

Apuntes de Psicología  
2009, Vol. 27, número 2-3, págs. 517-537.  
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,  
Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y  
Universidad de Sevilla

# *Estudio del burnout entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial*

**Miguel GARRIDO FERNÁNDEZ**

*Universidad de Sevilla*

**Gonzalo DEL MORAL ARROYO**

*Psicólogo. Terapeuta Familiar*

**Estela GONZÁLEZ RAMÍREZ**

*Psicóloga. ETF Marbella (Málaga)*

**Ana María LÓPEZ JIMÉNEZ**

*Universidad de Sevilla*

## *Resumen*

Este trabajo presenta un estudio de los niveles de *burnout* en los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Junta de Andalucía que trabajan con familias en riesgo psicosocial que tienen menores a su cargo para conocer los factores de riesgo y de protección que pueden afectar a su práctica. Se presentan los estudios que desde los conceptos de transferencia-contratransferencia, traumatización vicaria, estrés traumático secundario y *burnout* han tenido en cuenta la persona del profesional para el trabajo con casos de maltrato y violencia.

Se aplicó la escala de Maslach (*Maslach Burnout Inventory (MBI)*) a 159 profesionales de estos equipos, de los cuales 125 fueron mujeres (78,6%) y 34 fueron hombres (21,4%). Se recogieron algunas variables relacionadas con aspectos psicosociales de los profesionales, titulación, años de experiencia, y otros elementos relacionados con la satisfacción en el trabajo. Los resultados muestran que los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar presentan unos niveles medios en cuanto a *burnout*. Las variables que han mostrado relación con bajos niveles de *burnout* han sido todas variables “organizacionales” que entran en juego en el análisis de las relaciones que mantienen las personas con su propio trabajo y con el resto de los integrantes del Equipo de Tratamiento Familiar.

---

*Dirección del primer autor:* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. c/Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* maikel@us.es

Este trabajo se ha llevado a cabo gracias al convenio de Colaboración firmado entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y la Universidad de Sevilla “Programa de formación y evaluación dirigido a los técnicos de los equipos de tratamiento familiar creados conforme a lo dispuesto en las ordenes de 10 de mayo de 2002 y 25 de marzo de 2003” (SI-066/04).

*Recibido:* julio 2009. *Aceptado:* septiembre 2009.

Se concluye con el análisis del alto porcentaje de profesionales que realizaron la prueba (398) y no la entregaron para discutir los resultados y proponer medidas en la prevención del cansancio emocional y despersonalización futura en estos equipos.

*Palabras clave:* Equipos de Tratamiento Familiar, riesgo psicosocial, *burnout*, factores de protección, persona del terapeuta familiar.

#### *Abstract*

This paper presents a study of levels of professional burnout in the Family Treatment Teams of the Andalusian working with families who have psychosocial risk children in their care to know the risk factors and protective measures that may affect practice. Studies are presented from the concepts of transference and countertransference, vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout have been considered professional person to work with cases of abuse and violence. Maslach Burnout Inventory (MBI) was applied to 159 professionals in these teams, 125 women (78.6%) and 34 men (21.4%).

We collected some variables related to psychosocial aspects of professional qualifications, years of experience, and other elements related to job satisfaction. The results show that professionals in the Family Treatment teams have average levels in terms of burnout. The variables that have shown respect low levels of burnout have been all variables "organizational" that come into play in analyzing the relationships they have people with their own work and the other members of the Family Treatment Team.

We conclude with an analysis of the high percentage of professionals who did the test (398) and not given to discuss the results and propose measures in preventing future emotional exhaustion and depersonalization in these teams.

*Key words:* Family Treatment Team, Psychosocial Risks, Burnout, Protective Factors in Childhood, the Personal Life of the Psychotherapist.

En España al igual que en otros países del mundo la intervención en maltrato infantil ha sido organizada a través de equipos de trabajo interdisciplinarios, cuyos modelos de trabajo generalmente responden a intervenciones ecosistémicas de carácter psicosocial (Morales y Lira, 2000; Santana y Farkas, 2007), mediante las que se opera tanto con el menor como con la familia y el contexto en el que se ha generado la violencia. Para Barudy (1999) el desafío de cualquier programa que pretenda dar una respuesta integral al sufrimiento generado por el maltrato infantil deberá optar por el desarrollo de redes sociales que movilicen el conjunto de recursos institucionales, profesionales y familiares existentes. Este mismo autor propone un modelo piramidal de organización de la comunidad en la atención al maltrato infantil, en el que el nivel más

específico y prioritario sería el de los equipos especializados de maltrato.

Este enfoque ecosistémico propuesto en la intervención de un fenómeno tan complejo como el maltrato en la infancia plantea un dilema de gran interés: cómo atender de forma no violenta a las familias que provocan maltrato, protegiendo a su vez a los profesionales del riesgo de desgastarse como resultado de su práctica. Tan importante es proteger a los menores como a las personas que ayudan a mejorar la protección de éstos (Barudy, 1999). En una investigación acerca de los recursos de Bienestar Infantil en EEUU hallaron que una media anual del 22% de los trabajadores del sistema de protección cambiaron de trabajo (Cyphers, 2001). Esta alta cifra de rotaciones incrementa los costes y desestabiliza en gran medida los servicios.

En nuestro país es muy frecuente que los cambios de profesionales en los servicios de atención al menor sean también elevados. Como parece que la mayor incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo se da en profesionales que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral tendría repercusiones sobre la sociedad en general (Peiró, 1993).

La mayoría de las personas que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivadas para ayudar a los demás y tienen un sentimiento muy elevado de altruismo. Sin embargo, como afirma Harrison (1983), en su entorno laboral se encuentran con una serie de circunstancias que este autor califica como factores de ayuda, cuando facilitan el trabajo, o factores barrera, cuando lo dificultan. Como señaló Pines (1993) el síndrome de *quemarse por el trabajo* se desarrollará en personas que se fijan expectativas y altos objetivos en su vida profesional. Tanto las variables personales, como las interpersonales y las organizacionales, tienen un papel relevante en los sentimientos de bienestar y satisfacción con el trabajo de los operadores sociales que se dedican al trabajo con familias en riesgo psicosocial. Parece que existe un estrés diferencial entre los terapeutas de la práctica privada y aquellos que tienen una relación constante con las agencias públicas, y más en concreto los profesionales de los servicios de protección al menor (Street y Rivett, 1996). El aumento de menores maltratados y abusados, así como en situaciones de negligencia, sumado a la complejidad organizativa del trabajo con familias en riesgo y la alta rotación del personal, son motivos suficientes para tratar de conocer el nivel de satisfacción laboral de los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF). Desde visiones más clínicas o psicosociales

siempre se ha llamado la atención sobre la necesidad de cuidar a la persona del operador social que trabaja con temas de maltrato.

Este interés por trabajar con “la persona del terapeuta”, potenciando elementos de protección (Guy, 1995), es un aspecto muy importante recogido por los modelos sistémicos familiares. Cancrini (1987) afirma que es un error considerar al sistema terapéutico formado por una familia definida y por un terapeuta inespecífico y anónimo, ya que al desarrollar su función el terapeuta tiene motivaciones, expectativas, temores, incertidumbres, además, se relaciona desde su ser personal, en un momento definido de su ciclo vital y de su recorrido emocional. Obviar estos aspectos sería poner en riesgo la integridad personal y profesional del operador social, desprotegiéndolo a la hora de hacer su trabajo. Espina (1995) defiende que desde los inicios de la formación de los profesionales se debe incluir el trabajo personal con la propia familia de origen, con las escenas temidas y con el desarrollo de la persona a través del grupo o equipo, ya que sólo de este modo se podrá ir configurando un contexto seguro desde el que poder ayudar a las personas con las que se trabaje sin quedar atrapados en sus propias dinámicas. También desde la escuela simbólico-experiencial (Satir y Baldwin, 1983) se afirma que el terapeuta como principal instrumento de cambio, debe conocer las relaciones en su propia familia para poder afrontar las de otras en terapia.

