

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



Facultad de Psicología

Tesina de Licenciatura en Psicología:

*“Síndrome de Burnout en profesores
terapeutas que trabajan con personas
con discapacidad.”*

Alumna: Collovati, Marina.

Directora: Mgter Casanova Julia.

Mendoza, 01 de Febrero de 2017

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal Examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

Nota:

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por ser mi apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida.

Y a la profesora Julia Casanova por su gran predisposición.

RESUMEN

Introducción: La presente investigación tiene como propósito, evaluar los niveles de Burnout en profesores-terapeutas que trabajan en la Institución Esperanza. Además se pretendió analizar, el proceso de desgaste profesional, indagando: factores antecedentes, elementos y consecuencias de burnout. También, se analizaron las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas y la relación de estas, con los índices obtenidos por la muestra en el C.B.B.

Método: Se trato de un estudio no experimental de tipo descriptivo. Se trabajo con una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por nueve profesores terapeutas de una institución privada de educación especial. Para la recolección de datos, se aplico el Cuestionario Breve de Burnout (Moreno Jiménez, 2005) y una entrevista semi estructurada Ad Hoc para conocer, mediante análisis categorial las Motivaciones Fundamentales afectadas.

Resultados: En cuanto al primer objetivo, los resultados muestran que 1 sujeto presento burnout. Se concluye que el nivel de burnout obtenido es relativamente bajo.

Se encontraron resultados significativos en la escala Consecuencias de Burnout, el 77,77% de los sujetos presenta una puntuación elevada en la subescala Consecuencias Físicas. Considerando la escala Síndrome de burnout, el 66,66% obtuvo puntuaciones elevadas en la subescala Despersonalización.

Teniendo en cuenta el tercer objetivo, el 44,44% de los sujetos manifiesta una afectación en las Motivaciones Fundamentales. Las motivaciones afectadas son: la segunda y la tercera. Por último, se puede inferir, que podría existir alguna relación entre los índices de burnout y la afectación en las Motivaciones Fundamentales, ya que el sujeto que presenta Burnout y el sujeto que presenta la

segunda puntuación más alta, son dos de los cuatro sujetos que presentan afectadas las Motivaciones Fundamentales.

Palabras claves: Síndrome de Burnout. Estrés laboral. Discapacidad.

SUMMARY

Introduction:

The purpose of this research was to evaluate the levels of burnout in nine professors-therapists working at Esperanza Institution (Private School of special education). It was also intended to analyze the process of professional psychological exhaustion, investigating: antecedent factors; elements and consequences of burnout. In addition, the Fundamental Motivations affected and the relation of these were analyzed, with the indices obtained by the sample in C.B.B.

Method:

It was a non-experimental study of descriptive type. A non-probabilistic sample of intentional type was made up of nine professors-therapists from a private institution of special education. For data collection, the Burnout Brief Questionnaire (Moreno Jimenez, 2005) and semi-structured Ad Hoc interviews were used to determine the Fundamental Motivations affected.

Results:

As for the first objective, the results showed that one subject presented burnout. In conclusion, the level of burnout obtained was relatively low.

Significant results were found on the Burnout Consequences Scale, 77, 77% of the subjects presented a high score in the subscale Physical Consequences. Considering the Burnout Syndrome Scale, 66.66% obtained high scores in the Depersonalization subscale.

Taking into account the third objective, 44.44% of the subjects showed an affectation in the Fundamental Motivations. The motivations affected were: the second and third. Finally, it could be inferred that there could be some relationship between burnout rates and affectation in Fundamental Motivations. The subject

who presented burnout and the subject who presented the second highest score were two of the subjects who Fundamental Motivations were affected.

Key words: the Burnout Syndrome, working stress, disability.

ÍNDICE

Hoja de evaluación.....	1
Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	5
Índice.....	7
Introducción.....	10

PRIMERA PARTE: Marco teórico.

Capítulo 1: Síndrome de Burnout.

1-1 Definición.....	12
1-2 Historia del Síndrome.....	12
1-3 Dimensiones del Síndrome.....	13
1-4 Similitudes y diferencias con otros conceptos.....	14
1-5 Causas.....	16
1-6 Proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout.....	18
1-7 Síntomas.....	20
1-8 Consecuencias.....	21

1-9 Estrategias de prevención e intervención.....22

1-10 Punto de vista analítico existencial.....23

Capítulo 2: Discapacidad.

2-1 Concepto de discapacidad OMS.....26

2-2 Modelos de rehabilitación.....28

2- 3 Discapacidad en niños y adolescentes.....30

2-4 Discapacidad mental.....32

Capítulo 3: Educación especial.

3-1 Definición.....39

3-2 Historia de la educación especial.....40

3-3 Modelos científicos en Educación especial.....43

3-4 Diferencias con la educación ordinaria.....46

3-5 La organización de la educación especial.....47

3-6 Ley de Educación Nacional N° 26.206.....50

3-7 Aspectos psicoeducativos del niño con educación especial.....51

3-8 Investigaciones: Síndrome de Burnout, en profesores
terapeutas que trabajan con personas con discapacidad.....52

SEGUNDA PARTE: Marco metodológico.

Capítulo 4: Métodos, Materiales y Procedimientos

4-1 Objetivos.....	54
4-2 Metodología.....	54
4-2-1 Tipo de estudio y diseño de investigación.....	54
4-2-2 Descripción de la muestra.....	55
4-2-3 Instrumentos.....	56
4-3 Procedimiento.....	61

Capítulo 5: Resultados y discusión.

5-1 Objetivo 1.....	66
5-2 Objetivo 2.....	66
5-3 Objetivo 3.....	68
5-4 Objetivo 4.....	73
Conclusiones.....	75
ANEXO.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	86

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, resulta importante al considerar la eficacia de una organización, tener en cuenta, el bienestar y la salud laboral, ya que esto tiene repercusiones sobre la productividad y eficacia de los trabajadores. Dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesiones asistenciales, como los profesores terapeutas, el deterioro de su calidad de vida laboral, genera consecuencias negativas sobre la sociedad en general. (Gil Monte, 2003).

En numerosos estudios, se concluye que los profesores terapeutas, están expuestos a condiciones de trabajo susceptibles de originar Síndrome de Burnout: Escasez de personal, trato con alumnos que pueden ser agresivos, dificultades en la delimitación de las tareas que realiza, dificultades en la autonomía para tomar decisiones, problemas de conducta y de disciplina en las aulas, la responsabilidad educativa que la sociedad y la familia les atribuyen como profesores etc.(Florez,1997; Molina, 2005; Guerrero y Vicente, 2002;Jackson y Ashley, 2005; Gil Monte, 2006,citado en Olivares Faúndez, Calzaretta, Juárez García, 2009).

A raíz de ello, el presente trabajo de investigación, se realiza con el objetivo general de indagar niveles de Burnout, en una muestra de nueve profesores-terapeutas que trabajan con personas con discapacidad en la Institución Esperanza. Y como objetivos específicos: Indagar factores antecedentes (características de la tarea, organización y tedio), elementos (falta de realización personal, despersonalización y cansancio emocional) y consecuencias (físicas, sociales y psicológicas) de Burnout. También, Indagar las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas en los profesores terapeutas. Y para finalizar, Indagar si existe relación entre las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas y los índices obtenidos por la muestra en el C.B.B.

A partir de estos objetivos, el presente estudio busca aportar información a la clínica psicológica y de esta forma, contribuir a resguardar el bienestar

psicológico de los profesionales y en efecto la calidad del servicio que prestan a sus pacientes y alumnos.

Teniendo en cuenta los temas que abarca esta tesina, la primera parte del trabajo, su marco teórico, comprende un primer capítulo en el que se describen definiciones y luego, la historia y dimensiones del término Síndrome de Burnout. A su vez, se especifican las causas, su proceso de desarrollo, consecuencias, estrategias de prevención e intervención y para finalizar, el punto de vista analítico existencial sobre el Síndrome.

. A lo largo del segundo capítulo, se contempla una revisión de la bibliografía sobre discapacidad (sistemas internacionales de clasificación y libros sobre la temática). Se desarrollaron más ampliamente: la discapacidad intelectual y la discapacidad en niños y adolescentes, debido a que los profesores terapeutas estudiados, trabajan con esta población.

El capítulo tres, desarrolla la temática educación especial. En primer lugar, se realiza un despliegue teórico (definiciones, historia, modelos científicos, organización, ley de educación nacional, etc). En el final del marco teórico, se hace referencia a investigaciones sobre el Síndrome de Burnout en profesores terapeutas.

En la segunda parte del trabajo, el marco metodológico, se describen los objetivos y la metodología de la investigación utilizada incluyendo: diseño, tipo de estudio, muestra, instrumentos y procedimiento llevado a cabo. Luego, se exponen los resultados obtenidos con su pertinente discusión y, por último, las conclusiones.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

Síndrome de Burnout.

1-1 Definición:

Pines y colaboradores, en el año 1981, describen el Síndrome de Burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por un cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y por el desarrollo de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente.

Farber (1983) postula que Burnout, es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por una discrepancia en la percepción de los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por síntomas psicológicos tales como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima. (Martínez Pérez, 2010).

El Síndrome de Burnout, puede ser definido, como una respuesta al estrés laboral crónico. Puede acompañarse, de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, que provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

1-2) Historia del Síndrome:

El término “burnout”, fue utilizado en el lenguaje anglosajón en la jerga de los atletas, para describir aquellas ocasiones en las que no se logra obtener los resultados esperados a pesar de haber entrenado lo suficiente. Su traducción al castellano significa “estar quemado”. (Álvarez Gallego, Fernández Ríos, 1991).

Fuera del lenguaje deportivo, fue el psiquiatra Freuderberg (1974), el primero en utilizar el termino Síndrome de Burnout. Al trabajar en una clínica de

Nueva York, observó que los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, presentaban: pérdida progresiva de energía, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

Lo conceptualizo, como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicio, como consecuencia del contacto diario con su trabajo. (Pérez Camacho, 2012).

La definición más aceptada en la actualidad, es la desarrollada por Cristina Maslach y Susan Jackson. Ellas explican que a los trabajadores asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable de intensa relación, con personas que están en una situación problemática, donde la relación está cargada de sentimientos de frustración, temor y perturbación emocional. El estrés resultante puede dejar a los profesionales con sensación de vacío y síntomas propios del síndrome de burnout. (Lauro de los Ríos Castillo, Barrios Santiago, Ocampo Mancilla, Luzeldy Avila Rojas, 2007).

1-3) Dimensiones del síndrome:

El término Burnout ha sido aceptado casi en su totalidad por la comunidad científica, desde la conceptualización establecida por Maslach en 1982. En este año, se crea el Inventario de Burnout de Maslach, que mide el Burnout en educadores y personal de los servicios humanos. Es precisamente, a partir de la creación de dicho inventario, que se define el Síndrome de Burnout, como una respuesta de estrés crónico a partir de tres factores (Thomaé, Ayala, Sphan y Storti, 2006; Maslach y Jackson, 1981):

° Cansancio emocional: Hace referencia a los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. El profesional tiene la sensación de que los recursos emocionales se han agotado por las demandas del trabajo.

Puede estar acompañado de sentimientos de tensión y frustración, en la medida que ya no siente motivación para seguir con el trabajo. Las personas se sienten desgastadas e incapaces de recuperarse. Se ponen en manifiesto síntomas físicos y emocionales y comienzan las manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se pueden recuperar ni siquiera con el descanso.

° Despersonalización: Hace referencia al desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia los pacientes/clientes y a los compañeros de trabajo. Lo cual, deriva en frecuentes conflictos interpersonales y aislamiento del profesional. El trato despersonalizado al entorno laboral está basado en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, lo que tiene como objeto evitar cualquier acercamiento directo que sea desgastante. El profesional se convierte en cínico, lo que se refleja en falta de sensibilidad y deshumanización hacia los terceros. El cinismo es auxilio para reducir al mínimo las emociones intensas que podrían provocar su involucramiento y compromiso laboral.

° Falta de realización personal: Es la tendencia de los profesionales a evaluarse constantemente de manera negativa, afectando la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores sienten no estar desempeñándose tan bien como lo hacían años anteriores y se valoran como ineficaces. Es de esta manera como el profesional que trabaja cotidianamente con personas, va acumulando un estrés laboral crónico que puede agotarle emocionalmente y finalmente, llevarle a una situación de desborde emocional y desgaste físico.

1-4) Similitudes y diferencias con otros conceptos

La denominación de los fenómenos es fundamental para entenderlos y caracterizarlos. El término Burnout, ha surgido íntimamente relacionado con otros conceptos ya existentes, por lo cual resulta importante establecer precisiones al respecto:

° Estrés: El estrés se distingue del síndrome de Burnout, ya que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. El estrés, se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que es un tipo de estrés crónico exclusivo del contexto laboral.

° Tedio o aburrimiento: Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que la diferencia entre Burnout y el tedio o aburrimiento en el trabajo, es que el Burnout es fruto de repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio puede resultar de cualquier presión o falta de innovación. Ambos términos son equivalentes cuando se producen como resultado de una insatisfacción del trabajo con la gente.

° Insatisfacción laboral: Maslach y Jackson en su escala de medición (Maslach Burnout Inventory) consideran la insatisfacción en el trabajo como un componente de este síndrome, pero no necesariamente ha de aparecer ligada a altos niveles de cansancio emocional. Es decir, que no son términos equivalentes aunque entre ellos haya fuertes correlaciones.

