim, J. P. (1997). Effects of clinical practice on psychologists: Treating depressed clients, perceived stress, and ways of coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 361.
- Mussi, C. (Ed.) (2006). Entrenamiento en habilidades terapéuticas. Cómo mejorar los resultados en psicoterapia. Misiones: edición del autor.
- Muller, F., Oberholzer, N., Iglesias, M.P., Flores, M.L. y Bugiolochi, T. (2004). Modelos Teóricos y Practica Clínica en Argentina: Psicoterapia en las Provincias. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(3), 57-76.
- Muller, F. J., Zammito, V., Oberholzer, N., & Iglesias, M. (2008). Psicoterapia e integracionismo teórico: Los psicoterapeutas argentinos.
- Myers, D., y Sigaloff, P. (2005). *Psicología* (7a. ed). Madrid, España: Médica Panamericana  
 Recuperado de [http://books.google.com.pe/books?id=I\\_OkN3KLPsAC&dq=aduldez&hl=es&source=gs\\_navlinks\\_s](http://books.google.com.pe/books?id=I_OkN3KLPsAC&dq=aduldez&hl=es&source=gs_navlinks_s)
- Nabitz, U., Zwijnenburg, W., & van der Voet, S. (2000). Job satisfaction of the personnel of the addiction center Jellinek. Amsterdam: Registrar of Alcohol, Drugs and Tobacco research, Netherland.
- Naisberg-Fennig, S., Fennig, S., Keinan, G., & Elizur, A. (1991). Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists. *Stress medicine*, 7(4), 201-205.
- Nájera Fon Fay, M. A. (2021). *Síndrome de Burnout en el personal de salud que atiende en el Centro de Especialización de Tratamiento a Personas con Consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) Libertad, en el periodo mayo a septiembre 2020* (Bachelor's thesis).
- NIDA National Institute of Drug Addiction (2010). Enfoques de tratamiento para la drogadicción. New York: NIDA InfoFacts.
- Neira, M. D. C. (2004). Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los

- profesionales de la salud. Buenos Aires: Gambacop
- Nishiyama, Katsuo y Johnson, Jeffrey V. (1997). Karoshi-Death from Overwork: Occupational health consequences of the Japanese production management” en International Journal of Health Services.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1986). Self-change of psychological distress: Laypersons' vs. psychologists' coping strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 42(5), 834-840.
- Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2011). Values and psychological acceptance as correlates of burnout in support staff working with adults with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4(2), 79-89.
- Núñez, M. S. (2020) El síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con la percepción de autoeficacia estudio de una unidad hospitalaria de la ciudad de posadas Tesis de grado. Universidad Católica de Misiones.
- Oblitas, L. (2004.). Psicología de la salud y calidad de vida. Thompson: España.
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (2006) Guía sobre el síndrome del quemado (Burnout). Comisión ejecutiva confederal de UGT: Madrid.
- Olabarria, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: Cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(1), 1-14.
- Olivar C, González S, Martínez M.M. (1999) Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 99;24:352.
- Olmedo, E., Ibáñez, I. y Hernández, G. L. (2001a). Validación estructural del Ways of Coping Questionnaire de Lazarus y Folkman: un análisis factorial restrictivo. *Ansiedad y Estrés*, 7, 15-28.
- Olson, D. H., & McCubbin, H. I. (1982). Circumplex model of marital and family systems. V. Application to family stress and crisis intervention. *Family stress, coping and social support/edited by Hamilton McCubbin, A. Elizabeth Cauble, Joan M. Patterson*.
- Olson, D. H. (2011). *Marriage and families: Intimacy, diversity, and strengths* (11th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y coping: Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los*