Son diversos los estudios que desde esta visión han profundizado en la violencia “profesionalizada” que constituye la base del trabajo de los equipos que intervienen en maltrato infantil. La violencia puede generar en los equipos una huella del mismo modo que ocurre con las víctimas de los episodios violentos (Kovalskys y Gómez, 2000). Desde un punto de vista sistémico, el observador no

es ajeno a lo observado sino que modifica y es modificado por el hecho observado (Von Foerster, 1991). Esta modificación o huella ha recibido distintos nombres en la literatura: contra-transferencia, traumatización vicaria, estrés traumático secundario o *burnout*. Todos estos fenómenos se podrían englobar con la etiqueta de “factores de riesgo para los profesionales”. A continuación dedicaremos un espacio a cada uno de ellos.

### ***Factores de riesgo para los profesionales que trabajan en contextos violencia***

Aunque los términos de transferencia y contratransferencia se han estudiado intensamente desde las perspectivas dinámicas en psicoterapia, en el contexto de los tratamientos de la violencia no es uno de los más utilizados actualmente. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, muchas de estas aportaciones se han integrado en la terapia familiar trigeracional y transgeneracional. El trabajo profesional con personas que han vivido experiencias de maltrato y otras formas de violencia genera en la figura del terapeuta, trabajador social o educador un fuerte impacto subjetivo, contratransferencial. Para Shay (1992) son relativamente comunes en el trabajo con personas que han sufrido abusos y sus familias experiencias contratransferenciales como fantasías de rescate, tristeza insoportable, incredulidad, rabia, repulsión, confusión, disociación, culpa, vergüenza, y olvido prematuro. Para esta misma autora, la meta no sería eliminar la contratransferencia sino comprenderla y apreciarla. Para ello propone una serie de preguntas que los profesionales que trabajan con menores que han sido maltratados y sus familias deberían hacerse en el transcurso de la intervención conjunta relacionadas con la colusión, la culpa, la reunificación familiar, el poder y el castigo. El

manejo de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en las intervenciones no supone solamente un conocimiento y la formación profesional en modelos específicos, sino que están arraigadas en las propias creencias y valores personales del terapeuta. La contratransferencia no comienza en la sala de terapia, sino en la propia casa de la familia en la que las transferencias múltiples son más tarde proyectadas en el equipo de trabajo.

A veces los profesionales de los equipos que trabajan con familias en riesgo atribuyen la ausencia de cambio a las “resistencias de las familias y la falta de motivación para el cambio”. Esta atribución se convierte en sí misma en la barrera más importante para construir una buena alianza terapéutica, elemento clave para poder crear un clima favorable al cambio. Las desconfianzas mutuas entre las familias con problemas de violencia y los equipos es un elemento muy importante a tener en cuenta en la revisión conjunta de los casos (Garrido, 1995).

La escuela transgeneracional (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973; Bowen, 1978; Framo, 1982; Ríos, 1994; Canevaro 1995) ha dado siempre gran importancia al trabajo con la propia familia de origen y creada. Entienden que se da una importante relación entre lo vivido en la propia historia y las reacciones experimentadas en el contexto de terapia. De esta forma la resonancia de la violencia no sería sólo fruto del compartir el sufrimiento ajeno sino de la movilización del propio sufrimiento como víctima o espectador de alguna forma de violencia en la propia familia de origen. Pavlovsky, Kesselman y Fridlewsky (1977) proponen un método para trabajar con las reacciones contratransferenciales de los terapeutas a través del trabajo con las escenas temidas por ellos. En el trabajo psicodramático para futuros terapeutas familiares es muy común la utilización de la escultura familiar

tanto para comprender la dinámica de la familia en tratamiento como las resonancias de los terapeutas (López y Población, 1997).

En segundo lugar, Aarón y Llanos (2001) acuñaron el término de *traumatización vicaria* como un efecto directo en los profesionales y los equipos que trabajan con personas traumatizadas como consecuencia de haber sido víctimas de experiencias de daño y violencia. Se refieren a la contaminación temática como al efecto tóxico a nivel emocional del trabajo con contenidos altamente impactantes, que tiene como consecuencia la traumatización de los profesionales y los equipos. La traumatización vicaria describe el fenómeno que se produce al reproducir los síntomas y sufrimientos de las víctimas de cualquier forma de violencia en uno mismo. La traumatización de los equipos se refiere al efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del circuito de la violencia. Los equipos más traumatizados presentan aislamiento de sus miembros, dificultad para resolver los conflictos que tienden a ser silenciados. La traumatización de los equipos es una de las principales causas que esgrimen los profesionales y operadores sociales que abandonan este campo de trabajo (Azar, 2000; Arón y Llanos, 2001; Steed y Bicknell, 2001). En una encuesta realizada en un seminario internacional sobre violencia familiar celebrado en Carmona (Sevilla) en 1999, casi un 20 por ciento de los profesionales asistentes al mismo declaraban haber sufrido situaciones de violencia en sus propias familias (Garrido, 1999).

En tercer lugar, Figley (1995) define el *estrés traumático secundario* como el cuadro emocional resultante de conocer eventos traumáticos experimentados por otras personas con las que mantiene una relación significativa, y a las que se intenta ayudar. Es reconocido como un proceso a través del cual ciertas experiencias internas de los

terapeutas son transformadas negativamente a través de un compromiso empático con el material del trauma de los clientes (Cornille y Woodard-Meyers, 1999). Este cuadro supondría una vivencia de estrés post-traumático por parte de los profesionales que trabajan con personas traumatizadas en el manejo de situaciones altamente estresantes basadas en el apoyo, la contención emocional, la ayuda o el acompañamiento.

Por último, sin duda el concepto que ha generado más interés y desarrollo teórico es el de *burnout*. Desde un principio este síndrome fue considerado específico para profesionales de los servicios sociales y sanitarios que trabajaban en contacto directo con las personas a quienes iban dirigidos estos Servicios (Farber, 1991; Peiró, 1999). Aunque el término fue acuñado por Freudenberger en 1974, la definición que supuso una aceptación del término en el panorama internacional fue la realizada por Maslach a inicios de los años 80. Para esta autora el burnout se caracteriza por el desarrollo de un cansancio emocional que lleva a una importante pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso. Definió las siguientes tres dimensiones: en primer lugar, agotamiento emocional; en segundo, la despersonalización, y en tercer lugar, la falta de realización personal (Gil-Monte, 1991; García, 1995; Wright y Bonett, 1997; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Ortega y López, 2004; Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez, 2007).

Pero el fenómeno del *burnout* no es un hecho exclusivamente individual. También los grupos pueden verse influidos por sus consecuencias. Según Peiró (1993), los trabajadores estresados y quemados a menudo se concentran en determinadas unidades de trabajo y no están distribuidos al azar entre todos los equipos. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1986) constataron que si una

persona en un equipo estaba “quemada” era más probable que el resto del equipo también lo estuviera. Rountree (1984) encontró que el 87.5 % de los miembros con *burnout* elevado eran miembros de grupos con al menos un 50% de los miembros con *burnout*.

Street (1995) propone un modelo muy interesante para analizar los contextos en los que es probable que aparezcan diversos estresores relacionados con el desgaste profesional o *burnout* para profesionales que trabajan en salud mental. En primer lugar, el contexto personal, en segundo, el contexto de la sesión de terapia, en tercero, el contexto de equipo, y por último, el contexto de interacción entre terapeuta e institución.

En un esfuerzo integrador y usando este modelo como base organizadora y complementándolo con toda la investigación proveniente de la Psicología Social y de las Organizaciones, hemos construido un cuadro en el que se presentan las principales causas de desgaste profesional entre los profesionales que trabajan en el campo del maltrato infantil (tabla 1).

Como podemos observar en la recopilación del cuadro anterior son varias las perspectivas en el estudio de *burnout* que pueden tener conexión directa o indirecta con el trabajo de los profesionales de los ETF. Variables individuales, del contexto laboral, del tipo de familias, de las instituciones y los circuitos administrativos, así como la interacción de todas estas, suponen un contexto de gran complejidad.