° Depresión: Hallsten (1993), demostró a través de investigaciones que la etiología de Burnout y de depresión era distinta, aunque los dos fenómenos pueden compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión, tiene una correlación significativa con una de las tres dimensiones de Burnout: el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos: la baja realización personal y la despersonalización.

° Crisis de la edad Media de la vida: La diferencia entre esta crisis y Burnout, es que la experiencia de estar quemado, suele darse en los jóvenes recién incorporados a su nuevo puesto. Esto se debe, a que es frecuente que estos sujetos no estén apropiadamente preparados para hacer frente a los

conflictos emocionales que se les presentan en el contexto laboral y tienen dificultades para controlar sus propios sentimientos. Por el contrario, la crisis de la edad media sobreviene cuando el profesional hace un balance negativo de su posición. (Martínez Pérez, 2010).

° Mobbing: El síndrome de quemarse en el trabajo, debe entenderse como una forma de acoso psicosocial en el trabajo pero es diferente al acoso psicológico o mobbing. El acoso psicológico o mobbing es un estresor laboral ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico, en donde existe un acosado y un acosador, mientras que el Burnout es una respuesta a los estresores crónicos laborales. (Gil-Monte, 2005, en Quinceno y Vinacci Alpi, 2007)

1-5) Causas:

Son variados los aspectos que se han considerado causantes del Síndrome de Burnout, entre ellos: pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo, pobre orientación profesional, aislamiento, bajas expectativas de esfuerzo y altas de castigo, etc. Una clasificación de los estresores causantes de Burnout, permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, 1997):

1) Nivel individual: Los profesionales presentan sentimientos de idealismo con respecto a su trabajo, lo que los lleva a implicarse excesivamente en los problemas de sus pacientes/clientes y a considerar un reto personal la solución de los mismos. Por ello, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo que le genera bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

El Dr. López-Elizalde (2004), contempla algunas variables dentro del nivel individual, como:

1-a) Edad: Se considera que durante los primeros años de carrera, el profesional sería especialmente vulnerable a padecer Burnout. Dado, que es el período, en el que se produce una transición entre las expectativas idealistas en relación al trabajo y la práctica cotidiana. Siendo ésta, la etapa en la que el joven profesional, se da cuenta que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

1-b) Estado civil: Si bien esta mas asociado a personas que no tienen pareja estable, no hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras, tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o bien conviven con parejas estables.

1-c) Hijos: Puede considerarse, que la existencia de hijos hace que estas personas sean más resistentes al síndrome, debido a la tendencia en los padres, a ser personas más maduras y estables. Además, la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas.

2) Nivel de las relaciones interpersonales: Cuando las relaciones con los usuarios y con los compañeros de trabajo, son tensas y conflictivas aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo. A su vez, la falta de apoyo en el trabajo por parte de supervisores, dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos, que aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo.

3) Nivel organizacional: Los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden a un esquema de burocracia profesionalizada. Es por ello, que inducen en sus miembros: problemas de coordinación, problemas de libertad de acción, dificultades de adaptación ante la incorporación rápida de innovaciones, etc. Lo anteriormente nombrado, se agrava aún más, ante las

respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales.

4) Nivel social: Desde este nivel, se consideran a las condiciones actuales de cambio social como desencadenantes de Burnout, entre ellas pueden nombrarse: la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas, cambios en los programas de educación y formación, aumentos cualitativos y cuantitativos en las demandas por parte de la población, etc.

1-6) Proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout.

El Burnout se considera un proceso continuo, es decir, que emerge de forma paulatina con un incremento progresivo en la severidad. En un primer momento, las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, generándose una situación de estrés. Una segunda fase, sería de sobreesfuerzo, en la que el sujeto daría una respuesta emocional a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, etc. En la tercera fase, se va a producir un cambio de actitudes y de conductas, con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas. El Burnout propiamente dicho, aparecería en la fase final y vendría a ser una respuesta a una situación laboral intolerable. (Golembiewski Muzenrider, 1989; Einsiedel Tully, 1980, en Alvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991).

Hay una variedad de modelos que tratan de explicar el desarrollo del Síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido totalmente aceptado. Algunos de los autores que han intentado una explicación global del proceso son (Martínez Pérez, 2010):

° Edelwich y Brodsky (1980): Establece cuatro etapas en el desarrollo del síndrome de Burnout: La primera es el entusiasmo y las altas expectativas ante el

nuevo puesto de trabajo; luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercera etapa es la de frustración; y la cuarta etapa, es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración.

° Cherniss (1982): Postula que el principal precursor de Burnout es la pérdida de compromiso. Describe el proceso en tres fases: La fase de estrés, la cual, consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La fase de agotamiento se produce como respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, como pueden ser sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga. La fase de afrontamiento, implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes/pacientes.

° Farber (1991): Propone un modelo de seis estadios sucesivos: Un primer estadio de entusiasmo y dedicación. Seguido de una respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales. Una tercera fase, en la que no hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados. Una cuarta etapa, en la que se abandona el compromiso e implicación en el trabajo. Generando como consecuencia el quinto y sexto estadio: que se corresponde con un aumento de la vulnerabilidad del trabajador por la aparición de síntomas físicos, cognitivos, emocionales, agotamiento y descuido.

° El Modelo Procesual de Leiter (1988): Plantea que la aparición del Burnout, se da a través de un proceso, que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría cansancio emocional en el trabajador, para luego experimentar la despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja realización personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales. Son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome: el

agotamiento emocional, que es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La despersonalización (que implica sentimientos cínicos y negativos hacia los clientes), se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Y por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo, que genera respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

1-7) Síntomas:

Los síntomas que han sido reportados por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout son: (Quinceno y Vinaccia Alpi, 2007; Alvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991).

° Nivel somático: Fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda y cuello. También, alteraciones respiratorias, gastrointestinales, hipertensión e insomnio. En mujeres, puede darse pérdida de ciclos menstruales.

° Nivel conductual: Comportamiento paranoide, actitud cínica, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, aislamiento, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo y quejas constantes. También suelen manifestarse comportamientos de alto riesgo como: conductas agresivas hacia los clientes, consumo de sustancias psicoactivas y tranquilizantes. Incluso pueden llegar a manifestar comportamientos suicidas.

° Nivel emocional: Agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio; dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos. Son frecuentes las reacciones defensivas, como la racionalización y desplazamiento de los afectos.

° Nivel cognitivo: En los sujetos pueden manifestarse, cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, etc.

1-8) Consecuencias de Burnout

Si los síntomas permanecen en el tiempo, aparecen en los profesionales consecuencias negativas en diferentes ámbitos de su vida. Las consecuencias que produce el Burnout se interrelacionan en tres categorías, ya que resulta difícil comprender que una persona afectada en uno de sus planos vitales, no esté también afectada en los otros.

Las consecuencias de Bournout en el contexto organizacional, tienen que ver con: una disminución significativa del rendimiento en su quehacer, en comparación con momentos anteriores, que no tiene una causa objetiva. Dicha disminución en el rendimiento, podría estar relacionada con una pérdida de la motivación, que lleva al profesional a desarrollar sentimientos negativos en relación a su desempeño laboral. Quien padece Burnout, desarrolla además sentimientos negativos hacia sus pacientes, por lo que tiende a tratarlos de forma cínica y despersonalizada, deteriorando la relación y reduciendo aun más la eficacia de su intervención. Cuando una persona presenta el síndrome, se puede observar una disminución del compromiso que presentaba con el trabajo, esta reducción se traduce en intenciones de abandonar el trabajo, ausentismo, retrasos y largas pausas durante la jornada, entre otros.

Haciendo referencia a las consecuencias psicológicas de Burnout, es frecuente la presencia de disfunciones psicosomáticas (como dolor de espalda o de cabeza, problemas digestivos, asma, hipertensión, insomnio, taquicardia, etc.) provocadas por el estrés sostenido. A su vez, pueden mencionarse: depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, cólera, baja tolerancia a la frustración, abuso de sustancias, etc.

Los individuos afectados por el síndrome, muestran además actitudes negativas hacia los diversos contextos ambientales, como la pareja o la familia. Lo cual, repercutirá en un deterioro de las relaciones sociales, provocadas por el aislamiento y los constantes cambios de humor. Generando, un empeoramiento de su calidad de vida, que se refleja en una disminución de su bienestar personal y social. (Gatto, 2012).

1-9) Estrategias de prevención e intervención:

Numerosos autores, han llegado a la conclusión de que la forma más eficaz de prevenir y de tratar el Burnout, se orienta hacia la intervención en tres niveles: individual o personal, social y organizacional. (Guerrero y Vicente, 2001; Rubio, 2003, en Guerrero Barona y Rubio Jiménez, 2005).

Estrategias individuales: Se subclasifican a su vez en: técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas.

1-a) Técnicas fisiológicas: Están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Dentro de estas técnicas, destacan las técnicas para la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback.

1-b) Técnicas conductuales: Tienen como finalidad, conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le posibiliten el afrontamiento de los problemas laborales. Entre ellas se encuentran, el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol.

1-c) Técnicas cognitivas: Con estas técnicas, se busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los

recursos personales del individuo. Entre las más empleadas se destacan la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional.

2) Estrategias de intervención social: Tienen como objetivo, romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización; al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo. Ya que se ha demostrado, que el apoyo social amortigua los efectos perniciosos de las fuentes de estrés laboral, e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas.

3) Estrategias de intervención organizacional: Estas estrategias, están destinadas a modificar aspectos disfuncionales en la estructura de la organización, como la comunicación, la formación de los profesionales, los procesos de toma de decisiones, el ambiente físico, los turnos, el reparto de tareas, etc.

1-10) Punto de vista Analítico-existencial:

Längle (2003), define el Síndrome de Burnout, como un estado duradero de agotamiento debido al trabajo. Afecta el bienestar general de la persona, al deteriorar la capacidad de decidir, para tomar una actitud y accionar. Si los síntomas de burnout continúan en el tiempo, se distorsiona toda la experiencia del mundo interno y externo, generando pérdida de orientación y un sentimiento de vacío. Los sentimientos de vacío, podrán estar acompañados por un sentimiento general de falta de sentido, que se expande a todas las áreas de la vida. Desde esta teoría, el burnout es una forma especial de vacío existencial.

El sentido existencial se caracteriza por un sentimiento de realización interna y de plenitud. Esta experiencia, podrá persistir aún cuando la persona experimente fatiga y agotamiento, siempre que permanezcan vigentes la relación

con uno mismo y la sensación de estar llevando a cabo voluntariamente las actividades. En contraste, una persona cuya vida está dominada por una búsqueda narcisista relacionada con la carrera, aparecerá solo un sentimiento de vanidad. La persona que está bajo la experiencia de burnout, se cierra a un sentido existencial con respecto a las actividades que encara. Por ello, si una persona trabaja con placer e interés, experimenta su vida sintiéndola valiosa y llena de sentido. La verdadera plenitud en el trabajo es la mejor protección contra el burnout.

En relación a las motivaciones fundamentales, este síndrome, genera esencialmente, una divergencia motivacional teórica entre la intención subjetiva y la ocupación objetiva. El burnout, produce una deficiencia a nivel de:

La primera motivación: Por ello, la persona se cierra a la experiencia de sostén, por lo cual sentirá inseguridad y peligro. Serán más propensas a realizar sus actividades ordenadas de forma rígida y se aferrarán a ellas ya que les proveen apoyo y un espacio seguro para vivir.

La segunda motivación: Hace referencia a las relaciones y al valor de la vida, la cercanía que da origen a la calidez emocional. La segunda motivación fundamental, es la que se ve más afectada en el Síndrome de burnout. Desordenes en este nivel, generan bloqueo en las emociones y/o temor a las relaciones, que impiden relaciones de apertura, generando sentimientos de obligación hacia los demás. Estas personas utilizan su trabajo para compensar sus sentimientos de culpa, desvalorización y falta de relaciones. Sin embargo, ponen sus propias demandas en último lugar y viven prisioneras de su propia carencia.

Al perturbarse la tercera motivación, la persona se vuelve propensa a buscar adulación y elogio, considerando que su valor intrínseco depende del éxito profesional o del dinero que gana. La carencia en este nivel, apunta a una falta de

autoestima que lo vuelve dependiente de la valoración y respeto de los demás. Por lo que, cuando la persona experimenta descontento y falta de reconocimiento en la actividad que realiza, tiende a tomar distancia de las personas en su entorno laboral.

Las tres motivaciones fundamentales precedentes son un pre requisito para la cuarta Motivación Fundamental. Una persona que no ha alcanzado estos requisitos, experimenta solo parcialmente su sentido. Las experiencias son solo semblanzas de sentido, contrastando con el verdadero sentido, que sostiene el valor personal, un sentido más fundamentado y recompensado.

Con respecto a la terapia, se dirige fundamentalmente al alivio de la situación, la prioridad esta en supervisar y trabajar sobre temas conflictivos. El trabajo está dirigido a la persona afectada, pero también a la institución u organización en la que la persona trabaja. Para ello, se utilizan estrategias que permitan encauzar la conducta, como: delegación y división de responsabilidades, discusión de opiniones normativas y creencias disfuncionales, aprendizaje de estrategias para desarrollar un trabajo eficiente, etc.