- niveles biológico y psicológico. In *Stress y coping: las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico* (pp. 190-p).
- Opazo, R. (2001) Fuerzas de cambio en psicoterapia. Un modelo integrativo. *Psicoterapia Integrativa*. Delimitación Clínica. Chile: ICPSI.
- Oravec, R., & Moore, M. M. (2006). Recognition of suicide risk according to the characteristics of the suicide process. *Death studies*, 30(3), 269-279.
- Ordenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 449-454.
- Orlinsky, D. E., Lundy, M., Howard, K. I., Davidson, C. V., & O'Mahoney, M. T. (1987). The therapeutic procedures inventory. *Chicago: Northwestern University Medical School*.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. Nocheinmal. En A. B. Bergin, & S. L., Garfield (Eds), *handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed.) (pp. 270–376). New york: Wiley.
- Ortiz-Fune, C., Kanter, J. W., & Arias, M. F. (2020). Burnout in mental health professionals: the roles of psychological flexibility, awareness, courage, and love. *Clinical and Health*, 31(2), 85-90.
- Osipow, S.H. y Davis, A.S. (1988). The relationship of coping resources to occupational stress and strain. *Journal of Vocational Behavior*, 32, 1-15.
- Otero, B. G. I., Grajeda, G. G., Canto, V. B., Venegas, J. M., & Luque, C. M. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23(2), 217-226.
- Palma, E. M. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Questionário Reduzido do Estilo Pessoal do Terapeuta: evidências de validade. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 15(3), 298-307.
- Parasuraman, S. y Cleek, M.A. (1984). Coping behaviors and managers affective reactions to role stressors. *Journal of Vocational Behavior*, 24, 179-193.
- Paris, L., & Omar, A. (2009). Estrategias de Afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Park, C. & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1 (2), 115-144
- Parkes, K.R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: Additive and

- interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75, 399-409.
- Parkridge, IL: London House Press. Ramos, F. (1999). El síndrome de burnout. Madrid: UNED-Klinik.
- Parra Sinchi, J. C. (2020). *Síndrome de Burnout y relación con los factores sociodemográficos y laborales en profesionales de la salud en una clínica privada de la ciudad de Cuenca en el contexto con la emergencia sanitaria por covid-19* (Master's thesis, Universidad del Azuay).
- Párraga, J. (2005). Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. *Trabajo de Doctorado Publicado de Psicología y Sociología de la Educación. Universidad de Extremadura. España.*
- Pawlowicz, M. P. (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Revista Voces en el Fenix*, (42).
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior* 19, 2-21.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y modificación de conducta*, 18(58), 167-201.
- Pelechano, V., Matud, P. & de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(63), 91-149.
- Pelechano, V. (1993). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes renales terminales: Planteamiento y primeros resultados. *Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad. Servicio Editorial Universidad del País Vasco.*
- Pelechano, V. (1994). Assessment of interpersonal skills across the life-span. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée.*
- Pelechano, V. (1999). Habilidades interpersonales: Antecedentes, sentido y operacionalización. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(100), 171-195.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Peña Delgado, J. I. (1998). Investigación. Burnout en drogodependencias. Estudio en los profesionales de Proyecto Hombre. Proyecto Hombre: Revista Trimestral de la Asociación Proyecto Hombre, (27), 8-12.

- Pérez, E. P., García, C. P., Roibas, A. L., Maldonado, A. S., & Barquero, I. G. (2004). Estudio del burnout en profesionales de drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 6(1), 5-15.
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 4.
- Perron, B. E. y Hiltz, B. S. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23, 216-234.
- Perusso, M. M., Wagner, M. F., Miguel, A., & Fernandes, R. (2006). Adaptação brasileira da escala Estilo pessoal do terapeuta. Salão de iniciação Científica (18.: 2006: Porto Alegre, RS). Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2006.
- Pines A.M. (1996). *Couple burnout*. NY: Routledge.
- Pines, A. y Kafry, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrom* (pp.391-410). Parkridge, IL: London House Press.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: from Tedium to Personal Growth*. New York Free Press.
- Pines, A. M. (1993). *Burnout*.
- Piñuel I. (2001): *Mobbing, Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae.
- Pope, C. A., Thun, M. J., Namboodiri, M. M., Dockery, D. W., Evans, J. S., Speizer, F. E., & Heath, C. W. (1995). Particulate air pollution as a predictor of mortality in a prospective study of US adults. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 151(3), 669-674.
- Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27.
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuadernos de medicina forense*, 21(3-4), 96-104.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F., &

- Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3).
- Premat, S. (6 de marzo de 2010). Seis de cada diez estudiantes en la universidad son mujeres. *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1240342-seis-de-cada-diez-estudiantes-en-la-universidad-son-mujeres>
- Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. (2002) Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002;29:294-302.)
- Puhl, S. M., Sarmiento, A. J., Izcurdia, M., Siderakis, M., & Oteyza, G. R. (2010). Las conductas transgresoras en adolescentes en conflicto con la ley penal y su relación con los vínculos tempranos. In II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Putrino N, Casari L, Mesurado B, y Etchevers M. (2019) Psychotherapists' emotional and physiological reactions toward patients with either borderline personality disorder or depression, *Psychotherapy Research*,
- Queirós, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Lozano, I. C., Castaño, Z., & Fernández, H. (2009). Estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de personas con VIH. *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. & González, J. (2005). Estrategias de Afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud* 7 (2), 112-116.
- Quiñones, A. T. Q., Ugarte, C., Ceric, F., García, F., & Santibañez, P. (2019). Estilo personal del terapeuta: comparación entre terapeutas cognitivos post-racionalistas y sistémicos. *Revista argentina de clínica psicológica*, 28(1), 48-55.
- Ramírez, L. C. B., Ortega, M. L. M., Villamizar, P. X. R., & Leiton, K. G. G. S. (2009). Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en docentes universitarios.

- Revista Iberoamericana de psicología*, 2(1), 21-30.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-Klinik.
- Ramos, F. (1999). El síndrome de burnout. Madrid: UNED-Klinik.
- Randall, K. J. (2007). Examining the relationship between burnout and age among Anglican clergy in England and Wales. *Mental Health, Religion and Culture*, 10, 39–46.
- Rao, K., & Mehrotra, S. (1998). Clinical psychologists in India: a time for reflection and action. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 124-35.
- Redondo, A. (2008). Psicopatología laboral: burnout. In Ponencia presentada en el XII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XIX Jornadas Nacionales de ADEIP. La Plata, Argentina.
- Rial, V., Castañeiras, C, García, F, Gómez, B. & Fernández-Álvarez, H. (2006) Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuanti y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(98), 191-208.
- Reichard, S. K., Livson, F., & Petersen, P. G. (1962). *Aging and personality: A study of eighty-seven older men*. Wiley.
- Richard, G.V. y Krieshock, T.S. (1989). Occupational stress, strain, and coping in university faculty. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 117-132.
- Ribé, J. M. (2012). ¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria. *Norte de Salud mental*, 10(44), 13-27.
- Rivera, B. R. G., Martínez, I. A. M., Lizárraga, R., & Rojas, A. A. G. (2011). Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en una Institución de Educación Superior Mexicana usando la escala de Maslach. Análisis de la Política Anti-Inflacionaria en México (2008-2009) de Acuerdo a un Estudio Econométrico, 67.
- Roberts, J. G., Browne, G., Streiner, D., Byrne, C., Brown, B., & Love, B. (1987). Analyses of coping responses and adjustment: stability of conclusions. *Nursing Research*.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Ramírez, J. A., Guevara Araiza, A., & Viramontes Anaya, E. (2017). Síndrome de burnout en docentes. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 8(14), 45-67.

- Rodríguez, F. J., Ramos, M. B., Pérez, S. I., García, L. R., & Diz, P. G. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 36(8), 442-447.
- Rodriguez, S. Y. S., & Carlotto, M. S. (2017). Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estudios de psicología (Campinas)*, 34(1), 141-150.
- Rodriguez, S. Y. S. (2015) Burnout em psicólogos: prevalência e fatores associados. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Psicologia).
- Rokach, A., & Boulazreg, S. (2020). The COVID-19 era: How therapists can diminish burnout symptoms through self-care. *Current Psychology*, 1-18.
- Romero, S. T. (2016) La comunidad terapéutica. México. Ediciones Corunda.
- Rondón, J.M., López Pell, A.F., Cellerino C. & Alfano, S.M (2010) Estudio predictivo sobre esquemas cognitivos y Estilos de Afrontamiento. II Congreso de Psicología del Desarrollo y Ciclo Vital
- Rosario, E., Millán, L. V. R., Madera, J. P., Rodríguez, M., & Cordero, A. (2016). Acoso psicológico en el ambiente laboral y el trastorno de estrés postraumático. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 28(2), 133-148.
- Rudolph, J. M., Stamm, B. H., & Stamm, H. E. (1997, November). Compassion fatigue: A concern for mental health policy, providers, and administration. In Poster at the 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, PQ, CA.
- Rueda Ruíz, M. B., & Aguado Díaz, A. L. (2012). Estrategias de Afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544.
- Rutledge, C. J., & Francis, L. J. (2004). Burnout among male Anglican parochial clergy in England: Testing a modified form of the Maslach Burnout Inventory. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 15(1), 71-93.
- Ryan-Wenger, N. M. (1990). Development and psychometric properties of the Schoolagers' Coping Strategies Inventory. *Nursing Research*.
- Salanova, M & Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiro, J. M., & Grau, R. (2000). Desde el