Sin lugar a dudas, el concepto de *burnout* nace en el seno de los servicios sociales, anida en las vidas de profesionales como psicólogos, educadores y trabajadores sociales que se vivencian como herramientas de ayuda y cambio para personas que tienen necesidades y que sufren. Se entronca en el mundo de ilusiones, de ideales y motivaciones del profesio-

nal para desanimarlo a veces, y por supuesto, puede dificultar la ayuda que necesitan las personas atendidas debido a un trato apático e impersonal por parte de los profesionales. El mundo de la atención a menores que han sufrido malos tratos y sus familias bebe de todas y cada una de esas fuentes, por lo que sin lugar a dudas supone un ingrediente en el desarrollo del trabajo de los profesionales y los equipos muy a tener en cuenta.

### ***Factores de protección para los profesionales que trabajan en contextos de violencia***

Esta exposición a la violencia en su perspectiva de control y ayuda, de contención y de restricción, de trabajar para el poder judicial y mantener a la vez una actitud terapéutica no queda recogida en toda su amplitud en los estudios y planificación de programas específicos con cierta frecuencia. Por este motivo es de sumo interés indagar en las situaciones específicas de los profesionales de los ETF con el fin de conocer sus vivencias con respecto al trabajo que realizan e indagar en los posibles mecanismos de afrontamiento. Aunque se ha desarrollado una ingente literatura en relación al *burnout* de los profesionales de las relaciones de ayuda, entendemos que se ha prestado menos atención a los factores de protección y la resiliencia de los propios profesionales. El trabajo reparador que realizan los profesionales de los equipos de protección a los menores en general supone una serie de cualidades y estrategias que quizás merezcan más atención.

Para Murillo (2001) las estrategias de autocuidado son un conjunto de estrategias de afrontamiento que se ponen en juego con el fin de prevenir déficit y propiciar el bienestar integral de los profesionales. Tras reunir las variables principales recogidas en diverso

Tabla 1. Factores de riesgo ecosistémicos en el burnout.

***Tipo de contexto: SISTEMA PERSONAL****Factores de riesgo en el nivel de interacción: Individuo*

- Edad: tendencia de valores más altos en profesionales jóvenes (Zabel y Zabel, 1982).
- Estado civil, tener o no hijos, apoyo familiar: la falta de apoyo social extralaboral se relaciona con valores más altos de *burnout* (Leiter, 1990)
- Variables de personalidad: patrón de personalidad tipo "A" (Nagy y Davis, 1985; Nowack, 1986); *locus* de control externo (Wilson y Chiwakata, 1989); bajos niveles de autoconfianza, autoestima y autoeficacia (Cherniss, 1993; Gil-Monte, 1994): tipo "emocional" vs. "racional" de personalidad (Garden, 1989).
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y/o de evitación/escape vs. estrategias centradas en el problema (Boyle y cols., 1991, Leiter, 1991).
- Alto nivel de autoconsciencia (Thompson, Page y Cooper, 1993).

***Tipo de contexto: INTERACCIÓN CONTEXTO LABORAL****Factores de riesgo en el nivel de interacción: Profesional - Puesto de trabajo*

- Desempeño del rol: ambigüedad y conflicto de rol (Gil Monte y Peiró, 1997; Winnubst, 1993).
- Antigüedad en el puesto de trabajo y en la profesión: mayores niveles de desgaste en las primeras etapas (Peiró, 1993).
- Sobrecarga laboral por atender un elevado número de casos (Fryer y cols., 1989) y pobreza de rol (Golembiewski y Munzenrider, 1983).
- Idealismo, grandes expectativas y altos objetivos profesionales (Pines, 1993).
- Bajos niveles de desafío, autonomía y control, y de retroalimentación de los resultados (Cherniss, 1993).
- Discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto y bajas expectativas de éxito en el logro de los objetivos (Thompson, Page y Cooper, 1993).

*Factores de riesgo en el nivel de interacción: Profesional - Cliente*

- Dinámicas de la temática de la violencia y confusión de rol entre operador socio-legal y terapeuta (Quintana, 2005).
- Compasión-fatiga (Compassion fatigue) (Figley, 1995).
- Clientes hostiles (Cherniss, 1980).
- Falta de control (Maslach y Leiter, 1997).
- Incertidumbre, percepción de inequidad en la relación y frustración de las expectativas de recompensa (Buunk y Schaufeli, 1993).

*Factores de riesgo en el nivel de interacción: Profesional - Equipo*

- Liderazgo autoritario paternalista (Quintana, 2005).
- Falta de oportunidad para descargar las reacciones emocionales propias del trabajo (Anderson, 2000).
- Falta de apoyo social del supervisor y los compañeros (Cherniss, 1993).
- Falta de apoyo de los compañeros por miedo a las críticas y percibir inequidad en los intercambios dentro del equipo (Buunk y Schaufeli, 1993).

*Factores de riesgo en el nivel de interacción: Profesional - Institución*

- Discrepancias y falta de coordinación con el sistema judicial (Quintana, 2005).
- Salud de la organización: desajustes, incoherencia y desintegración (Cox y cols., 1993).

*Factores de riesgo en el nivel de interacción: Profesional - Comunidad*

- Falta de apoyo público (Fauri, 1978).

*Factores de riesgo en el nivel de interacción: Profesional - Contexto físico-material*

- Nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (Peiró, 1993).
- Ambiente físico de trabajo: empleo de espacios inadecuados para la intervención y el trabajo en equipo.

modelos teóricos de autocuidado, Santana y Farkas (2007) elaboran un elenco de las principales estrategias de autocuidado puestas en juego por profesionales que trabajan con maltrato infantil. Las dividen en personales (por un lado, extralaborales y, por otro, laborales) y grupales (recreativas y asociadas a la tarea). La mayoría de los estudios se habían centrado en las estrategias de autocuidado o afrontamiento del estrés individual (Folkman y Lazarus, 1985; Pearlman, 1999) pero pocos habían reparado en las potencialidades del equipo como elementos de protección. En la tabla 2 se recogen algunas de las estrategias de autocuidado más estudiadas.

Para Barudy (1999) es muy importante tener en cuenta también el concepto de *hetero-cuidado* incluso previamente al de *auto-cuidado* porque la responsabilidad de las instituciones dedicadas al tema de la protección de los menores tiene que crear unas condiciones seguras para los profesionales. Entendemos que esta propuesta es de gran relevancia en la medida en que suma recursos a los propuestos y facilita la integración de todos los actores que participan en la atención a las familias en riesgo.

Este giro hacia una visión de los factores de protección que debe ampliar la concepción de los equipos que trabajan con violencia,

Tabla 2. Estrategias de autocuidado en el burnout.

### ***Estrategia de autocuidado individuales***

#### *Laborales:*

- Establecer límites entre trabajo y vida personal, dar y recibir supervisión, favorecer comunicación fluida, hacer agradable el espacio físico de trabajo, recibir formación, y trabajar en paralelo en otras áreas distintas al maltrato (Pearlman, 1999; Santana y Farkas, 2007).
- Compasión-satisfacción (Compassion satisfaction) (Stamm, 2002).

#### *Extralaborales:*

- Religión (Bergin y Jenson, 1990).
- Acudir a terapia (Everett, 1980; Saba y Liddle, 1986).
- Activación redes sociales significativas, cuidado personal y realización de actividades recreativas (Santana y Farkas, 2007).
- Apoyo de la familia (Leiter, 1990).
- Personalidad resistente (*hardiness*) (Kobasa y cols., 1982).

### ***Estrategias de autocuidado grupales***

#### *Asociadas a la tarea:*

##### • *Formales:*

- Distribución del tiempo del equipo, creando espacios y actividades fijos para el desarrollo personal y grupal.

##### • *Informales:*

- Apoyo y confianza basadas en el respeto mutuo, la comunicación cara a cara y la regularidad del feedback entre los compañeros (Kovitz y cols., 1984; Parry, 1989).
- Liderazgo democrático y facilitador y percepción realista de rol (Quintana, 2005).
- Destinar horas del trabajo al autocuidado: supervisión de casos y abordar explícitamente algún contenido del autocuidado (Quintana, 2005; Santana y Farkas, 2007).