Desde el Análisis Existencial, se propone tratar el burnout desde la teoría de las motivaciones fundamentales. Así, se busca que la persona que se haya fijada en las condiciones externas, se desplace hacia una actitud interna, aquellos sentidos subjetivamente personales, hacia la propia vida.

CAPÍTULO II

Discapacidad

Introducción al capítulo: Discapacidad.

En función de que la institución elegida para ser estudiada, atiende a personas con discapacidad, es que desarrollaremos brevemente sus conceptos y alcances.

2-1 Concepto de discapacidad OMS:

En la década del 70, la Organización Mundial de la Salud, se plantea la necesidad de ampliar su esquema lineal sobre el proceso de enfermedad: "Etiología-Patología-Manifestación".

Es por ello, que en 1980, presento la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDMM). Se busca con ello, incluir las consecuencias de la enfermedad, tanto en el cuerpo, como en la actividad del individuo. Tomándose como base la clasificación, pueden diferenciarse los siguientes términos, dentro de la experiencia de la salud:

° Deficiencia: Toda perdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

° Discapacidad: Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

° Minusvalía: Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

En las definiciones, puede inferirse que una deficiencia puede producir una discapacidad y la minusvalía puede ser causada por cualquiera de las dos

anteriores. Pese a los intentos en la clasificación, de mostrar al individuo antes como persona, que como sujeto de una determinada situación limitante. Muchas veces se han alzado en contra, al considerar que enumeraba situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja. Esto condujo a una nueva revisión de la terminología.

En el 2001, en la 54° Asamblea de la OMS, se aprueba la nueva versión: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). En la nueva versión, se abandona el enfoque anterior centrado en las consecuencias, para enfocarse en la salud y los estados relacionados con la salud. En ella, se habla de:

° Funcionamiento: Término que designa todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social.

° Discapacidad: Se refiere a, las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social.

° Salud: Elemento clave que relaciona a los dos anteriores.

La CIF está compuesta de escalas, en el contexto de la salud:

° Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas.

° Estructuras corporales: Se refiere a las partes anatómicas del cuerpo.

° Deficiencias: Son los problemas, pérdidas o desviaciones en las funciones o estructuras corporales.

- ° Actividad: Es la realización de una tarea por parte del individuo.
- ° Limitaciones en la actividad: Da cuenta de las dificultades que un individuo puede tener en la realización de actividades.
- ° Participación: Es el acto de involucrarse en una situación vital.
- ° Restricciones en la participación: Se refiere a las dificultades que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- ° Factores ambientales: Ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive.

Por lo tanto, la salud en forma positiva estará descrita, por las funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación. En cambio, la salud en forma negativa, se definirá por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Los factores ambientales, actuarán de forma positiva si suponen un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación. Serán negativos, si representan un obstáculo que entorpezca o agrave los componentes anteriores. (Jiménez Buñuales, Paulino González y Moreno, 2001; Egea Garcia y Sarabia Sanchez, 2001).

2-2 Modelos de rehabilitación:

Al analizar la discapacidad como fenómeno cultural, aparecen diferentes modelos, que han constituido un marco conceptual sobre lo que hoy se entiende por discapacidad. A continuación, se analizarán algunos modelos de rehabilitación, que han existido a través del tiempo (Céspedesi, 2005):

a) Modelo médico: Considera a la discapacidad como un comportamiento anormal del individuo, la manifestación externa de una alteración de su organismo. Es decir, que la persona con discapacidad se considera como enferma permanente, en espera de una cura. La discapacidad, es vista como un problema del individuo, lo que hace necesaria la rehabilitación centrada en el sujeto como paciente, quien requiere intervención médica individualizada, que debe ser dada por un profesional de la salud. Este modelo presenta algunos componentes negativos: Uno de ellos, es que la persona tiende a asumir y aceptar un rol de enfermo, por lo que se transforma en un individuo pasivo que ve la rehabilitación como responsabilidad del personal de salud. Las condiciones y relaciones sociales que se producen en los encuentros entre el personal de salud y la persona con discapacidad, generan que las personas con discapacidad, sientan reducida su identidad a los aspectos deficitarios individuales. Otro de los componentes negativos, tiene que ver con que los factores sociales no forman parte del modelo.

b) Modelo Biopsicosocial: Es una integración del modelo médico y del modelo social. En este último, la comprensión y teorización de la discapacidad, está interrelacionado e impulsado por los acontecimientos socio-políticos, culturales y económicos que suceden en cada época histórica. El modelo social, fomenta un sentimiento de capacidad o empoderamiento, tanto personal como política. Las implicaciones políticas del modelo social se sitúan en la línea de fomentar la lucha colectiva de las personas discapacitadas por un cambio social.

El modelo biopsicosocial, considera al individuo dentro de la sociedad y enfatiza en la importancia de todos los contextos ambientales que pueden influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad, por lo que se requiere de la participación de otros. En este modelo, el ser humano es el eje central, considerándose los elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales. Se ve a la discapacidad principalmente como un problema del sujeto desde diferentes dimensiones, aproximándose a un concepto integrador. Como elementos negativos de este modelo, pueden nombrarse, la

fragmentación de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, así como la falta de integración de estos aspectos con elementos ambientales y sociales.

c) Modelo basado en la comunidad: Como metodología de trabajo, este modelo, permite integrar de manera coordinada los diferentes actores sociales (personas con discapacidad, familia, escuela, empleadores, Estado y sociedad civil), en la búsqueda de alternativas orientadas a la integración social de las personas con discapacidad. Busca lograr este objetivo, a través de la participación activa de la sociedad y tomando en cuenta los recursos existentes.

2-3 Discapacidad en niños y adolescentes:

La presente investigación, se llevara a cabo tomando como muestra, profesores terapeutas que trabajan con niños y adolescentes con discapacidad. Por ello, creo oportuno, realizar algunas especificaciones al respecto.

Las causas de discapacidad del niño y del adolescente son variadas. Dichas causas se relacionan con los sistemas: Biológico, Social y Ecológico. Las causas del sistema biológico, tienen que ver con el potencial genético y la capacidad inmunológica. Las del sistema social, tienen que ver con la cultura, la tradición, los hábitos y su propia conducta en relación. Por último, el sistema ecológico hace referencia a la familia, la comunidad y la sociedad.

El niño y la discapacidad:

Los niños, tienen dos características que juegan un papel importante si existe una discapacidad. La flexibilidad, permite que el niño pueda ser moldeado (la fuerza de expresión de su desarrollo) y la dependencia que es la extensión de su grupo familiar.

Los efectos de la discapacidad, se extienden no solo al niño, sino también a la familia y a la sociedad. Es importante analizar estos efectos, porque la

expectativa de vida del niño es mayor y porque es más vulnerable a los efectos negativos que la discapacidad puede producir.

° Efectos en el niño: La discapacidad, genera la pérdida o la disminución de las habilidades para realizar actividades normales para su edad. Puede que una función determinada, se cumpla de distinta manera pero con el mismo resultado. Las actividades lúdicas son el pilar del desarrollo del chico, estas deben seleccionarse de acuerdo con sus habilidades, no con su edad.

° Efectos en la familia: Ante el nacimiento de un niño con discapacidad o la detección de esta, después del nacimiento, las familias suelen adoptar uno de dos mecanismos para adoptar el estado de aceptación. La resignación, que es negativa porque impide la acción y la creatividad, que posibilita la búsqueda de información y conocimiento.

La familia, puede reaccionar rechazando al niño o sobreprotegiéndolo. Al sobreprotegerlo, cambia la relación de la madre con el hijo y la interacción con la familia. El niño causa tensión en el contexto familiar, generando desacuerdos entre los padres que pueden conducir a la ruptura de la pareja. La madre, dedica mucho de su tiempo a la atención del niño con discapacidad, en detrimento de las relaciones con los otros hijos, con su pareja y el tiempo para sí misma. Si por el contrario la familia rechaza al niño, se afecta todo el desarrollo del mismo. En ambos, se compromete la maduración emocional y la socialización.

° Efecto en la sociedad: Tradicionalmente, la sociedad enfoca la discapacidad como un problema que se resuelve a través de beneficencia y no mediante los derechos humanos y la equidad. La rehabilitación debería incorporarse en todos los programas y no ser foco de programas especiales. Los gobiernos encuentran más fácil organizar servicios especiales para los niños con discapacidad, pese a que solo algunos necesitan el tipo de prestaciones que ofrecen.

El adolescente y la discapacidad:

La adolescencia es el periodo que transcurre entre el inicio de la maduración sexual y la terminación del crecimiento físico. Se trata de una etapa, en la cual la persona se desprende de la dependencia de los padres en busca de su identidad. Este proceso, puede perturbarse por potenciales factores negativos como la incapacidad de asumir responsabilidades, lograr la intimidad y relacionarse con otras personas. Las inquietudes de los adolescentes con discapacidad, son las mismas que las de todos los adolescentes pero la misma discapacidad las exacerba.

En este periodo, cobra gran importancia la sexualidad, debido a que se consolida la identidad sexual. Las limitaciones en la movilidad y traslado disminuyen las posibilidades de socialización, así como la comprensión y la práctica de su sexualidad. En las mujeres, la sexualidad tiene otras características que están relacionadas con el embarazo y la maternidad, estas se vuelven peligrosas en las adolescentes fundamentalmente en aquellas con deficiencias mentales que son vulnerables a abusos sexuales. (Amate y Vásquez, 2006).

2-4 Discapacidad Mental

Considero oportuno, desarrollar más extensamente esta temática, ya que los alumnos de la institución con la que se trabajara en esta investigación, presentan distintos niveles de gravedad de retraso mental.

Sistemas internacionales de clasificación:

Tanto la CIE-11, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V, como la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo AAIDD, contemplan tres criterios para el diagnóstico de la discapacidad intelectual:

- 1) Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- 2) Limitaciones significativas en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas.
- 3) Comienzo antes de los 18 años.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), a pesar de ser un marco conceptual para la descripción de todos los estados relacionados con la salud, comparte muchos de los principios conceptuales presentes en la AAIDD (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo). Presenta, un enfoque multidimensional de la discapacidad, centrado en el individuo, que contempla tanto las capacidades como las restricciones, permitiendo a su vez identificar los apoyos que precisa la persona.

Nos encontramos, con un enfoque de la discapacidad intelectual desde una perspectiva multidimensional, dejando atrás sistemas de clasificación que contemplan únicamente como criterio: la etiología de la discapacidad, o medidas de inteligencia, etc. Para centrarnos en 5 dimensiones, ya propuestas por la AAIDD en 2002: funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, salud, contexto e interacciones, participación y roles sociales, sin olvidar la necesidad de tener en cuenta el perfil de los apoyos necesarios.

Los principales peligros derivados del empleo de sistemas de clasificación y diagnóstico, es que son resistentes al cambio. Por ello, lo que comienza por ser un modo de organizar la información, se convierte en un modo de comprender y reaccionar ante el fenómeno, así como en inercias en el trabajo dentro de las instituciones. Otro de los peligros, ha sido el problema del “etiquetaje” y su posible incidencia sobre la autoestima de la persona con discapacidad.

Sin embargo, las categorías diagnósticas no tienen por qué tener en sí mismas un cariz negativo, sino que pueden adquirirlo cuando son utilizadas de un

modo peyorativo, lo que suele deberse a un problema actitudinal. Si empleamos las categorías diagnósticas, solo en aquellos contextos en los que sea estrictamente necesario y colocamos en un primer plano a la persona, son muchos los beneficios que podemos obtener del empleo de los sistemas de clasificación:

- ° Favorecer un conocimiento mayor de la discapacidad y el desarrollo teórico sobre la misma.
- ° Planificar la intervención y la idoneidad de los servicios.
- ° Facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y los servicios o instituciones.
- ° Identificar variables que han de ser evaluadas, para luego realizar intervenciones.
- ° Comprender el ritmo de progreso de la discapacidad para poder formular metas realistas.
- ° Conocer la categoría diagnóstica, puede ayudar a la familia a buscar de un modo más eficaz: recursos, grupos de apoyo, ayudas de carácter económico o contacto con organizaciones, etc.
- ° Favorecer un diagnóstico precoz.

Para que todos estos propósitos se vean cumplidos, es fundamental que la categoría diagnóstica sea traducida en: expectativas, retos, líneas de actuación e intervención presentes y futuras. (Navas, Verdugo, Gómez, 2008).

D.S.M 5

Definición de Discapacidad Intelectual: Se enmarca dentro de los trastornos del neurodesarrollo, ya que comienza en el periodo de desarrollo.

Incluye limitaciones en el funcionamiento intelectual, en el comportamiento adaptativo y en los dominios: conceptual, social y práctico.

Para el diagnóstico, deben cumplirse **tres criterios**:

- A) Deficiencias de las funciones intelectuales, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B) Deficiencias del comportamiento adaptativo, que generen fracaso en el cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo, estas deficiencias limitan el funcionamiento en una o más actividades cotidianas.
- C) El inicio de las deficiencias, debe darse durante el periodo de desarrollo.

Los niveles de gravedad: (leve, moderada, grave y profunda), se definen según el funcionamiento adaptativo, ya que es este el que determina el nivel de apoyos requerido.