- ‘burnout’ al ‘engagement’: ¿una nueva perspectiva. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., & Jiménez, M. (1995). Trastornos psicósomáticos. En: Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F., (Eds.), *Manual de psicopatología*. Vol. 2. (pp. 402-69) Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.
- Santos, M. D. L. M., & Abalo, J. G. (2005). Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicología y Salud*, 15(1), 25-32.
- Saponaro, A., Ferri, M., Ventura, C., Carozza, M. P., Chiesa, S., Fioritti, A., ... & Ravani, C. (2020). Monitoraggio impatto pandemia COVID-19 sui Servizi di Salute mentale e dipendenze patologiche. *Sestante*, 10, 13-19.
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y. & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 359-365
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC press.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C. y Kadler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure”. *Psychological and Health*, 16, 565-582.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C. y Kadler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure”. *Psychological and Health*, 16, 565-582.
- Schaufeli, W., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing In MJ Schabracq. JA Winnubst & C.
- Schaufeli, W.B., Martínez, I., Marques Pinto, A. Salanova, M. & Bakker, A.B. (2002). «Burnout and engagement in university students: A cross national study». *Journal of Cross- Cultural Psychology* (33). 464-481.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 201-228.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current directions in psychological science*, 2(1), 26-30.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063.
- Sciberras, A., & Pilkington, L. (2018). The lived experience of psychologists working in mental health services: An exhausting and exasperating journey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(2), 151.
- Secord, P. & Backman, C. (1964). *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American psychologist*, 50(12), 965.
- Selye H. 1956. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye H. 1974. *Stress without distress*. New York: New American Library
- Selye, H. (1976). Stress without distress. In *Psychopathology of human adaptation* (pp. 137-146). Springer, Boston, MA.
- Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Butterworth-Heinemann.
- Semmer N. (1996). Individual differences, work stress, and health. In *Handbook of Work and*
- Senter, A., Morgan, R. D., Serna-McDonald, C., & Bewley, M. (2010). Correctional psychologist burnout, job satisfaction, and life satisfaction. *Psychological Services*, 7(3), 190.
- Senter, Aven; Morgan, Robert D.; Serna-McDonald, Catherine; Bewley, Marshall (2010) Correctional psychologist burnout, job satisfaction, and life satisfaction. *Psychological Services*, Vol 7(3), , 190-201.
- Shaw, S. C. K. (2020). Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 44, 102780.
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional psychology: Research and practice*, 29(1), 79.
- Siegrist J. 1996. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Occup Health*

- Psychol. 1:27-41.
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(1), 35-46.
- Snyder, C. R. (Ed.). (1999). *Coping: The psychology of what works*. Oxford University Press, USA.
- Smith, R. E. (1986). Towards a cognitive-affective model of athletic burnout. *Journal of Sport Psychology*, 8, 36-50.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Soler, J. K., Yaman, H., & Esteva, M. (2007). Burnout in European general practice and family medicine. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 35(8), 1149-1150.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de Afrontamiento en psicooncología. *Boletín de psicología*, 75, 73-85.
- Soucase-Lozano, B., Soriano-Pastor, J. F. y Monsalve-Dols, D. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 227-241.
- Stevanovic, P. & Rupert, P. A. (2004) Career-Sustaining Behaviors, Satisfaction, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 41(3), 301-309
- Steyer, R., Ferring, D., & Schmitt, M. J. (1992). States and traits in psychological assessment. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Steyer, R., Ferring, D., & Schmitt, M. J. (1992). On the definition of states and traits.
- Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 892.
- Strong, C. (1984): Stress and caring for elderly relatives: Interpretation and coping strategies in an American Indian and White sample. *The Gerontologist*, 24 (3), 251-256.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, 64(4), 711-735.