#### *Recreativas*

- Compartir espacios recreativos, jugar, desarrollar sentido del humor y compartir desayunos colectivos (Santana y Farkas, 2007).

con aires de connotación positiva viene acompañado de un segundo giro conceptual en la intervención: la concepción del sistema familiar en el que se gesta la violencia “más allá de los problemas”. De este modo también las familias multiproblemáticas, que son por otra parte la gran mayoría de los sistemas familiares a los que pertenecen los menores que sufren violencia, han comenzado a ser consideradas desde una óptica más constructiva, como familias *multirecursos* como preferimos denominarlas. Los modelos centrados en soluciones (De Shazer, 1995; Beyebach, 2007; Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009) han ayudado a focalizar el trabajo terapéutico sobre los recursos de las familias, aunque es importante destacar que ya desde los orígenes del modelo estructural el propio Minuchin (1984) hacía hincapié en el trabajo con los lados fuertes de la familia. Desde este punto de vista el trabajo pretende analizar los niveles de *burnout* en los profesionales y promover una mejor utilización de los recursos de los mismos de cara a la mejor asistencia a las familias en riesgo psicosocial.

## Método

### Objetivos e hipótesis

El objetivo general de la presente investigación es determinar la presencia de *burnout* entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Junta de Andalucía, en concreto, estudiar la relación entre los niveles de *burnout* observados y la posible presencia de elementos de protección en el seno de los equipos. Estos equipos fueron creados a partir de 1999 en toda la Comunidad Autónoma Andaluza para el trabajo con las familias en riesgo psicosocial que tienen menores a su cargo. Los equipos están situados en las corporaciones locales de las que dependen

más directamente y están formados por profesionales de la psicología, del trabajo social y de la educación. También cuentan con un coordinador/a que suele ser personal de la corporación municipal y puede pertenecer a cualquiera de estas tres profesiones (*Manual de los ETF*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2000).

### Objetivos específicos

El primer objetivo es detectar la frecuencia e intensidad de *burnout* en los profesionales de los ETF. Un segundo objetivo es comprobar la relación entre ciertas variables sociodemográficas y el síndrome de *burnout*. Al mismo tiempo se trata de ver qué factores de protección tienen los ETF para el trabajo con familias en riesgo. Para ello se proponen las siguientes hipótesis:

- H1. Los profesionales de los ETF presentarán niveles elevados de *burnout*.
- H2. No existirán diferencias significativas entre mujeres y varones en los niveles de *burnout*.
- H3. Las personas con hijos/as a su cargo mostrarán niveles más elevados de *burnout*.
- H4. Los educadores/as como rol profesional, presentarán niveles más elevados de *burnout*.
- H5. A mayor tiempo de trabajo en los ETF y/o puestos similares, mayores serán los niveles de *burnout*.
- H6. A mayor nivel de satisfacción en el trabajo menor será el nivel de *burnout*.
- H7. A mayor grado de autonomía en el trabajo menor será el nivel de *burnout*.
- H8. A mayor nivel de satisfacción con la participación en la toma de decisiones menor será el nivel de *burnout*.
- H9. A mayor nivel de adecuación al puesto de trabajo menor será el nivel de *burnout*.

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 159 profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Junta de Andalucía, de las cuales 125 eran mujeres (78,6%) y 34 eran hombres (21,4%). La edad media de la muestra fue de 36,94 años y una desviación típica de 6,371. Por rol profesional desempeñado en el equipo, el 11,9 % eran coordinadores, el 36,5% psicólogos, el 30,2% trabajadores sociales, y el 21,4% fueron educadores sociales. El tiempo medio trabajado en estos equipos fue de 41,06 meses y una desviación típica de 21,738.

El total de profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Junta de Andalucía ascendía a 412 en el momento del estudio, representando la muestra un 38,59% de la población total. Cabe destacar que 398 profesionales realizaron la prueba durante el curso impartido pero solamente entregaron las mismas el porcentaje citado. Este dato será de suma importancia para la discusión y análisis de los resultados.

### Instrumentos

Los instrumentos usados en la investigación fueron los siguientes

*Ficha psicosocial:* instrumento de recogida de datos psicosociales y relacionados con la información del trabajo en el Equipo de Tratamiento Familiar (titulación, puesto, años de experiencia, etc.). Se incluyeron ítems acerca de la satisfacción con elementos relacionados con la organización del trabajo así como el grado de desaliento para otra serie de variables profesionales con el fin de evaluar elementos que podían estar jugando un papel en el desarrollo de emociones negativas en relación al desempeño profesional.

*Maslach Burnout Inventory (MBI):* es el cuestionario más utilizado para la evaluación del Síndrome de burnout, con independencia de las características ocupacionales de la muestra y su origen. Fue desarrollado por Maslach y Jackson en 1981. Está formado por 22 ítems tipo *likert* referidos a actitudes, emociones y cogniciones del individuo hacia su trabajo y hacia las personas que tiene que atender. El sujeto puntúa en un rango de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días) la frecuencia con que experimenta cada una de esas situaciones. Se organiza en tres subescalas:

- a) Subescala de *Cansancio Emocional* (CE), está formada por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. En ella se valora el sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo.
- b) Subescala de *Despersonalización* (DP), que agrupa a los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Supone una respuesta fría e impersonal hacia las personas que tiene que atender.
- c) Subescala de *Falta de Realización Personal en el Trabajo* (RP), la forman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En ellos se describen sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

Los sujetos que presentan el *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* puntuarán alto en cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo en falta de realización personal (RP).

El cuestionario que hemos utilizado es una traducción de la versión original llevada a cabo por Álvarez y Fernández (1991). La consistencia interna del mismo fue estimada por el coeficiente alfa de Cronbach: 0,90 para cansancio emocional, 0,79 para despersonalización y 0,71 para realización personal.

### Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados grupalmente aprovechando los cursos de supervisión que la Junta de Andalucía organizó para los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar. Se organizaron diez momentos de recogida de datos, tantos como sesiones de supervisión hubo por provincia y grupo (en Sevilla y Cádiz se organizaron dos grupos de supervisión).

A cada profesional se le entregó una carpeta con los dos instrumentos. El tiempo total estimado para cumplimentar todas las pruebas de evaluación fue de 25 minutos.

### Resultados

En primer lugar, con el objetivo de identificar las áreas en las que los profesionales presentaban mayores dificultades, se analizaron las medias para cada una de las escalas del MBI.

Como indica la tabla 3, las tres subescalas (*Cansancio Emocional*, *Despersonalización* y *Falta de realización personal*) muestran valores medios de *burnout* si se las compara con el baremo para población española (valores medios del baremo: CE [rango de valores 15-24]; DP [rango de valores 4-9]; RP [rango de valores 33-39]).

Como podemos apreciar la muestra de

los ETF presenta unos niveles medios en las escalas del MBI en comparación con la población española. En la escala de *Realización Personal* es quizás donde se aproxima más a un valor alto. En este sentido no se cumple la primera hipótesis. Los profesionales que han contestado al cuestionario no presentan niveles elevados de *burnout*. Dentro de la escala de *Cansancio Emocional* los ítems con los valores más elevados fueron los relacionados con el esfuerzo que supone trabajar con personas todo el día (ítem 6) y el cansancio al final de la jornada de trabajo (ítem 2).

En cuanto a la hipótesis 2, podemos decir que no se presentan diferencias significativas en burnout en función del sexo de los profesionales, excepto en la escala de *Cansancio Emocional* ( $F(1,154) = 4.25, p < 0.05$ ). A pesar de la ausencia de significatividad en las otras dos escalas del MBI, es interesante señalar que las mujeres obtienen puntuaciones medias más altas que los hombres en *Cansancio Emocional* y *Despersonalización*, y más bajas en *Realización Personal* (tabla 4).

En cuanto a la hipótesis tercera (“Las personas con hijos/as a su cargo mostrarán niveles más elevados de *burnout*”) no aparecen diferencias significativas. Es decir, no se da mayor nivel de *burnout* por tener hijos/as a su cargo (categorizada con tres valores: sin hijos; hijo único; dos o más hijos) ni con relación a *Cansancio Emocional* ( $F(3,147) =$

Tabla 3. Media y desviación típica (DT) de las puntuaciones directas en las subescalas del MBI de los profesionales de los ETF que integran la muestra y su contraste con las puntuaciones de la población española en las mismas escalas.