Leve:

° **Dominio conceptual**: Pueden haber diferencias manifiestas, en los niños de edad preescolar. En los niños de edad escolar y en los adultos, existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas de la edad. En los adultos, son significativas: la alteración del pensamiento abstracto, la función ejecutiva y la memoria a corto plazo. Presentan además, un enfoque concreto de los problemas y las soluciones de los mismos, en comparación con las personas de su edad.

° Dominio social: El individuo es inmaduro con respecto a las relaciones sociales. Puede haber dificultades para regular las emociones y el comportamiento de forma apropiada para su edad. Existe además, una comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para su edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los demás debido a su ingenuidad.

° Dominio práctico: Pueden funcionar de forma apropiada para la edad ,pero necesitan cierta ayuda en tareas complejas de la vida cotidiana. Las habilidades recreativas son similares a las de las personas de la misma edad, aunque necesita ayuda en el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio. Los individuos necesitan ayuda tomar decisiones en lo que respecta al cuidado de la salud, temas legales y para realizar de manera competente una ocupación.

Moderado:

° Dominio conceptual: Estas habilidades, están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales, durante todo el desarrollo. En los preescolares el lenguaje y las habilidades pre escolares se desarrollan lentamente. En los niños de edad escolar esta notablemente reducido: el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, el dinero, etc. En los adultos, las aptitudes académicas están en un nivel elemental y se necesita ayuda continua a diario para completar las tareas conceptuales de la vida cotidiana.

° Dominio social: El lenguaje hablado, es mucho menos complejo que en sus iguales. Las relaciones están vinculadas de forma evidente a la familia y a los amigos y el individuo puede mantener en ocasiones, relaciones sentimentales satisfactorias. Sin embargo, pueden presentar dificultades para percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados. Para tener éxito en el trabajo, es necesaria una ayuda importante.

° Dominio práctico: El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, aunque se necesita de un periodo largo de tiempo y aprendizaje para que sea autónomo y puede necesitar de personas que le recuerden lo que tiene que hacer. Podrá asumir encargos independientes en los trabajos que requieren habilidades conceptuales y de comunicación limitadas. Pueden desarrollar diversas habilidades recreativas. Una minoría presenta un comportamiento inadaptado que causa problemas sociales.

Grave:

° Dominio conceptual: El individuo tiene poca comprensión del lenguaje escrito o de los conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores deben propiciar un grado notable de ayuda durante toda la vida.

° Dominio social: Presentan un lenguaje hablado bastante reducido. El habla y la comunicación, se centran en el aquí y ahora dentro de los acontecimientos cotidianos. Las relaciones con miembros de la familia y con otros parientes son fuente de placer y de ayuda.

° Dominio práctico: El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana. Necesita de supervisión constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios, implica aprendizaje a largo plazo y con ayuda constante. En una minoría, existen comportamientos inadaptados, incluidas las autolesiones.

Profundo:

° Dominio conceptual: Las habilidades conceptuales, se refieren al mundo físico más que a aspectos simbólicos. Si bien el individuo puede utilizar objetos específicos para el cuidado de sí mismo y puede adquirir habilidades

visoespaciales. Sin embargo, las alteraciones motoras y sensitivas pueden dificultar el uso funcional de los objetos.

° Dominio social: El individuo tiene una comprensión limitada de la comunicación simbólica. Expresa su propio deseo y emociones mediante la comunicación no verbal y no simbólica. Puede comprender algunas instrucciones y gestos sencillos. La existencia de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.

° Dominio práctico: El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico, la salud y la seguridad, aunque puede participar de algunas de estas actividades. Las actividades sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con un alto nivel de ayuda. Las actividades recreativas, pueden implicar por ejemplo: escuchar música, ver películas, actividades acuáticas, etc. En una minoría importante, existen comportamientos inadaptados.

CAPITULO III

Educación Especial.

Introducción al capítulo: Educación especial.

Me referiré brevemente a las características de la educación especial y en función de ello, a las investigaciones que se han realizado sobre quienes trabajan en el tema y la posibilidad de los mismos de sufrir burnout.

3-1 Definición:

Bremann, en 1985, define la Educación especial, como la combinación del currículo, enseñanza, apoyo y condiciones de aprendizaje, necesarios para satisfacer las necesidades educativas especiales del alumno, de manera eficaz y adecuada. Puede constituir la totalidad o parte del currículo total, puede ser impartida individualmente o junto con otros, y puede constituir la totalidad o parte de la vida escolar.

Para Mayor (1988), el término, hace referencia a una actividad diferente de la ordinaria, a un campo de preocupación, investigación y aplicación a una realidad concreta, a situaciones excepcionales; y es una disciplina en su doble vertiente: científica y práctica.

Para Guerrero, en 1995, se define como una ciencia epistemológica, que trata de explicar los procesos de enseñanza-aprendizaje, las adaptaciones curriculares y las estrategias de intervención educativa de los sujetos con problemas sensoriales, psíquicos, motores, sociales y comunicativos, para normativizar y optimizar lo máximo posible sus condiciones de inferioridad educativa respecto a los individuos que no tienen estos problemas, y para acercarlos, tanto como sea posible, el conocimiento humano, la autocomprensión racional y el interés cognoscitivo emancipatorio.

Para Salvador (1997), la Educación especial, puede concebirse como un ámbito de práctica profesional, de investigación y de elaboración teórica, de

carácter inter y multidisciplinar. Ello supone, que cada disciplina, desde su propia perspectiva, describe, interpreta y explica el fenómeno educativo especial y elabora los principios de intervención con finalidad optimizadora.

La educación especial es la educación integrada, dentro de la educación ordinaria, que tiene características propias, ya que se dirige a sujetos excepcionales, esto es, sujetos que por defecto o exceso han de participar en programas especiales para su integración en la escuela ordinaria. (Sánchez Manzano, 2001).

3-2 Historia de la Educación especial:

Pueden distinguirse cuatro etapas en la evolución histórica de la atención educativa de los niños con necesidades educativas especiales: (Grau Rubio, 1998).

1) Época de las instituciones: Debido al predominio del modelo médico, el niño con discapacidad es considerado enfermo, por lo que la atención que recibe es de tipo médico. Se considera además, a la persona con discapacidad, como un enfermo permanente, sin posibilidades de decidir. El siglo XIX, se puede caracterizar como la era de las instituciones. Las instituciones se organizan en régimen de internado, ya que se trata de macrocentros que acogen a un número de alumnos procedentes de zonas geográficas amplias. En estas instituciones, alojan a todas las personas que se alejan de la norma, por lo que se encuentran en ellas una gran variedad de deficiencias.

2) Época de la Educación Especial en centros específicos: En esta época, predomina el modelo psicopedagógico, se considera que el niño puede ser educado. Se crean centros diferentes para cada tipo de deficiencia. Entre los factores que ayudan a la proliferación de este tipo de centros pueden mencionarse:

° La aparición de la Psicología Evolutiva como disciplina científica.

- ° El desarrollo de la psicometría, una nueva rama de la psicología preocupada por la medición de la psique.

- ° La extensión de la escolarización en la población infantil y en algunos países, la obligatoriedad de la educación de los niños deficientes.

Entre los inconvenientes que presenta este tipo de organización escolar, puede mencionarse, que la socialización del niño no es la adecuada, ya que solo se relaciona con niños de su misma deficiencia. La escuela especial, tiene un efecto de etiquetaje para el discapacitado. En la mayoría de los casos, el niño es separado de su familia, lo que produce problemas de comunicación familiar y de relación social.

3) Época de la Integración Escolar: Predomina el modelo sociológico, considera a la persona como un ciudadano. La normalización, es el concepto fundamental en esta época. Los principios de normalización, toman en consideración dos tipos de cuestiones: el individuo y las características de los servicios.

En lo que se refiere al individuo, pueden enumerarse los siguientes principios:

- ° Toda persona, independiente de su discapacidad es capaz de aprender y enriquecerse en su desarrollo humano.

- ° Toda persona tiene los mismos derechos humanos y legales.

- ° Se procurara evitar el etiquetaje.

En lo referente a los servicios, puede enumerarse:

° La sectorización de los servicios.

° La elección de los medios menos restrictivos, que se consigue adecuando los servicios al discapacitado.

° La flexibilidad administrativa, para conseguir servicios permanentemente adaptados a los usuarios.

La implantación en el campo de la educación especial, de los supuestos de normalización, dio como resultado, la puesta en práctica de la integración escolar en casi todos los países más desarrollados. En Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, surgió el sistema de organización escolar escalonado. Se trata de servicios diversificados, en la medida que ofrecen una gran variedad de posibilidades de escolarización coordinados, ya que todas las modalidades están interrelacionadas y forman parte de un mismo sistema.

Los servicios escalonados, están dispuestos en forma de pirámide invertida, en niveles que van desde el aula regular, hasta la enseñanza especializada en centros educativos específicos. Los centros de educación más restrictivos, se encuentran en la cúspide de la pirámide y los menos restrictivos en la base de la misma.

Las críticas a este sistema, radican en que muchos autores consideran que no se ha avanzado en la integración escolar. Si no, que se ha separado a los alumnos en programas específicos, organizados según diferentes categorías de deficiencias. Además la educación especial creció en forma alarmante, ya que se incluyen alumnos con problemas de aprendizaje, procedentes de determinadas minorías sociales.

4) Época de la Educación Inclusiva: La escuela inclusiva, es aquella que educa a todos los estudiantes en un único sistema educativo, proporcionándoles programas educativos apropiados, que sean estimulantes y adecuados a sus capacidades y necesidades y cualquier apoyo o ayuda, que tanto los alumnos como los profesores puedan necesitar.

La integración escolar, se ha realizado, siguiendo diferentes modelos:

° Modelo comportamental y cognitivo: Se basa en la teoría conductista. Propone sistemas instructivos individualizados, que se basan en una enseñanza programada. Utiliza técnicas de modificación de la conducta y suele utilizar recursos tecnológicos. El modelo cognitivo, está basado en las teorías cognitivas como la de Piaget o las del condicionamiento observacional de Bandura.

° Modelo humanista: Basado en los movimientos de renovación pedagógica. Estos movimientos, proponen la individualización de la enseñanza, que el alumno realice un aprendizaje activo y por descubrimiento y que el profesor sea facilitador del aprendizaje.

° Modelo médico: Se basa en la medicina comunitaria, que propone la sectorización de los servicios, campañas de prevención, interdisciplinariedad, rehabilitación y tratamiento en el régimen ambulatorio.

En estas aulas, la diversidad fortalece la clase y ofrece a todos los miembros oportunidades de aprendizaje y de mejora. La escuela debe ofrecer un trato igualitario y un respeto mutuo entre: los alumnos, los miembros de la escuela y la comunidad. El profesor, es considerado un facilitador del aprendizaje y de oportunidades de apoyo, a su vez, puede autorizar a los estudiantes a proporcionar apoyo a sus compañeros y a que todos tomen decisiones sobre su propio aprendizaje.

3-3 Modelos científicos en Educación especial:

Se expondrán a continuación, los modelos científicos más representativos (Grau Rubio, 1994): médico, psicoanalítico, psicométrico, conductista, cognitivo y ecológico. Los modelos médico, psicoanalítico y psicométrico, consideran el comportamiento anormal producido por causas internas a la persona. En el modelo conductista, se considera a los factores ambientales y sociales como esenciales en el mantenimiento de la conducta anormal. El cognitivo, considera al sujeto como activo en la elaboración de la información que le viene del ambiente. En el modelo ecológico, el sujeto, el ambiente y la interacción mutua, son responsables del comportamiento anormal.

° Modelo médico: Ha sido uno de los primeros y más utilizados en la explicación y tratamiento del comportamiento anormal. Parte del supuesto de que la persona que presenta un comportamiento anormal es una persona enferma y la enfermedad que presenta, tiene una etiología biológica y orgánica. El modelo médico, ha aportado al campo de la educación especial, la clasificación de los diferentes síndromes y la relación con medidas preventivas que se pueden utilizar. Este modelo, es muy importante en cuanto a prevención, lo que permite evitar que se produzcan alteraciones neurológicas. Como aspecto negativo, puede mencionarse, el establecimiento de generalizaciones pronósticas, ya que el comportamiento humano supera el marco de análisis biológico.

° Modelo psicoanalítico: Es la primera revolución, con respecto al modelo médico. Considera que toda conducta anormal, es la expresión de un desequilibrio en la dinámica psíquica. Aunque comparte con el modelo anterior, la búsqueda de causas remotas y estables, estas ya no son solo de carácter biológico, sino también de carácter psíquico: el inconsciente. La deficiencia mental, se considera un trastorno cognitivo secundario, respecto a otras alteraciones más profundas de la personalidad. La deficiencia, sería considerada como trastorno psicopatológico susceptible de ser tratado mediante psicoterapia psicoanalítica, con el objeto de

modificar su etiología psicógena. A pesar de lo dicho, la terapia psicoanalítica, no se ha aplicado en la práctica en deficientes mentales. Esto se debe, a que resulta indispensable, para aplicar el modelo psicoanalítico, una inteligencia normal y un nivel lingüístico adecuado, requisitos que no se cumple en las discapacidades mentales.