- te Brake, H., Bloemendal, E. y Hoogstraten, J. (2003). Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31, 321-327.
- Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *Jama*, 292(23), 2880-2889.
- Thorenson, R.W.; Nathan, P.E.; Skorina, J.K. y Kilburg, R.K. (1983). The alcoholic psychologist: issues, problems, and implications for the profession. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 677- 684.
- Thorton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology*, 126, 261-271.
- Turnbull, M. G., & Rhodes, P. (2019). Burnout and growth: Narratives of Australian psychologists. *Qualitative Psychology*.
- Universidad de Buenos Aires. Protocolo de atención para la consulta psicológica programada en Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el Marco de la pandemia por COVID-19. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2020.
- Ursin, H., Baade, E., Levine, S., (1978). *Psychobiology of Stress. A Study of Coping Men.* Academic Press, New York
- Ursin, H., Vaernes, R. J., Conway, T., Ryman, D., Vickers, R. R., Blanchard, D. C., & Blanchard, R. (1991). The relation between defence and overt aggression. *Quantification of Human Defence Mechanisms*, 222-237.
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to Life.* Boston, MA: Little, Brown and Co.
- Valdes, B. C., Austria-Corrales, F., Herrera-Kiengelher, L., Vázquez-García, J. C., Vega Valero, C. Z., & Salas-Hernández, J. (2010). Active coping strategies: a protective factor against burnout syndrome in health workers. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 69(3), 137-142.
- Valdivia H, Rojas F, Marín M, Montenegro J, León C, Yévenes R, Díaz V. (2012) Síndrome de Burnout en conductores de microbuses de la ciudad de Santiago de Chile, *Rev Chil Stud Med* 2012; 6(1):25-30.
- Valle, M.G. (2015). Sentido de vida y estrés laboral en trabajadores de la salud mental que asisten pacientes drogodependientes. Estrategias de Afrontamiento observadas. *European Scientific Journal*. May 2015 /SPECIAL/ edition Vol.2 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431

- Valliant, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Van Wijk, C. M. G., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social science & medicine*, 45(2), 231-246.
- Vázquez, G. L., & Gutierrez Saez, M. L. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta.
- Varma, V.P. (1997). *Stress in psychotherapists*. New York: Routledge.
- Vega, D. J. L. (2004). *Relaciones humanas y psicoterapia*. Daniel Jesús López Vega.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y Estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Vera Cano, C. S. (2018). Ansiedad rasgo-estado y Estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en Lima Metropolitana.
- Vides-Porras, A., Grazioso, M. & García de la Cadena, C. (2012). El Estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (1), 33-43.
- Viveros, G. R. O., & Herrera, M. E. O. (2013). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214.
- Vredenburg, L. D., Carozzi, A. F., & Stein, L. B. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics. *Counseling Psychology Quarterly*, 12(3), 293-302.
- Walster E, Berscheid E, Walster GW. 1973. New directions in equity research. *J Pers Soc Psychol*. 25:151-176.
- Wang, C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and as-sociated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J of Environ Res Public Health*. 2020; 17(5):1-25.
- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Doping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64(4), 737-774.
- Weisman, A.-Worden, J. (1977): *Coping and vulnerability in cancer patients: a research report*. Cambridge: Shea Nros.
- Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with*

- chronic stress (pp. 43-73). Nueva York: Plenum.
- Wiley DB. (1981). They used to call it depression; now it's know as "burnout". Philadelphia Bulletin; 26: 10-20. 21.
- Williamson, G. M., & Schulz, R. (1993). Coping with specific stressors in Alzheimer's disease caregiving. *The Gerontologist*, 33(6), 747-755.
- Wilson, A. N., Ravaldi, C., Scoullar, M. J. L., Vogel, J. P., Szabo, R. A., Fisher, J. R. W., & Homer, C. S. E. (2020). Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and Birth*, 33(3), 205–308.
- Winehouse, A (2006) Rehab. Back to black. [CD]. UK: Island Records
- Xiao C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)- related psycho-logical and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*. 2020; 17(2):175-176.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-1.
- Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426–436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>
- Yela, M. (1996). La evolución del conductismo. *Psicothema*, 8(Sup), 165-186.
- Zamora, G. L. H., Castejón, E. O., & Fernández, I. I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el Afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Martín, L. H., Calvo, B. F., Campos, F. R., & Castillo, I. C. (2006). Burnout, expectativas de control y Afrontamiento en un grupo de funcionarios de prisiones. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 155-164./10
- Zamora, G. L. H., Castejón, E. O., & Fernández, I. I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el Afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Zeidner, M., y Endler, N.S. (Ed.) (1996): Handbook of coping: Theory, research, applications. Nueva York: John Wiley & Sons.

Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W.,  
Zhu, S., Fan, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan:  
Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *MedRxiv*, 24, 1–11.  
<https://doi.org/10.1101/2020.02.20.20025338>

Zimbardo, P.G. (1970). The Human choice: Individuation, reason, and order versus  
individuation, impulse and chaos. En W.J. Arnold y D. Levine, (Eds.), *Nebraska  
Symposium of Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.