Subescalas del MBI	Muestra de profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar		Rango de puntuaciones de la población española (n=1138)		
	Media	DT	Baja	Media	Alta
<i>Cansancio Emocional</i>	19.98	8.872	<15	15-24	>24
<i>Despersonalización</i>	6.10	4.143	<4	4-9	>9
<i>Realización Personal</i>	38.25	6.822	>39	33-39	<33

0.52,  $p > 0.05$ ), *Despersonalización* ( $F(3,148) = 0.32$ ,  $p > 0.05$ ), ni *Realización Personal* ( $F(3,150) = 0.67$ ,  $p > 0.05$ ).

En relación a la hipótesis cuarta no se han encontrado tampoco diferencias significativas en función del rol desempeñado dentro del equipo ni con relación a *Cansancio Emocional* ( $F(3,152) = 1.15$ ,  $p > 0.05$ ), *Despersonalización* ( $F(3,153) = 1.47$ ,  $p > 0.05$ ), ni *Realización Personal* ( $F(3,155) = 0.09$ ,  $p > 0.05$ ). Parece, sin embargo, que son los educadores los que presentan la puntuación más alta en *Cansancio Emocional*, pero sin embargo, presentan la segunda más baja en *Despersonalización*, y la segunda más alta en *Realización Personal* (tabla 5).

En relación a la hipótesis quinta no se encontraron diferencias significativas en función del mayor tiempo trabajado en los ETF o puestos similares ni con relación a *Cansancio Emocional* ( $F(2,153) = 1.71$ ,  $p > 0.05$ ), *Despersonalización* ( $F(2,154) = 1.35$ ,  $p > 0.05$ ), ni *Realización Personal* ( $F(2,156) = 1.23$ ,  $p > 0.05$ ). Esta variable fue categorizada para

su análisis en tres valores: 1-32 meses; 33-44 meses; y 47-72 meses.

Para comprobar las hipótesis sexta, séptima, octava y novena se realizó un análisis de correlación bivariada de Pearson para analizar las relaciones entre las variables protectoras (satisfacción con el trabajo en equipo, con la autonomía, con la participación en la toma de decisiones, y la adecuación al puesto de trabajo) y las escalas del MBI. Los análisis de correlación indicaron que todas las variables protectoras correlacionan de forma esperada con las escalas de *burnout*: correlaciones negativas con *Cansancio Emocional* y *Despersonalización*, y positivas con la escala de *Realización Personal*. La correlación significativa negativa más alta la encontramos entre la *Satisfacción con el grado de autonomía* y la escala de *Cansancio Emocional* ( $r = -0.33$ ;  $p < 0.01$ ), seguida de el *Grado de adecuación al puesto de trabajo* con la escala de *Realización Personal* ( $r = -0.30$ ;  $p < 0.01$ ). Por otro lado destaca la correlación entre *Satisfacción con la participación*

Tabla 4. Media, desviación típica y error típico de la variable "Sexo" en las escalas del MBI.

	Mujeres			Hombres			Total		
	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT
<i>Cansancio Emocional</i>	122	20.75	9.395	34	17.24	6.015	156	19.98	8.872
<i>Despersonalización</i>	123	6.33	4.211	34	5.24	3.822	157	6.10	4.143
<i>Realización Personal</i>	125	37.70	6.982	34	40.26	5.864	159	38.25	6.822

Tabla 5. Media y desviación típica en las escalas del MBI según el rol profesional desempeñado.

ROL PROFESIONAL	N	<i>Cansancio Emocional</i>		<i>Despersonalización</i>		<i>Realización Personal</i>	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Coordinador</i>	19	19.68	9.57	7.37	4.76	37.58	6.10
<i>Psicólogo</i>	58	18.59	8.36	5.33	4.13	38.50	7.61
<i>Trabajador Social</i>	48	20.19	9.24	6.57	3.91	38.17	6.51
<i>Educador</i>	34	22.15	8.69	6.00	4.01	38.32	6.45

en la toma de decisiones y Cansancio Emocional ( $r = 0.29$ ;  $p < 0.01$ ). Las únicas correlaciones que no fueron significativas fueron Satisfacción con el grado de autonomía y la Realización Personal ( $r = 0.10$ ,  $p > 0.05$ ), y Satisfacción con la participación en la toma de decisiones con Despersonalización ( $r = -0.14$ ,  $p > 0.05$ ).

## Discusión

En nuestro trabajo los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar presentan unos niveles medios en cuanto a *burnout*. La escala de Cansancio Emocional es la que se eleva un poco en comparación con la muestra de referencia. En líneas generales podríamos decir que los ETF no presentan un nivel preocupante en cuanto al *burnout*. Varias podrían ser las explicaciones a este hecho que en cierta medida no coincide con otros estudios (Anderson, 2000; Kovalskys y Gómez, 2000; Santana y Farkas, 2007). Por ejemplo, el tiempo medio de trabajo de los profesionales está en 41,06 meses con una variabilidad elevada entre estos grupos. En opinión de Peiró (1993) el mayor desgaste se da en las primeras etapas. En este caso no parece ocurrir así, o al menos podríamos decir que los sujetos que contestaron al cuestionario no han mostrado signos de desgaste. Es importante destacar que probablemente el nivel de desgaste sea mayor del que aparece en cuanto que solamente entregaron el cuestionario 159 personas de las 398 que realizaron el curso y el cuestionario. Podríamos hipotetizar que los profesionales de los ETF no querían mostrar ante la institución su situación en relación a su labor. Quizás el nivel de inseguridad laboral por tratarse de contratos no fijos pudo contribuir a esta no entrega del material realizado. Es posible que los profesionales no se sintieran seguros para mostrar el cansancio

emocional y otras variables relacionadas con su tarea. En este sentido nos inclinamos por la idea de que seguramente en exploraciones posteriores aparecerían niveles más elevados de *burnout*. Maslach y Leiter (1997) ya llamaron la atención sobre el hecho de la no respuesta al cuestionario como un signo de elevado nivel de *burnout*. Hobfoll y Fredy (1993) en su modelo de conservación de recursos para explicar el *burnout* señalaban que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los motivadores los constituyen los recursos, entendiendo por tal la posesión de objetos o condiciones de valor, características de personalidad, o energía para el desempeño de las actividades cotidianas. Sería de sumo interés conocer qué aspectos de la conservación de recursos propios de los profesionales de los ETF que no entregaron el cuestionario se podría ver amenazado. El miedo a perder recursos pudo contribuir a la no respuesta y en esta línea la administración debe plantear cómo contribuir a la creación de un sistema más seguro para los profesionales de estos equipos.

Desde la perspectiva de los mecanismos de protección de los profesionales de los ETF nos parece importante preguntarnos por el nivel medio que aparece en los que respondieron. Estos profesionales han conseguido un nivel de satisfacción adecuado en su trabajo y parece que tienen mecanismos de afrontamiento que les permiten llevar a cabo un trabajo que por sí mismo genera cierto nivel de estrés. Aunque hay una abundante producción investigadora que ha hecho hincapié en los riesgos derivados del trabajo en contextos de violencia (Farber, 1991; Figley, 1995; Cornille y Woodard-Meyers, 1999; Azar, 2000; Arón y Llanos, 2001; Steed y Bicknell, 2001) sin embargo, la visión de los recursos de los profesionales y las estrategias que emplean

para higienizar su vida laboral no han sido atendidas suficientemente, prestando más atención a las carencias y dificultades presentes en su contexto laboral.