° Modelo psicométrico: La psicometría tiene como objetivo, la medición de variables psicológicas en tres aspectos: teóricos, metodológicos e instrumentales. Utiliza la metodología de investigación correlacional. En dicha metodología, el objetivo es el estudio de las diferencias individuales, existentes en los individuos y grupos sociales. El modelo psicométrico, ha realizado aportaciones al campo de la educación especial como: el desarrollo de instrumentos (test) para medir la inteligencia, de cuya aplicación e interpretación, surgieron los conceptos de “edad mental” y “coeficiente intelectual”.

° Modelo conductista: Utiliza el método de investigación experimental, el objetivo de dicho método, es poner las variables situacionales bajo control riguroso, lo que le permite evaluar las hipótesis y relaciones de causalidad entre variables. En el campo de la educación especial, ha supuesto un cambio importante respecto a los modelos anteriores. Desde este modelo, se considera a la deficiencia mental como una conducta retrasada, las dificultades del aprendizaje, están asociadas a deficiencias en las conductas que rigen el aprendizaje. Para el tratamiento, se identifica el comportamiento problemático junto con los estímulos y refuerzos que lo mantienen, se elaboran los objetivos secuenciados de manera jerárquica, se explicitan las instrucciones al alumno y la retroalimentación se realiza en forma de refuerzos. Una aportación importante del conductismo, es la aplicación de técnicas de modificación de la conducta, entre las que pueden destacarse: la economía de fichas, el moldeamiento, la desensibilización sistemática, etc.

° Modelo cognitivo: Este modelo, utiliza el método deductivo, es decir que se diseñan experimentos para comprobar las hipótesis derivadas de la teoría. Desde el modelo cognitivo, se considera que los deficientes mentales presentan un desarrollo cognitivo considerablemente retrasado o disfunciones en los procesos cognitivos, en los momentos del procesamiento de la información: percepción, memoria, formación de conceptos, etc. Este modelo, desarrolla nuevas técnicas de modificación de la conducta como: las técnicas de compromiso, que incluyen una serie de procedimientos que emplean sistemáticamente refuerzos y recompensas, conciben al sujeto como un ser activo, que puede controlar su comportamiento por sí mismo y puede producir mentalmente sus propios estímulos, recompensas y castigos. El modelo cognitivo, ha influido también en la investigación didáctica, centrando su atención en las variables intermedias, no solo en los procesos de aprendizaje (alumnos), sino también en los de enseñanza (profesor).

° Modelo ecológico: Sustituye la investigación de laboratorio, por la investigación desarrollada en los entornos naturales. Su finalidad es captar y medir la interacción mutua que se produce entre el sujeto y el ambiente. El enfoque ecológico, desarrolla el concepto de necesidad educativa especial, supone que el comportamiento, es el resultado de factores internos, externos y de interacción mutua entre ambos. El tratamiento, le da gran importancia a la escuela y a los servicios que puedan ofertar para atender a dichas necesidades, considerando que estas, pueden tener un carácter permanente o transitorio. Este nuevo concepto, implica la defensa de una política de integración escolar, el niño con necesidades educativas especiales debe educarse en el sistema educativo ordinario. Este modelo, ha sido muy eficaz, en: programas de estimulación precoz, adquisición de hábitos de autocuidado, control de esfínteres, miedos, fobias, conductas agresivas e hiperactivas.

3-4 Diferencias con la educación ordinaria:

Para Molina, la Educación especial, es diferente de la educación ordinaria ya que: La educación especial tiene como objetivo, no solo conseguir el aprendizaje de los alumnos, sino también curar y mejorar los déficit instrumentales que padecen los niños con discapacidad. Además, la educación especial tiene una forma de trabajar diferente, supone una evaluación diagnóstica y programación individualizadas y una formación interdisciplinaria en los profesionales de la enseñanza.

Para Heward y Orlansky la educación especial se diferencia en: Que enseña de manera particular, los niños con discapacidad, requieren instrucciones intensivas para desarrollar habilidades que adquieren naturalmente otros. Necesitan aprendizajes que les permitan compensar o reducir los efectos producidos por el trastorno que presentan. A su vez, se diferencia en los métodos que utiliza, los cuales, no son los mismos que los utilizados por los maestros de educación normal, como por ejemplo, la comunicación con los alumnos a través del lenguaje de señas.

Fortes, considera que la educación especial es similar a otras ciencias de la educación, en cuanto a su objeto formal y material. Sin embargo, difiere de la educación normal en dos niveles: A nivel práctico, en que se ocupa de la educación de los niños que presentan necesidades educativas especiales. Y a nivel teórico, en que busca elaborar modelos didácticos, estudiar influencias contextuales del aprendizaje, promover sistemas de formación del profesorado e indagar estrategias y modelos de evaluación adaptados a los niños con necesidades educativas especiales.

3-5 La organización de la educación especial:

La educación especial puede clasificarse en los siguientes sistemas de educación (Grau Rubio, 1994):

a) Sistema de intervención indirecta: Se trata, de una enseñanza en la que profesores especialistas o psicólogos, asesoran o colaboran con profesores, en el aula ordinaria o en aulas de educación especial. Es indirecta, ya que, no son los profesores especialistas los que ejecutan el programa, sino que lo hacen a través de una tercera persona, el profesor. Entre estos servicios se destacan:

a-1) El sistema consultivo: Es un servicio de intervención indirecta, en el que el consultor (profesional especializado) intercambia información, con otro profesional no especializado (mediador), el cual se responsabiliza ante el cliente. Esta orientación se denomina, modelo tríadico: Consultor, mediador y blanco. El consultor, (psicólogo o profesor especializado) asesora y aconseja al mediador. El mediador (profesor ordinario), ejecuta el programa con el alumno. El blanco, es el alumno con problemas al que hay que atender. Existen diferentes tipos de sistemas consultivos, según la teoría que los sustenta: Sistema consultivo de salud mental, sistema consultivo comportamental, sistema consultivo organizacional y sistema consultivo de defensa.

a-2) Equipos multiprofesionales: Hace referencia a un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas, cuya función es prevenir, detectar, valorar y supervisar las problemáticas del niño con necesidades educativas especiales, con el fin de asesorar y proporcionar recursos al profesor de la escuela regular para potenciar la eficacia de su trabajo con el alumno. Estos equipos, tienen una formación mixta médico-psicopedagógica. La función del equipo multiprofesional, es similar al del sistema consultivo, aunque sus funciones son más amplias, porque pueden servir de intermediario entre la escuela y la administración educativa, también mantiene una relación directa con el alumno al realizar sesiones diagnósticas. Las funciones y composiciones de estos equipos, varía de un país a otro.

b) Sistemas de intervención directa: Pueden enumerarse los siguientes servicios de intervención directa.

b-1) Servicios de atención directa dentro de la misma clase: Se trata de una enseñanza con profesores especializados, compartiendo la clase ordinaria con el profesor ordinario. Los profesores ordinarios, pueden aportar su conocimiento del currículum, de las áreas de conocimiento tradicionales y la experiencia de trabajo con grandes grupos. Los profesores especiales, aportan su experiencia en la adaptación del currículum, preparación de materiales y de metodología apropiada, así como su habilidad para desarrollar programas individuales para alumnos con necesidades específicas. Existen obstáculos para llevar a cabo este tipo de enseñanza, como: la distribución del tiempo dentro de la clase y las resistencias de los profesores para trabajar en forma conjunta.

b-2) Servicios de intervención directa fuera del aula ordinaria: Hace referencia a aulas en centros o escuelas ordinarias, en donde se atiende individualmente y en pequeños grupos a alumnos con necesidades educativas especiales por profesores de educación especial. La atención de los alumnos, se completa con la asistencia a aulas de educación ordinaria.

b-3) Aula de educación especial en un centro ordinario: Se trata de un servicio de intervención directa especializado. Se desarrolla en un centro ordinario, pero está escolarizado en un aula diferente a la enseñanza ordinaria a tiempo completo y con programas diferentes.

c) Servicios auxiliares: Es un centro preparado para ofrecer información, asesoramiento sobre tecnología educativa, aplicación, adaptación y uso de materiales y ayudas técnicas en educación especial y en pedagogía terapéutica, en donde se crea, elabora y suministra materiales y publicaciones. Los centros de recursos, pueden clasificarse en: locales, territoriales, nacionales e internacionales. Según su especialidad, se clasifican en: deficientes sensoriales, deficientes mentales, trastornos del comportamiento, etc.

3-6 Ley de Educación Nacional N° 26.206. Modalidad de Educación Especial.

La actual ley de educación Argentina, fue sancionada durante el gobierno del Presidente Nestor Kirchner, en diciembre de 2006. La misma, reemplazó la Ley Federal de Educación N° 24.149, sancionada en la época del Presidente Menem, el cambio realizado fue total. (Nosiglia, 2007).

En el capítulo ocho, esta ley, se refiere específicamente a la Educación Especial. Definiéndola como, una modalidad del sistema educativo, destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, en todos los niveles. Esta modalidad, brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas, que no puedan ser abordadas por la educación común.

En los apartados que abarcan del artículo cuarenta y dos al cuarenta y cinco, se establece, que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

- ° Establecerán los procedimientos y recursos correspondientes para identificar tempranamente las necesidades educativas derivadas de la discapacidad, con el objeto de lograr su inclusión desde el Nivel Inicial.

- ° Para asegurar el derecho a la educación, la integración escolar y favorecer la inserción social de las personas con discapacidades, las autoridades dispondrán de medidas con el objeto de:

- a) Posibilitar una trayectoria educativa integral.

- b) Contar con el personal especializado que trabaje en equipo con los/as docentes de la escuela común.

- c) Asegurar la cobertura del transporte y los recursos técnicos y materiales necesarios para el desarrollo del currículo escolar.

d) Propiciar alternativas de continuidad para su formación.

e) Garantizar la accesibilidad física de todos los edificios escolares.

El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con el Consejo Federal de Educación, crearán las instancias institucionales y técnicas para la orientación de la trayectoria escolar más adecuada de los/as alumnos/as con discapacidades, así como también las normas que regirán los procesos de evaluación y certificación escolar.

3-7 Aspectos psicoeducativos del niño con deficiencia mental:

Algunas de las técnicas, que utilizan los profesores terapeutas para trabajar con personas con discapacidad mental, pueden clasificarse en (Grau Rubio, 1994):

a) Técnicas de modificación de la conducta: Se basan en el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante de Skinner. Entre las utilizadas en el campo de la discapacidad mental, se destacan:

a-1) El moldeamiento y el eslabonamiento: En estas técnicas, se establece una línea base, que da cuenta del estado actual de la persona, a su vez se determina el criterio o conducta a lograr. En el moldeamiento, se fijan pasos intermedios, entre la línea de base y el criterio, y se refuerza el logro de cada uno de ellos. Suele utilizarse, para la enseñanza del lenguaje y sus perturbaciones. En el eslabonamiento, el cliente y el terapeuta realizan todos los pasos conjuntamente, después todos los pasos menos uno y así sucesivamente, hasta que el sujeto realice solo todos los pasos. Se utiliza, para la creación de hábitos de vestido y aseo personal.

a-2) La economía de fichas: Se utiliza, para la eliminación de conductas inadecuadas en el aula y para incrementar el rendimiento escolar. Consiste en establecer un código de disciplina en el aula, del cumplimiento de este código, se derivan recompensas y del no cumplimiento, la no obtención de recompensas.

a-3) Técnicas reductivas: Presentan como objetivo, la eliminación de respuestas desadaptativas. Dentro de estas técnicas se encuentra: El castigo, que consiste en la presentación de un estímulo punitivo si aparece la conducta que se desea eliminar.

b) Programas de intervención temprana o estimulación precoz: La estimulación precoz es el conjunto de medios, técnicas y actividades que, con base científica y de forma progresiva y sistemática, se aplican a los niños desde su nacimiento hasta los cuatro o cinco años de edad. Tiene como objetivos, corregir los efectos de las deficiencias existentes, evitar los problemas secundarios, ayudar a los padres en el cuidado y educación de sus hijos, para que estos sean eficaces y autónomos. Estos programas pueden ser: Desarrollados en el hogar y dirigidos a los padres, realizados en el hogar y dirigidos a los niños, desarrollados en un centro y destinados a los padres, desarrollados en un centro y dirigidos a los niños o realizados en un centro y dirigidos a padres y niños.

c) Métodos pedagógicos: Están destinados a aplicarse posteriormente a la enseñanza preescolar. Entre estos, puede nombrarse: el método Montessori, que dispone de una serie de materiales (sólidos y planos encajables, campanillas, cilindros sonoros, etc) cuyo objetivo, es la educación de los sentidos y de la inteligencia, que pretende atraer la atención del niño e impulsar la actividad.

3-8 Investigaciones: Síndrome de Burnout, en profesores terapeutas que trabajan con personas con discapacidad.

Pueden mencionarse, numerosos estudios sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales que trabajan con personas con discapacidad. Uno de ellos, analiza la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo en monitores de talleres para personas con discapacidad. Como instrumentos de evaluación, se utilizó el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” versión profesionales que trabajan hacia discapacitados y el MBI “Maslach Burnout Inventory” .Tomando como referencia la puntuación total en el CESQT, se concluyó que el síndrome de Burnout afecta al 11,70 % de los sujetos de la muestra y de forma más severa al 1,30 % de los sujetos. (Gil Monte; Carretero; Desamparados Roldan y Núñez, 2005).