Entre las variables personales estudiadas solamente el género presentó alguna diferencia significativa. Eran las mujeres las que presentaban valores significativamente más altos en la escala de *Cansancio Emocional* y puntuaciones más bajas en *Realización Personal*. Schlenz, Guthrie, y Dudgeon (1995) y Castro, Rodríguez, Moreno, Vicente, Arroyo y Fernández (2006) en estudios realizados con fisioterapeutas encontraron también que las mujeres presentaban índices más elevados de *burnout*. Sin embargo, Serrano, Garcés e Hidalgo (2008) no encontraron esta diferencia y fueron los varones los que presentaban mayores índices de *burnout*. En este estudio ni el tener hijos a su cargo, ni el cruce de ésta variable con el género, fueron variables significativas como habíamos propuesto en la hipótesis cuarta. Podríamos pensar que la elevación de las puntuaciones en *Cansancio Emocional* que presentan las mujeres se deba a una mayor implicación en el trabajo o quizás a un nivel más alto de sensibilidad ante las problemáticas que se presentan. Según muestran algunos estudios los varones puntúan más alto que las mujeres en las actitudes de *Despersonalización*. Sin embargo, en cuanto a los sentimientos de agotamiento emocional y falta de *Realización Personal* en el trabajo y para la suma total del *Síndrome del quemarse por el trabajo* estimado a través de diversos instrumentos, los resultados no son concluyentes y parecen más bien influidos por las características del estudio propuesto. Así Etzion y Pines (1986) encontraron más sentimientos de quemarse en las mujeres con respecto a los hombres, mientras que Beck (1987) obtuvo resultados inversos.

También hay algunas otras investigaciones que no obtienen diferencias significativas en el índice global de quemarse por el trabajo en función del sexo (García, 1991). Nos parece que teniendo en cuenta que la mayoría de los profesionales de los ETF son mujeres sería importante indagar esta variable en próximos estudios y sobre todo, hacerlo a través de entrevistas en profundidad para conocer los recursos o factores de protección de este grupo ante un trabajo en los que la violencia de género es un tema omnipresente. Quizás la motivación para el cuidado de los menores y la lucha por la defensa de las injusticias diferenciales en cuanto al género podría ser un factor protector sustentado en lo que Conrad y Kellar-Cuenther (2006) denominan *compasión-satisfacción* frente a *compasión-fatiga*. Estos autores mostraron cómo las personas que tenían significativamente un buen potencial para la *compasión-satisfacción* presentaban menor riesgo de presentar *compasión-fatiga* y menores índices de *burnout*. La *compasión-satisfacción* es un término desarrollado por Stamm (2002) y se refiere al nivel de satisfacción que encuentran los profesionales de la ayuda en sus trabajos y el grado en el que ellos se sienten exitosos al prestar sus servicios. También parece que mide el grado en que los profesionales se sienten ayudados por sus colegas. Para futuras investigaciones sería importante relacionar estos constructos de *compasión-fatiga* y *compasión-satisfacción* con los niveles de *burnout* en cuanto pueden dar un panorama más amplio y rico sobre los recursos de los profesionales y las áreas que se podrían trabajar a nivel preventivo.

En referencia a las variables estructurales incluidas en el estudio (rol desempeñado dentro del equipo y tiempo trabajado en el mismo) no presentaron resultados significativos. La ausencia de diferencias

significativas en cuanto a los diversos roles en los equipos (profesionales de la psicología, del trabajo social y de la educación, y coordinadores/as) nos parece un dato muy relevante. En nuestra hipótesis proponíamos un nivel más elevado de *burnout* en los profesionales que realizan el rol de educadores. A partir de la experiencia formativa y tras la supervisión de los grupos nos parecía que el rol de los educadores estaba menos definido y en el momento de la configuración de los propios equipos ocupaba un lugar menos relevante. Es posible que no hayan aparecido más quemados aquellos que realizaban el rol profesional del educador por el nivel creciente de integración y la valoración mayor que se ha ido dando a su papel en el equipo. Aun no siendo significativas, el rol del educador presenta las puntuaciones más altas en cansancio emocional. En este sentido, creemos que se debe seguir insistiendo en la necesidad de valorar el papel del educador en los equipos y apoyar en mayor medida la crucial labor en los contextos educativos tanto familiares como escolares de las situaciones de riesgo psicosocial. Al mismo tiempo el rol de coordinador/a de los equipos que podía ser realizado por cualquiera de las tres profesiones, aunque mayoritariamente eran profesionales de la psicología y/o del trabajo social, presenta unos niveles también normalizados de *burnout*, lo cual sorprende en cierta medida por ser un rol que suponía una carga al trabajo diario dentro de los servicios sociales de estos profesionales. En realidad no era un rol tan específico como el de los demás profesionales, sino un profesional de la institución que coordina el equipo sobre todo en relación a la admisión y derivación de casos. Quizás y a pesar de las dificultades de definición del rol de coordinador y del reconocimiento dentro de la institución, la tarea y el trabajo en equipo han compensado

los factores de riesgo en cuanto a la quemazón de estos profesionales.

Parece que llevar más tiempo en los Equipos de Tratamiento no supone mayores niveles de *burnout*. Algunos estudios proponen que son los profesionales más nuevos en el puesto e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes los que tienen más riesgo de quemarse por el trabajo (Peiró 1993; Peiró y Gil-Monte, 1997). En nuestro estudio no hemos encontrado estos efectos diferenciales. Tal vez el tiempo medio de los profesionales en los equipos no es aún tan elevado como para encontrar diferencias significativas. También podría ocurrir que las personas más quemadas hayan cambiado prontamente de lugar de trabajo, hecho este que merecería la pena indagar en futuras investigaciones.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por algunas investigaciones que sitúan las causas y las variables moduladoras del desgaste profesional en el contexto relacional y organizacional más amplio (Golembiewski y Munzenrider, 1983; Peiró, 1992; Winnubst, 1993).

Las variables que han mostrado relación con bajos niveles de *burnout* han sido todas variables organizacionales que entran en juego en el análisis de las relaciones que mantienen las personas con su propio trabajo y con el resto de los integrantes del Equipo de Tratamiento Familiar. Estas variables protectoras (satisfacción con el equipo, con la autonomía, con la participación en la toma de decisiones, y la adecuación al puesto de trabajo) han sido puestas de manifiesto en otros estudios. Cherniss (1993), en su modelo elaborado desde las teorías sociocognitivas del yo, relaciona la autonomía con los sentimientos de éxito en el trabajo que considera protectores ante el desarrollo del *burnout*. En concreto es el puesto de trabajo caracterizado

por altos niveles de autonomía, de desafío, de retroalimentación sobre los resultados y de apoyo social del supervisor y los compañeros, el idóneo como profiláctico del desgaste laboral. Por otra parte, Thompson, Page y Cooper (1993) consideran la adecuación al puesto de trabajo, entendida como el nivel de discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, como una de las cuatro variables etiológicas del síndrome de *burnout* y la relacionan directamente con el nivel de autoconciencia y el estado anímico de la persona, lo que facilitará o bloqueará los intentos de la misma para resolver las discrepancias existentes. Con respecto a la variable satisfacción con el trabajo en equipo, no queda claro qué elementos concretos son los que permiten esa satisfacción (dimensión comunicacional, de tarea, de apoyo social,...), por lo que concuerda con lo afirmado por diversas investigaciones sobre los efectos protectores del trabajo en equipo frente al desarrollo del *burnout* pero sin incidir en esos factores concretos (Kovitz y cols., 1984; Buunk y Schaufeli, 1993; Cherniss, 1993; Anderson, 2000; Quintana, 2005).

En futuras investigaciones sería importante tener en cuenta los motivos por los que las personas no contestan el cuestionario. Al mismo tiempo se podrían incluir algunas pruebas sobre personalidad, satisfacción en el puesto de trabajo y ampliar el cuestionario de datos sociodemográficos con algunas variables familiares y de la pareja. Variables como autoconfianza, autoestima, autoeficacia, estilos de atribución, patrón de personalidad, y locus de control, podrían ampliar los conocimientos sobre factores personales que pueden modular el efecto de los sentimientos de cansancio emocional y más tarde de los de despersonalización.

Un estudio en mayor profundidad de las relaciones trabajo-familia de los profesio-

sionales podría ayudar en la fortificación de los factores de protección. El conocimiento de los estresores originados en el seno de la familia tanto los debidos a situaciones de crisis especiales como los estresores crónicos pueden ser de gran utilidad.

Teniendo en cuenta que los aumentos en los niveles de *burnout* de los profesionales trae apareado un aumento del deterioro de la calidad asistencial, baja satisfacción laboral, absentismo y mayor rotación en los equipos, tendencia al abandono del puesto y/o de la organización y otras consecuencias más centradas en la propia salud de los profesionales, nos parece de suma importancia que la administración encargada de estos equipos revise con cierta frecuencia el estado de los profesionales con el fin de implementar medidas de protección. Se han descrito varios estresores importantes en los trabajadores de los sistemas de protección: el trabajo en casa de las mujeres sobrecargadas, sobre todo madres solteras con responsabilidades de cuidado de hijos pequeños; riesgos de compasión-fatiga; recursos de las agencias de la comunidad insuficientes; la amenaza de recursos legales; la ambivalencia del doble rol de investigador y terapeuta; dificultad para juzgar la idoneidad de las familias; el excesivo tiempo con la redacción de informes y las exigencias de escritos que dictaminan la vida de otros; y sobre todo la paradoja de tener el mandato de solucionar graves problemas sociales con recursos insuficientes en muchas ocasiones.

Sabemos que en general las estrategias de afrontamiento empleadas por los terapeutas familiares no están primariamente relacionadas con métodos formales de ayuda tales como la supervisión y la consulta. Muchos profesionales valoran las ayudas informales de los sistemas disponibles en sus lugares de trabajo y en general el ambiente profesional.

Es importante sumar estas estrategias de protección a las que se pueden ofrecer a través de las administraciones más focalizadas en la formación y supervisión continua.

Por último y como aplicación de los resultados merece la pena destacar la necesidad de una exploración a través de técnicas grupales de los sentimientos de los profesionales y el grado de confianza en las instituciones. El tema de los miedos de los profesionales a mostrar sus carencias o su desmotivación nos parece un posible factor de riesgo para el trabajo en equipo. En un campo como el de la protección de los menores es importante que los profesionales se sientan seguros para realizar mejor su labor. La creación de una fuerte alianza con los profesionales es tan importante como la alianza en el contexto terapéutico con la familia. Las instituciones deben a través de actividades favorecer contextos de intercambio y de seguridad para estos profesionales que están sometidos a un nivel de estrés elevado en el tratamiento de un tema social en el que el mensaje de apoyo tiene un especial significado.

## Referencias

- Aarón, A.M. y Llanos, M.T. (2001). Desgaste profesional. En A.M. Aarón (Ed.), *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: La experiencia de San Bernardo*. Santiago: Galdoc.
- Anderson, D. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24 (6), 839-848.
- Azar, S. (2000). Preventing burnout in professional and paraprofessional who work with children abuse and neglect cases: A cognitive behavioral approach supervision. *Journal Psychotherapy in Practice*, 56 (5), 643-663.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología Social. Prevención y reparación*. Santiago: Galdoc.
- Beck, D.F. (1987). Counselors burnout in family service agencies. *Social Caseworks*, 68 (1), 3-15.
- Bergin, A.E. y Jensen, J.P. (1990). Religiosity of Psychotherapists: A National Survey. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
- Beyebach, M. (2007). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in inter-generational family therapy*. Nueva York: Harper & Row.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Boyle, A., Grap, M., Younger, J. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (7), 850-57.
- Buunk, B.P. y Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.
- Canevaro, A. (1995). Terapia Familiar Trigeneracional. En M. Garrido y A. Espina (Eds.), *Terapia familiar: aportaciones psicoanalíticas y trigeneracionales* (págs. 145-180). Madrid: Fundamentos.
- Cancrini, L. (1987). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Castro, A.M., Rodríguez, M.L., Moreno, C., Vicente, C., Arroyo, M. y Fernández, M.J. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapia. *Fisioterapia*, 28 (1), 17-22.

- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout job stress in the Human Services*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 135-149). Londres: Taylor & Francis.
- Conrad, D. y Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30 (10), 1071-1080.
- Cornille, T. y Woodard-Meyers, T. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive. *Journal of Traumatology*, 5 (1), 1-15.
- Cyphers, G. (2001). *Report from the child welfare workforce survey: State and county data findings*. Washington, DC: American Public Human Service Association.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Espina, A. (1995). Sobre la persona del terapeuta familiar y su importancia en la formación. En M. Garrido y A. Espina (Eds.), *Terapia familiar: aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales* (págs.105-125). Madrid: Fundamentos.
- Etzion, D. y Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209.
- Everett, C.A. (1980). An analysis of AAMFT supervisors: their identities, roles and resources. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 286-293.
- Faber, B. (1991). *Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher*. Nueva York: Jossey-Bass.
- Fauri, D.P. (1978). Points and viewpoints protecting the child protective service worker. *Social Work*, 23, 62-64.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Framo, J.L. (1982). Investigación sistemática de la dinámica familiar. En I. Boszormenyi-Nagy y J.L. Framo (Eds.), *Terapia familiar intensiva*. México: Trillas.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Friedlander, M., Escudero, V. y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Fryer, G.E., Miyoshi, T. y Thomas, P.J. (1989). The relationship of child protection worker attitudes to attrition from the field. *Abuse and Neglect*, 13, 345-350.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7 (18), 3-12.
- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
- Garden, A.M. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- Garrido, M. y Espina, A. (1995). *Terapia familiar: aportaciones psicoanalíticas*

- y transgeneracionales. Madrid: Fundamentos.
- Garrido, M. (1999). *Actas del I Seminario Internacional sobre Terapia Familiar y de Parejas en casos de violencia*. Carmona (Sevilla).
- Gil-Monte, P.R. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7 (19), 121-130.
- Gil-Monte, P.R. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Disertación doctoral no publicada. La Laguna: Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), 679-689.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Stevenson, J.S. (1986). *Stress in organizations*. Nueva York: Praeger.
- Guy, J.D. (1995). *La vida personal del terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber, (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (págs. 29-39). Nueva York: Pergamon Press.
- Hobfoll, S.E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 115-129). Londres: Taylor & Francis.
- Junta de Andalucía (2002). *Manual de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo psicosocial*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, Dirección General de Infancia y Familia.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 168-177.
- Kovalskys, J. y Gómez, E. (2000). Cultura de la violencia: su impacto invisible en el paciente y en el vínculo terapéutico. En O. Vilchez (Ed.), *Violencia en la cultura. Riesgos y estrategias de intervención*. Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Kovitz, K.E., Dougan, P., Riese, R. y Brummitt, J.R. (1984). Multidisciplinary team functioning. *Child Abuse & Neglect*, 8 (3), 353-360.
- Leiter, M.P. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.
- Leiter, M.P. (1990). The impact of family resources, control doping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.
- López, B.E. y Población K.P. (1997). *Escultura y otras técnicas psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A.I. y Rodríguez Martín, J. (2007). Relación entre el burnout o “síndrome de quemarse por el trabajo”, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19, 388-394.
- Morales, G. y Lira, E. (2000). La “receta” del autocuidado: los riesgos de equipos en programas de trabajo con violencia. En O. Vélchez (Ed.), *Violencia en la cultura. Riesgos y estrategias de intervención*. Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Murillo, P. (2001). *El autocuidado en los psicólogos clínicos de Costa Rica: Cognitivas, conductuales y emocionales*. San José: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Nagy, S. y Davis, L.G. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57 (3), 1319-1326.
- Nowack, K.M. (1986) Type A, hardiness and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 537-548.
- Ortega, R.C. y López, R.F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Parry, J.K. (1989). Mutual support groups: Do they relieve staff stress? *The Jewish Social Work Forum*, 25, 43-49.
- Pavlovsky, E., Kesselman, H. y Fridlewsky, L. (1977). *Las escenas temidas del coordinador de grupos*. Madrid: Fundamentos.
- Pearlman, L.A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. En H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress*. Lutherville: Maryland Ed.
- Peiró, J.M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington: Taylor & Francis.
- Quintana, C. (2005). El síndrome de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave. *Psyche*, 14 (1), 55-68.
- Ríos, J.A. (1994). *Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rountree, B.H. (1984). Psychological Burnout in Task Groups. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 235-248.
- Saba, G. y Liddle, M. (1986). Perceptions of professional needs, practice patterns and critical issues Racing family therapy trainers and supervisors. *The American Journal of Family Therapy*, 14, 109-122.
- Santana, A.I. y Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos de profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psyche*, 16 (1), 77-89.
- Satir, V. y Baldwin, M. (1983). *Satir step by step: A guide to creating change in families*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Schlentz, K.C., Guthrie, M.R. y Dudgeon, B. (1995). Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 986-993.
- Serrano, M.F., Garcés, E. e Hidalgo, M.P. (2008). Burnout en fisioterapeutas es-

- pañoles. *Psicothema*, 20 (3), 361-368.
- Shay, J. (1992). Countertransference in the family therapy of survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 585-593.
- Stamm, B.H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction as fatigue test. En C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Steed, L. y Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: The experience of therapist working with the perpetrators of sexual abuse. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies* [En red; disponible en: [www.steed.curtin.edu.au](http://www.steed.curtin.edu.au)].
- Street, E. (1995). The stresses of working with couples and families. En W. Dryden (Ed.), *The stresses of counselling in action*. Londres: Sage.
- Street, E. y Rivett, M. (1996). Stress and coping in the practice of family therapy: A British survey. *Journal of Family Therapy*, 18, 303-319.
- Thompson, M.S., Page, S.L. y Cooper, C.L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Wilson, D. y Chiwakata, L. (1989). Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Reports*, 65 (2), 426.
- Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.
- Wright, T.A. y Bonett, D. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behaviour*, 18, 491-499.
- Zabel, R.H. y Zabel, M.K. (1982). Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49 (3), 261-63.