En relación al “Cuestionario breve de Burnout”, cabe mencionarse estudios, que al igual que el presente, lo hayan implementado como instrumento de evaluación. Tal como: “Validez factorial de la estructura del Cuestionario Breve de Burnout (CBB) en una muestra de docentes en Aragón”. En este estudio, se confirma la estructura original de las escalas de antecedentes y consecuentes, pero no la del Burnout. (Montero Marín; García Campayo y Andrés Esteban,2009). A su vez, podría citarse una investigación en la que se examina el Síndrome de Burnout, en docentes de dos universidades de Colombia. Los resultados indican una baja presencia del Síndrome *de* Burnout en esta población. Se encuentra una frecuencia del 9 % de alta despersonalización y frecuencias del 16 % y del 9 % de altas consecuencias físicas y sociales, respectivamente. (Correa-Correa; Muñoz-Zambrano y Chaparro, 2010).

Cabe mencionar la investigación: “Prevalencia y dimensiones del Burnout en profesionales de una escuela diferencial de la ciudad de Corrientes”. En dicha investigación, se estudian las mismas variables y se administra el mismo instrumento que en el presente estudio. Como resultado de este, se observó una prevalencia de 79% del síndrome, en los profesionales que conformaron la muestra. La dimensión con mayor puntuación, fue consecuencias del Burnout, seguida de organización de la tarea. (Tisiotti; Parquet; Neudeck, 2007).

SEGUNDA PARTE

MARCO

METODOLÒGICO.

CAPITULO IV
Métodos, Materiales y
Procedimientos.

OBJETIVOS:

a) El objetivo general de esta investigación es:

° Indagar niveles de Burnout en profesores-terapeutas que trabajan con personas con discapacidad en la Institución Esperanza.

b) Los objetivos específicos son:

° Evaluar factores antecedentes (características de la tarea, organización y tedio), elementos (cansancio emocional, despersonalización, realización profesional) y consecuencias (físicas, sociales y psicológicas) de Burnout, que se presentan en los profesores terapeutas que trabajan con personas con discapacidad en la Institución Esperanza.

° Indagar las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas en los profesores terapeutas.

° Analizar si existe relación entre las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas y los índices de Burnout en los participantes.

4-1) METODOLOGIA

4-2-1) Tipo de estudio y diseño de investigación:

El estudio tiene un enfoque mixto: cualitativo y cuantitativo.

El tipo de estudio será descriptivo, ya que tiene como objetivo especificar las propiedades, característica y perfiles de grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno. (Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C., Baptista P., 2010).

El presente trabajo de investigación, utilizará un diseño no experimental, ya que se realizará sin manipular deliberadamente variables. A su vez, es de tipo transaccional, ya que la información es recolectada en un solo y único momento. Se realiza un corte transversal para analizar el fenómeno y describir las variables. (Hernández Sampieri, R. et al, 2010).

4-2-2) Descripción de la muestra:

La muestra utilizada, es de carácter no probabilística intencional. Supone un procedimiento de selección informal y arbitraria en función de ciertas características de interés para la investigación.

Dicha muestra, estará conformada por nueve profesores terapeutas que trabajan con personas con discapacidad, en una escuela privada de educación especial: Institución Esperanza. Del total, siete trabajan en educación primaria y dos en educación inicial.

Sus edades, oscilan entre los veintiséis y los cincuenta años, con una media de 38 años. En cuanto al género, 89% de los sujetos corresponden al sexo femenino y 11%, corresponde al sexo masculino. En cuanto a las relaciones personales, 89% de ellos tienen pareja habitual y el 11% no tienen pareja. El 33% de los participantes tienen hijos, la cantidad de hijos, oscila entre dos y tres. Con respecto a la situación laboral de los profesores terapeutas, 89% tiene un cargo fijo y 11% es contratado. El tiempo de experiencia en la profesión, oscila entre un año y medio y veintiún años, con una media de 11,25 años. Los años que estos profesionales trabajan en el centro, van desde cinco meses a seis años, con una media de 3,25 años. El tiempo que llevan en su cargo actual, oscila entre cinco meses a cinco años, con una media de 2,75 años.

De la muestra, 77,7% de los participantes, trabajan en el turno tarde (turno en el que funciona la modalidad primaria) y 22,2% de ellos, en el turno mañana (turno

en el que funciona la modalidad secundaria) y tarde. Los profesores terapeutas, pasan el 75% de su jornada en interacción con los beneficiarios de sus servicios, el tiempo restante se refiere a recreos y materias especiales. El número de horas que trabajan en la semana, fluctúa entre veinte y cuarenta horas semanales (dos turnos). En relación a la cantidad de personas que atienden en forma habitual, va desde siete a veinte (dos turnos). Por último, la totalidad de los profesores, admiten que deben realizar labores de su trabajo en casa.

4-2-3) Instrumentos:

Se administro a los sujetos que conforman la muestra, dos instrumentos:

Cuestionario breve de burnout:

El autor del cuestionario es, Bernardo Moreno Jiménez. Se publicó, en el Manual de escalas y cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud, en el año 2005. Fue creado, con el propósito de evaluar el síndrome de desgaste profesional a través de las diferentes fases del proceso, sin centrarse exclusivamente en la posible estructura del síndrome. El cuestionario, considera procesos de tipo cognitivos y conductuales implicados en el burnout. Este enfoque, permite una aproximación más compleja y realista al problema del desgaste profesional.

Cuenta con un total de 21 items integrados en tres bloques: antecedentes del síndrome, elementos del burnout y consecuencias del mismo. El primer bloque, está constituido por los antecedentes de burnout: características de la tarea, tedio y organización. Características de la tarea, evalúa la relevancia que tiene en la génesis del burnout la realización de tareas no motivantes para el sujeto. El factor tedio, evalúa en qué medida la tarea es monótona y repetitiva. La variable organización, se refiere a los aspectos funcionales de la organización en la que trabaja el sujeto.

El segundo bloque, integra los tres factores del síndrome, que forman parte del M.B.I Inventario de Burnout de Maslach: falta de realización personal, despersonalización y cansancio emocional, (explicados anteriormente). Por último, el tercer bloque, consecuencias de burnout, evalúa las consecuencias: físicas, sobre el clima familiar y sobre el rendimiento laboral. En todas estas escalas, el rango de respuesta es de 1 a 5.

A continuación, se expresara en tablas: Los ítems que conforman cada escala y subescala.

Tabla 1: Composición de cada escala.

Antecedentes de Burnout.	<u>2</u> ,10, <u>16</u> ,6,14,20, <u>4</u> , <u>8</u> , <u>9</u>
Síndrome de Burnout.	1,7,15,3,11,18,5,12,19
Consecuencias de Burnout.	13,17,21

Tabla 2: Composición de cada subescala.

Antecedentes de Burnout.	Tedio.	6;14;20
	Características de la tarea.	<u>2</u> ;10; <u>16</u>
	Organización.	<u>4</u> ; <u>8</u> ; <u>9</u>
Síndrome de Burnout.	Cansancio emocional.	1; 7; 15.
	Despersonalización.	3; 11; 18.
	Realización profesional.	5; 12; 19.
Consecuencias de Burnout.	Físicas.	13
	Psíquicas.	21
	Sociales.	17

Las puntuaciones de las escalas, se obtienen a partir de la media de las puntuaciones de los sujetos en cada una de las escalas. Puntuaciones altas, indican, elevada intensidad de estresores, alto burnout y altas consecuencias respectivamente.

Para obtener el valor de cada subvariable, se promedia el número de ítems (tres) correspondiente para cada subescala. Con respecto a los valores resultantes: menos de tres se considera como “no afectado”, tres se considera “afectado” y los valores mayores de cuatro como, “altamente afectado”, en la variable que se trate.

Los ítems subrayados deben ser invertidos y recodificados a la inversa. De esta manera, se obtienen las puntuaciones globales de las subescalas correspondientes.

Los análisis psicométricos, muestran que el Cuestionario Breve, es un instrumento válido para la evaluación global del Síndrome de Burnout, aunque algunas de sus características pueden ser mejoradas. El análisis de la consistencia del cuestionario breve, muestra resultados similares al MBI, para ambos instrumentos la consistencia más alta aparece en la dimensión de agotamiento emocional y la más baja en despersonalización. (Tisiotti; Parquet; Neudeck, 2007).

Entrevista semi estructurada Ad Hoc:

La misma, se propuso indagar: aquello que los motivo para estudiar y trabajar como profesores terapeutas y las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas. Dicho cuestionario, fue analizado tomando como marco teórico de referencia el Análisis Existencial y más específicamente, “La teoría de las Motivaciones Fundamentales de la Existencia”, de Alfred Längle.

Desde esta teoría, se considera a la persona como un núcleo que esta tensado hacia cuatro direcciones: ser, vivir, unicidad y devenir. Estas cuatro, constituyen la intimidad de la persona. A su vez, cada uno de estos vértices, se relaciona con el mundo, con la exterioridad. Para el ser, la exterioridad es el sostén, para el vivir el valor, para la unicidad es la otredad y para el devenir el

sentido. De esta manera, quedan delineadas las cuatro motivaciones fundamentales de la existencia.

Primera Motivación Fundamental de la Existencia, poder ser: En esta motivación, el mundo aparece como apoyo y sostén. Las personas, no podemos captar ni comprender porque estamos en el mundo, este hecho nos trasciende, nos supera. Ante ello, la pregunta existencial fundamental es: Yo soy, pero ¿puedo ser? En cuanto yo soy, al mismo tiempo estoy en peligro de no ser. La tarea existencial, va a consistir en que tengo que hacerme cargo de ser. Pero para poder ser, debo llegar a un acuerdo con las condiciones del mundo. El mundo donde soy tiene sus propias leyes, no se puede ir en contra de ellas. Es fundamental, el sentimiento de que podemos ser, puede suceder que en ocasiones, se tenga el sentimiento de que no podemos vivir en este mundo, por lo cual, surgen reacciones psicodinámicas: huida; ataque o actividad obsesiva; odio, agresión o ira y por último reflejo de posición de muerto.

En el plano de elaboración de las reacciones psicodinámicas, se busca, que la persona perciba la situación real. Se trata, de tomar conciencia del poder que hay en el soportar. Cuando el soportar es posible, se da un paso para aceptar lo factico. Las condiciones para aceptar son: Ser aceptado y protegido por otros; espacio cuerpo donde me siento seguro y por último el sostén (mi cuerpo y el mundo me sostienen), del cual resulta la confianza fundamental.

Segunda Motivación Fundamental de la Existencia, el gusto por la vida: Se trata del nivel del vivir que se manifiesta en el mundo como valor. Para una vida plena, cuenta la calidad y esta la captamos en los sentimientos y los afectos. Se trata de cómo me siento con el sostén. Tiene que ver, con reconocer si aquello que hacemos, lo hacemos con agrado o no. Esto es importante, ya que implica una toma de posición en lo afectivo. La pregunta fundamental de la segunda motivación es: Yo vivo, pero ¿Me gusta vivir?

Las reacciones psicodinámicas son: Retiro (hacia el interior), activismo (para tratar de cubrir algo que le desagrade), rabia y agresión (como forma de despertar al otro) y por último resignación ante la sensación de que no hay nada que hacer. En el plano de elaboración, se busca que la persona vuelva a sentir, y en la medida en que puedo sostener el sentimiento surgirá el duelo. Las condiciones para sentir son: La cercanía y el movimiento interno, ese ser tocado es el núcleo de todos los afectos y sentimientos. La segunda condición tiene que ver con el tiempo y los valores, implica darse tiempo para vivir. Por último, la tercera condición, es la relación y el sentimiento. El punto más profundo de la segunda motivación, es el valor fundamental. Este, está en la relación recíproca con el valor de la vida, es la relación más profunda que tengo con mi vida.

Tercera motivación, ser sí mismo: Descubro que yo mismo, me podría llamar a mi mismo yo. Implica tomar en serio la propia individualidad, la no intercambiabilidad de la existencia, el carácter intransferible de la existencia. La pregunta fundamental es: yo soy, pero ¿Me permito ser como soy? Cuando nuestro medio ambiente nos dificulta ser nosotros mismos, aparecen las reacciones psicodinámicas: tomar distancia para proteger nuestra intimidad, sobreactuando dar la razón, el fastidio o la ira y por último la disociación (la cual puede darse a nivel físico o psíquico).

En el plano de elaboración, se busca alcanzar el perdón y el arrepentimiento. En este plano, me pregunto por mi propio juicio y por la valoración que hago del otro. El perdón, siempre es con respecto al otro, cuando lo considero culpable. El arrepentimiento, surge cuando la culpa la tengo yo. El trabajo con el perdón y el arrepentimiento desemboca en: el encuentro (implica valorar, enjuiciar y decidir); la consideración (implica tirarse hacia atrás y mirar al otro); la apreciación valorativa (del otro y de uno mismo); y por último la justificación (justificar quien me da el derecho de ser como soy y de comportarme como me comporto).

Cuarta motivación de la existencia, el devenir: Cuando experimentamos que hemos cumplido los pasos de las otras motivaciones, estamos ante la pregunta fundamental: yo estoy aquí, pero ¿Para qué es bueno? Las reacciones psicodinámicas son: un modo provisorio de pesimismo; el fanatismo o la idealización; el cinismo o sarcasmo y por último el nihilismo o la desesperación. Para poder superar la falta de sentido existencial, se exige el conocimiento de lo que ocurre en la situación, una acción hacia algo, para realizar aquello que la situación exige. Es el acuerdo, la concordancia en la cual yo me encargo en un contexto total.

Las preguntas de la entrevista semi estructurada Ad Hoc fueron:

- 1) ¿Cuál fue su motivación para estudiar y empezar a trabajar como profesor/a terapeuta?
- 2) ¿Qué cree que la/o motiva para continuar trabajando?
- 3) ¿Siente que la institución en la que trabaja, le brinda, seguridad y sostén? O por el contrario, ¿La/o hace sentir inseguro/a? Explique por qué.
- 4) ¿Considera su trabajo como un sacrificio personal para ayudar a sus alumnos? Justifique su respuesta.
- 5) ¿Considera que la comunidad educativa valora la tarea que realiza? ¿Se siente a si mismo bueno/a en su trabajo? Justifique su respuesta.
- 6) ¿Cuál considera el sentido último de su trabajo?

4-3) PROCEDIMIENTO:

El contacto con los sujetos participantes, fue luego de haber obtenido el consentimiento para realizar la investigación de los directivos y autoridades de una escuela privada de educación especial: Institución Esperanza. Por medio de dichos profesionales, se obtuvieron los mail de los profesores terapeutas, por este medio, se entro en contacto con los participantes y se les enviaron los instrumentos de evaluación.

En primer lugar, se aclara por escrito, que la participación es voluntaria y anónima. Después, se procede a dar una explicación del objetivo de investigación, para aplacar ansiedades en los participantes. De la misma forma, se les dio a conocer los dos instrumentos de evaluación: “Cuestionario breve de Burnout” y el “Cuestionario Ad hoc”. La administración de ambos cuestionarios, fue individual y autoadministrada. Para finalizar, se agradeció a cada sujeto, su colaboración en la investigación.

Una vez recolectados los cuestionarios respondidos, se evaluaron de la siguiente forma: El C.B.B fue evaluado, según el manual de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles, 1997. Los datos sociodemográficos se cuantificaron, se ordenaron en cuadros y se obtuvieron las medias estadísticas para su análisis. Además, se tomo la Teoría de las motivaciones fundamentales de Längle, para analizar el cuestionario Ad hoc mediante análisis categorial.

Las categorías utilizadas, fueron definidas de la siguiente manera:

Primera Motivación Fundamental: Categoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta sobre cómo se ve afectado el “poder ser”, teniendo en cuenta las condiciones: protección- ser aceptado, espacio- cuerpo y de sostén- confianza.

Sub categorías de condiciones para aceptar:

Protección: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la experiencia o no de ser aceptado por otros.

Espacio-cuerpo: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la vivencia del espacio físico y psíquico para poder ser.

Confianza: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de reflejar la posibilidad o no del sujeto de abandonarse a un sostén. Incluye también la confianza en uno mismo.

Segunda Motivación Fundamental: categoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta sobre cómo se ve afectado “el gusto por la vida”, teniendo en cuenta las condiciones: cercanía- movimiento interno, tiempo- valores y relación- sentimiento.

Sub categoría de condiciones para sentir:

Movimiento Interno: Subcategoría que hace referencia a los contenidos, que den cuenta de la presencia de un contacto con lo valioso, lo que es el núcleo de las emociones, sentimientos y afectos.

Tiempo-valores: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la posibilidad o no del sujeto de darse tiempo para contactarse con lo valioso en su vida.

Relación- Sentimiento: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la posibilidad o no del sujeto de dedicarse a sí mismo y a los otros. El sentimiento es la base de la relación.

Tercera Motivación Fundamental: categoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta sobre cómo se ve afectado el “poder ser sí mismo”, teniendo en cuenta las condiciones: consideración, apreciación valorativa y justificación.

Sub categoría de condiciones para el encuentro:

Consideración: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la experiencia o no de ser tenido en cuenta tal como se es.

Aprecio: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la experiencia o no de ser valorado por el otro y valorarse a sí mismo.

Justificación: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la vivencia de ser tratado justamente o injustamente, por el otro y por sí mismo.

Cuarta Motivación Fundamental: categoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta sobre cómo se ve afectada la posibilidad de visualizar un “sentido”, teniendo en cuenta las condiciones: un campo de acción, un contexto mayor, y un valor a realizar en el futuro.

Sub categoría de condiciones para la existencia plena:

Campo de acción: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la vivencia o no de sentirse necesitado para contribuir con algo positivo en el mundo.

Contexto mayor: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la posibilidad o no de contar con un horizonte que ofrezca orientación.

Valor en el futuro: Subcategoría que hace referencia a los contenidos que den cuenta de la vivencia o no de tener algo por lograr en la vida.

Es importante aclarar, que cada participante de la muestra, recibió vía mail o vía Facebook, una devolución por escrito con una breve conclusión de los resultados obtenidos.

4-4) Análisis de datos:

El análisis cuantitativo fue analizado a través de la obtención de los resultados de los cuestionarios breves. En base a dichos resultados, se obtuvieron las medias correspondientes a cada subescala.

El análisis cualitativo se realizó a través del análisis categorial. Se construyeron categorías en base a las respuestas dadas por los participantes.

Dichas categorías, se ejemplificaron con observables. Las categorías se armaron en base a un consenso entre el director y la tesis

CAPITULO V

Resultados y discusión

OBJETIVO 1. Objetivo general: Indagar niveles de Burnout en profesores-terapeutas que trabajan con personas con discapacidad en la Institución Esperanza.

Con respecto al primer objetivo, los resultados arrojaron que 1 sujeto, el 11,11% de la muestra, presenta Burnout. La teoría manifiesta que puntuaciones altas (mayores a tres) en la escala Síndrome de Burnout, indican alto burnout. (Moreno Giménez; Garrosa Hernández; González Gutiérrez; Gálvez Herrer, 2005).

OBJETIVO 2: Evaluar factores antecedentes (características de la tarea, organización y tedio), elementos (cansancio emocional, despersonalización, realización profesional) y consecuencias (físicas, sociales y psicológicas) de Burnout, que se presentan en los profesores terapeutas que trabajan con personas con discapacidad en la Institución Esperanza. (Ver tabla 3 y figura 1).

Tabla 3: Media obtenida en cada escala y subescala.

	N	Min	Max	Media	DS
<u>Antecedentes</u>	9	1	5	1,12	0,27
Tarea	9	1	5	2,40	0,68
Organización	9	1	5	0,74	0,22
Tedio	9	1	5	0,25	0,03
<u>Burnout</u>	9	1	5	2,44	0,49
Agotamiento emocional	9	1	5	2,21	0,71
Despersonalización	9	1	5	3,03	0,76
Realiza Personal	9	1	5	2,10	0,50
<u>Consecuencias</u>	9	1	5	2,47	0,71
Físicas	9	1	5	3,55	1,01
Psicológicas	9	1	5	2,22	1,33
Sociales	9	1	5	1,66	0,87

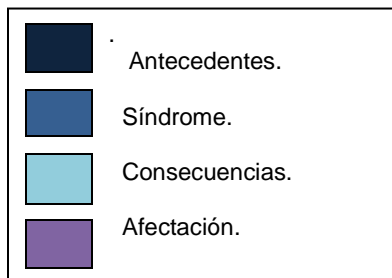
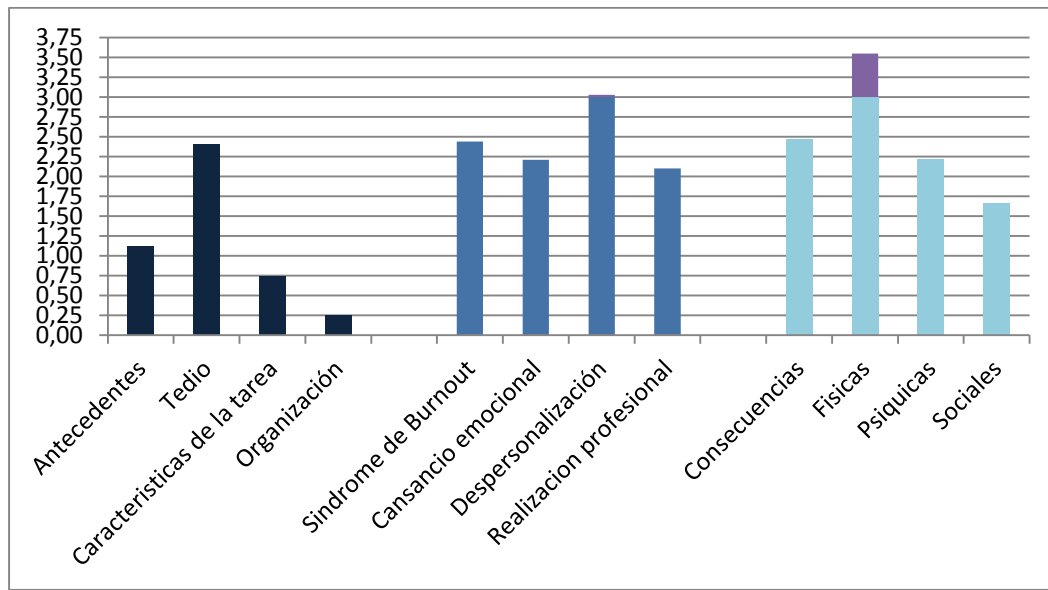


Figura 1: Media obtenida por la muestra en cada escala y subescala del C.B.B.

Con respecto al segundo objetivo, pueden destacarse los siguientes datos:

Las puntuaciones más altas, se obtuvieron en la escala Consecuencias de Burnout. Arrojando, como dato significativo, que el 77,77% de los sujetos que conforma la muestra, presenta una puntuación elevada en la subescala Consecuencias Físicas. Entre las consecuencias físicas más comunes de Burnout se destacan: Fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores: de cabeza, espalda y cuello. También, alteraciones respiratorias, gastrointestinales, hipertensión e insomnio. En mujeres, puede darse pérdida de ciclos menstruales. (Quinceno y Vinaccia Alpi, 2007; Alvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991).

Teniendo en cuenta la escala Síndrome Burnout, puede afirmarse, que si bien solo uno de los sujetos presenta Burnout, el 66,66% de la muestra, obtuvo puntuaciones elevadas en la subescala Despersonalización. Este porcentaje indica, que mas de la mitad de los sujetos que conforman la muestra, desarrollan sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia sus paciente y compañeros de trabajo. El trato despersonalizado al entorno laboral, tiene como objetivo, evitar cualquier acercamiento directo que sea desgastante. El profesional se convierte en cínico, el cinismo es auxilio para reducir al mínimo las emociones intensas, que podrían provocar su involucramiento y compromiso laboral. (Thomaé, Ayala, Sphan y Stortti, 2006). (Ver tabla 3 y figura 1).

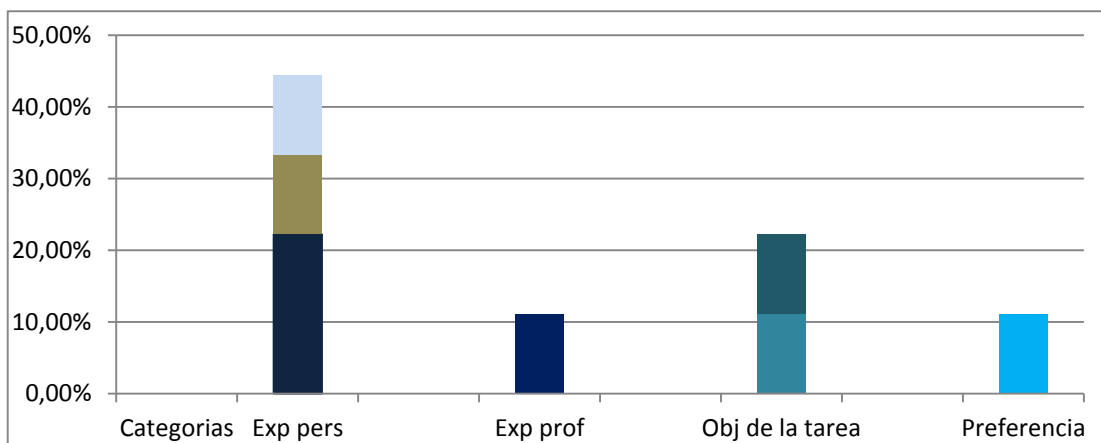
OBJETIVO 3: Indagar las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas en los profesores terapeutas.

En base a las respuestas dadas por los profesores terapeutas que trabajan en la Institución Esperanza, se procedió a realizar un análisis cualitativo. Para ello, se armaron categorías, subcategorías e intracategorías para la primera y segunda pregunta por separado y un análisis en conjunto para las restantes preguntas. Dichas categorías, fueron armadas en conjunto con la directora de la tesina. (Ver tabla 4 y figura 2).

Tabla 4: Motivación para estudiar y empezar a trabajar como profesores terapeutas.

	Subcategoría	Intracategoría	Observables
Motivación para ingresar a la carrera y empezar a trabajar.	Experiencia personal	Conocer personas con discapacidad.	<i>“Conocí a una persona con discapacidad que no tenía ningún tipo de educación ni atención.”</i>
		Leer un libro	<i>“La motivación que sentí fue a través de un libro...”</i>
		Recomendación	<i>“...en la búsqueda de algo que me convenciera la madre de una amiga me comentó sobre la carrera y</i>

			ahí fue que decidí anotarme.”
	Experiencia profesional previa.	Pasantías.	“...no estaba segura pero en el secundario me dieron la posibilidad de hacer pasantías y elegí una escuela de niños con síndrome de Down y ahí me enamore de la carrera.”
	Objetivo de la tarea	Educar	“...educarlos y las ganas de que estos puedan superarse día a día.”
		Calidad de vida.	“Darles una mejor calidad de vida a las personas con discapacidad.”
	Preferencia		“Siempre me agrado la profesión.”