# Normas para la publicación de trabajos en

## apuntes de psicología

1. A la redacción de *Apuntes de Psicología* podrán enviarse trabajos inéditos desarrollados en el ámbito general de la psicología, tanto en su vertiente teórica como aplicada. La revista aceptará revisiones actualizadas, informes de investigación, experiencias e intervenciones profesionales y reseñas, tanto de libros como de congresos y jornadas científicas y/o profesionales. (Ver normas específicas para la publicación de estos últimos tipos de informaciones en el apartado 13).
2. Los trabajos se dirigirán a *Apuntes de Psicología*, Colegio Oficial de Psicología, Delegación de Andalucía Occidental, c/ Espinosa y Cárcel, 43-45, 41005 Sevilla (España). Al recibir un trabajo, la redacción de *Apuntes* acusará recibo del mismo. Los trabajos que no cumplan estas normas serán devueltos a sus autores.
3. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 folios mecanografiados a doble espacio (equivalente a 50.000 caracteres). Se presentarán usando un procesador de textos y adjuntando un disquete en el que se especifique el título del/os archivo/s y el programa utilizado. De cada trabajo habrán de enviarse original y tres copias.
4. En página aparte deberá figurar: a) Título del artículo en castellano y en inglés; b) Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor; c) Nombre, teléfono y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito. En su caso, podrá indicarse una dirección de correo electrónico.
5. Al comienzo del trabajo deberá aparecer un resumen del mismo (150 palabras como máximo) en español e inglés. También se incluirá, en ambos idiomas, un listado de palabras clave.
6. Deberán presentarse originales de calidad de todas las ilustraciones (dibujos, figuras y gráficos); no se aceptarán fotocopias. Las ilustraciones vendrán separadas del texto y numeradas correlativamente, indicándose con claridad en el propio texto el lugar que ocuparía cada figura y acompañados del texto de pie correspondiente.
7. Las notas a pie de página, cuando sean imprescindibles, se señalarán con claridad en el texto.
8. Los trabajos empíricos o informes de investigación, deberán presentarse conforme a los apartados de *introducción, método, resultados y discusión o conclusiones*. En los restantes trabajos ha de procurarse una presentación clara, estructurada y organizada en diferentes apartados, debiéndose cuidar especialmente la sintaxis y redacción de los mismos.
9. Las citas bibliográficas se intercalarán en el texto con el apellido del autor y el año de la edición del original entre paréntesis. En el caso de reproducirse alguna cita textual, habrá de especificarse necesariamente el número de la página del texto en que se encuentra. Todos los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente lista de referencias bibliográficas.

Todas las referencias citadas en el texto deben aparecer en la lista y viceversa. Las referencias, presentadas por orden alfabético, se ajustarán a los formatos siguientes:

a) *Libros*: Apellido/s, inicial/es del o los nombres. Año de publicación entre paréntesis. *Título de la obra en cursivas*. Lugar de publicación: Nombre de la editorial.

*Ejemplo*:

Rodrigo, M.J. y Amay, J. (Comps.) (1997). *La construcción del conocimiento escolar*. Barcelona: Paidós.

En el caso de que el libro referenciado sea una traducción, debe indicarse, tras la inicial del nombre del autor y entre paréntesis, el año de publicación original, apareciendo al final de la referencia el año de publicación de la traducción.

*Ejemplo:*

Karmiloff-Smith, A. (1992). *Más allá de la modularidad: la ciencia cognitiva desde la perspectiva del desarrollo*. Madrid: Alianza Ed., 1994.

b) *Artículos que se encuentran en una revista:* Apellido/s, inicial/es del o de los nombres. Año de publicación entre paréntesis. Título del artículo. *Nombre completo de la revista en cursivas, número del tomo en cursivas, y, entre paréntesis, número del volumen en cursivas,* números completos de la primera y última página del artículo.

*Ejemplo:*

Moreno Rodríguez, M.C. (1996). La persona en desarrollo: una reflexión acerca de la continuidad y el cambio en la definición de las trayectorias de vida. *Apuntes de Psicología*, 47, 5-44.

c) *Capítulos de libros:* Apellido/s, inicial/es del o de los nombres. Año de publicación entre paréntesis. Título del capítulo, iniciales y apellido/s del editor o recopilador. *Título del libro en cursivas.* Números de primera y última páginas del capítulo. Lugar de publicación: Nombre de la editorial.

*Ejemplo:*

De la Mata, M.L. (1993) Estrategias y acciones de memoria. En J.I. Navarro (Coord.), *Aprendizaje y memoria humana* (págs. 277-301). Madrid: McGraw-Hill.

Cuando sean varios los autores de un trabajo, deben aparecer referenciados los apellidos e iniciales de los nombres de todos ellos.

**10.** Los trabajos que cumplan las normas expuestas hasta el punto 9, serán enviados de manera anónima a, como mínimo, dos revisores de la especialidad correspondiente de entre los que componen el Consejo Editorial de *Apuntes de Psicología*. Los comentarios realizados por los revisores servirán de directriz para la aceptación, rechazo, o sugerencias de modificación de un trabajo. Los autores de trabajos que requieran alguna modificación para ser publicados, recibirán por correo las oportunas sugerencias.

**11.** Por cada trabajo publicado, *Apuntes de Psicología* entregará al autor o primer autor dos ejemplares del correspondiente número de la revista y 15 separatas de su artículo.

**12.** Reseñas bibliográficas. Indicar título de la obra en el idioma original, lugar de publicación, editorial y fecha. En caso de tratarse de una traducción al español, además de los datos anteriores, indicar título en castellano, lugar de publicación, editorial, fecha y nombre del traductor de la versión española. Es optativo del autor de la reseña dar un título general a su información sobre la obra revisada. La extensión aproximada de la reseña será de cinco folios mecanografiados a doble espacio. Indicar nombre y apellidos, domicilio, teléfono/s de contacto y lugar de trabajo del autor de la reseña.

**13.** Información sobre encuentros profesionales y científicos. La extensión aproximada será de dos folios mecanografiados a doble espacio. Reseñar nombre de la convocatoria en español e inglés, lugar y fecha de celebración y entidades o instituciones organizadoras. Enumerar las conferencias, mesas redondas, etc., más relevantes y los nombres de sus ponentes. En su lugar, resaltar la asistencia de personalidades de prestigio científico y/o profesional que hayan participado. Resumir brevemente aquellos aspectos del contenido que, a juicio del autor de la información, se consideran más importantes. Si el encuentro es de ámbito internacional, insertar un breve análisis estadístico de la participación española y, si es de carácter nacional, de la participación andaluza. Conclusiones generales y perspectivas de futuro. Nombre y apellidos, domicilio, teléfono y lugar de trabajo del autor de la información.

**14.** La redacción de *Apuntes de Psicología* se reserva el derecho de publicación de un artículo en el número de la revista que considere oportuno.

**15.** *Apuntes de Psicología* no acepta ninguna responsabilidad sobre los puntos de vista y datos de los autores en los trabajos publicados.