Experiencia personal:	Objetivo de la tarea:	Experiencia profesional:	Preferencias:
 Conocer una persona con discapacidad	 Educar.		
 Leer un libro.	 Calidad de vida.		
 Recomendación.			

Figura 2: Motivación para estudiar y empezar a trabajar como profesores terapeutas.

Se consulto a los profesores terapeutas aquello que los motivo a estudiar y empezar a trabajar, las respuestas pueden agruparse de la siguiente manera: El 44,44% remite como motivación diferentes experiencias personales (dentro de ese porcentaje, conocer a una persona con discapacidad, representa el 50%, leer un libro el 25%, recomendación por parte de un adulto 25%). El 33,33%, considera que lo motivo el objetivo mismo de la tarea (educar a los niños representa el 66,66% y darles una mejor calidad de vida a los mismos el 33,33%). Al 11,11% lo motivo el haber realizado pasantías y al 11,11% restante, experimentar agrado por la tarea a realizar. (Ver tabla 4 y figura 2).

Tabla 5: Motivación para continuar trabajando como profesores terapeutas.

	Subcategoría	Intracategoría	Observables
Motivación para continuar trabajando.	Los alumnos.	Los niños.	<p><i>“Lo que me motiva para continuar trabajando es cada uno de mis alumnos.”</i></p> <p><i>“...los niños.”</i></p> <p><i>“El amor de mis alumnos.”</i></p>
		Avances en el aprendizaje.	<i>“...la evolución de los chicos es la mayor motivación que puede haber.”</i>
	Preferencia	Agrado por la tarea	<i>“Me gusta lo que hago.”</i>
		Agrado por la institución.	<i>“...el ambiente de la escuela, el apoyo de los padres...”</i>

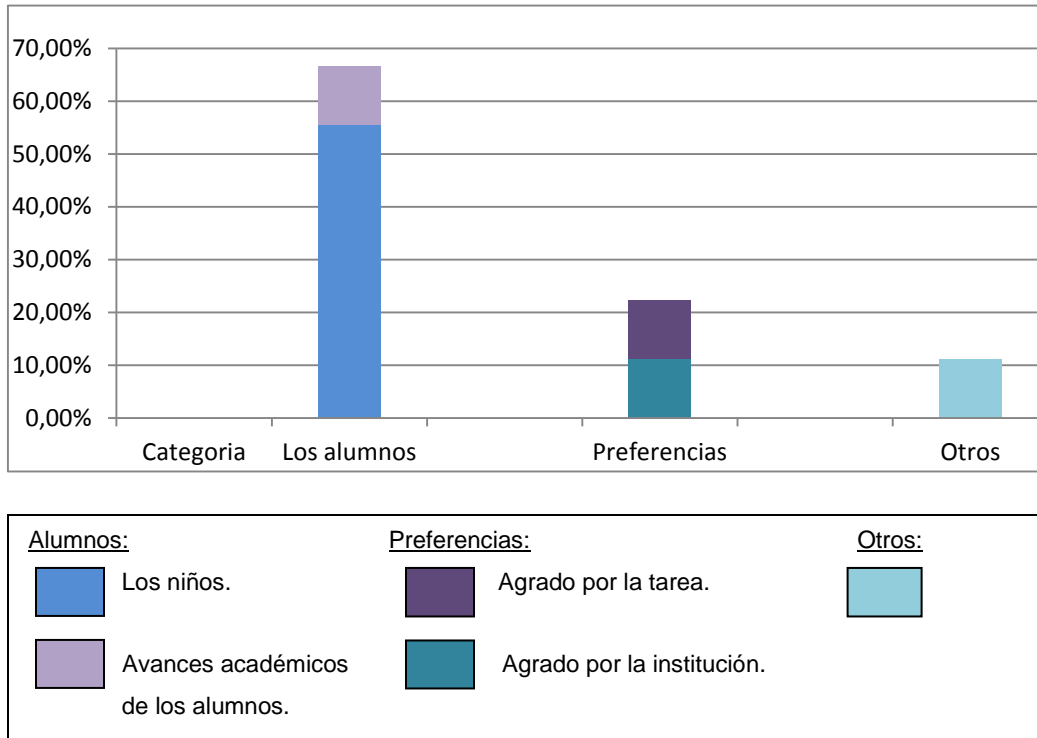


Figura 3: Motivación para continuar trabajando como profesores terapeutas.

Ante la pregunta que los motiva para continuar trabajando como profesores terapeutas, las respuestas fueron: Mas de la mitad de los sujetos, el 66,66 % considera que lo motivan los niños (55%) y los avances que los mismos presentan en proceso de enseñanza (11%). Y el 22,22% considera que lo motiva el agrado por la tarea (11%) y por la institución (11%). La categoría otros, hace referencia a el 11,11% cuya respuesta se encuadra en las dos categorías. (Ver tabla 5 y figura 3).

Tabla 6: Motivaciones Fundamentales afectadas en los profesores terapeutas.

Primera MF			Segunda MF			Tercera MF			Cuarta MF			Observables
Condición Aceptar.			Condición sentir.			Condición encuentro.			Condición existencia plena.			
Pro	Esp	Con	Mo	Tpo	Rla-	Con	Apr	Just	Cpo	Cont	V	

t	cpo	f	v int	val	sent		e		acc	myor	Fut	
			X									<p><i>"...lo hago con ganas, pero es verdad que a veces cuesta y se hace pesado porque no es fácil trabajar con personas con discapacidad."</i></p> <p><i>"...no siempre todos en la institución tienen una misma visión y eso hace que a veces se produzcan algunos conflictos."</i></p> <p><i>"...aunque no se puede negar que trabajar con personas con discapacidad es algo que genera mucho cansancio sobre todo mental."</i></p> <p><i>"...si bien a veces me siento cansada."</i></p> <p><i>"...si se valora, aunque no con tanto interés como debería ser."</i></p> <p><i>"...aunque muy inexperta porque hace poco me recibí."</i></p>
					X							
					X							
						X						
							X					

En base a los datos obtenidos, puede deducirse que el 44,44% de los sujetos de la muestra, presenta afectación en las Motivaciones Fundamentales.

Las dos motivaciones que se encuentran afectadas son: la Segunda Motivación, El gusto por la vida y la Tercera Motivación Fundamental, Ser sí mismo.

Una deficiencia en cualquiera de las Motivaciones de la Existencia, no permite que surja la aprobación interna, lo cual genera carencia psicológica. Una vida cerrada a las relaciones, conduce a una incapacidad para una existencia plena de valores y contribuye a un incremento de la sensación de vacío. Esto con el tiempo puede causar reacciones psicodinámicas. Por consiguiente, el Síndrome de Burnout podría estar asociado con carencias a nivel psicológico.

El 33,33% de la muestra, presenta afectada la Segunda Motivación Fundamental. Las condiciones afectadas fueron: Movimiento interno y Relación-sentimiento. Desordenes en dicha motivación, genera bloqueo de las emociones, estrés emocional y miedo a las relaciones. Ello conduce a desarrollar sentimientos de obligación hacia sus compañeros y pacientes. La elección de una profesión de servicio, tiende a compensar sus propios sentimientos de culpa y desvalorización. Sin embargo, el trabajo no les permite escapar de su propia carencia, por lo que son sacrificadas hacia los demás y ponen sus propias demandas en último lugar. Además, cuando la persona se siente más bien compelida a realizar su trabajo, el valor de la experiencia no es vivenciado y esta como ausente.

El 11,11% presenta afectada la tercera Motivación Fundamental. Las condiciones afectadas fueron: Consideración y Aprecio. Ello implica que la persona sea propensa a buscar el elogio y a equiparar su valor intrínseco con la carrera y el dinero. Las fallas en este nivel, generan una falta de autoestima y conducen a la persona a volverse dependiendo del reconocimiento externo y la valoración de los demás. (Längle, 2003). (Ver tabla 6).

OBJETIVO 4: Analizar si existe relación entre las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas y los índices obtenidos por la muestra en el C.B.B.

Tabla 7: Relación entre las Motivaciones Fundamentales afectadas e índices obtenidos en el C. B. B por los profesores terapeutas.

Sujetos	Motivaciones Fundamentales afectadas.	Síndrome de Burnout.
Sujeto 1.	NO	1,88
Sujeto 2.	SI	2,77
Sujeto 3.	SI	3,16
Sujeto 4.	SI	1,55
Sujeto 5.	NO	2,55
Sujeto 6.	NO	2,66
Sujeto 7.	NO	2,55
Sujeto 8.	NO	2,1
Sujeto 9.	SI	2,55

Por último, en relación al cuarto objetivo, se puede inferir: que el sujeto que presenta Burnout y el sujeto que presenta la segunda puntuación más alta (sujeto 2 y sujeto 3), son dos de los sujetos que presentan afectadas las Motivaciones Fundamentales. (Ver tabla 7). Podría inferirse que existe cierta relación entre ambas variables.

CAPITULO VI

Conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general, indagar niveles de Burnout, en profesores-terapeutas que trabajan con personas con discapacidad. Además me propuse investigar tres objetivos específicos: En primer lugar, indagar factores antecedentes (características de la tarea, organización y tedio), elementos (despersonalización, realización profesional, cansancio emocional) y consecuencias (físicas, sociales y psicológicas) de Burnout. En segundo lugar, indagar las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas en los profesores terapeutas. Y en tercer lugar, indagar si existe relación entre las Motivaciones Fundamentales que se encuentran afectadas y los índices obtenidos por la muestra en el C.B.B.

Se trabajo con una muestra no probabilística- intencional, integrada por nueve profesores terapeutas que trabajan en la Institución Esperanza. De ellos, uno es de sexo masculino y ocho de sexo femenino. Siete trabajan en educación primaria y dos en educación inicial.

Con respecto al primer objetivo, los resultados arrojaron que 1 sujeto, el 11,11% de la muestra, presenta Burnout. Ya que obtuvo un puntaje mayor a tres en la escala correspondiente a Síndrome de Burnout, la teoría manifiesta que valores iguales o mayores de tres, se considera "afectado". (Moreno Jiménez; Garrosa Hernández; González Gutiérrez; Gálvez Herrer, 2005).

El índice de Burnout obtenido es relativamente bajo. Ello podría estar relacionado con algunos factores mencionados por los profesores en las entrevistas, que funcionarían como protectores: apoyo y libertad de los directivos para tomar decisiones, adecuadas condiciones edilicias y además la mayoría de los sujetos consideran que la institución les ofrece apoyo, sostén y los hace sentir seguros. También mencionan, que tanto ellos mismos como la comunidad educativa en general, valora el trabajo realizado, debido fundamentalmente a que los resultados se ven reflejados en los avances de sus alumnos.

El segundo objetivo, se propuso indagar las escalas y dentro de ellas, las subescalas, que conforman el Cuestionario Breve. Ante ello pueden destacarse los siguientes datos: Las puntuaciones más altas, se obtuvieron en la escala Consecuencias de Burnout. Arrojando, como dato significativo, que el 77,77% de los sujetos que conforma la muestra presenta una puntuación elevada en la subescala Consecuencias Físicas. La bibliografía manifiesta que los síntomas somáticos más frecuentes son: fatiga crónica, insomnio, hipertensión, alteraciones gastrointestinales y respiratorias, entre otras. (Quinceno y Vinaccia Alpi, 2007).

Si bien, se cumplió con el objetivo de aportar información y hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo, con el fin de fomentar el auto cuidado. Sería importante, que los directivos conozcan los resultados de esta investigación, para que desarrollen estrategias destinadas a afrontar el estrés y de esta manera reducir el malestar físico manifestado por los docentes.

Además, puede afirmarse, que si bien solo uno de los sujetos presenta Burnout. El 66,66% de la muestra, obtuvo puntuaciones elevadas en la subescala despersonalización. Es decir, que un gran porcentaje de los profesores, ha desarrollado sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia sus alumnos y compañeros. El trato despersonalizado tiene como objeto, evitar cualquier acercamiento directo que sea desgastante. El profesional se convierte en cínico, lo que se refleja en falta de sensibilidad y deshumanización hacia terceros. (Thomaé, Ayala, Sphan y Stortti, 2006; Maslach y Jackson, 1981).

Debido a que el trato despersonalizado genera frecuentes conflictos interpersonales y aislamiento del profesional. Sería recomendable el empleo de Estrategias de intervención social por parte de los psicólogos de la institución, ya que estas, tienen como objetivo mejorar los procesos de socialización, al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo. El apoyo social

incrementa la capacidad del individuo para afrontar las fuentes de estrés laboral. (Guerrero y Vicente, 2001; Rubio, 2003, en Guerrero Barona y Rubio Jiménez, 2005).

Teniendo en cuenta el análisis cualitativo, puede afirmarse que la muestra presenta afectada la segunda y tercera Motivación Fundamental. Los datos obtenidos, están acordes a la bibliografía consultada. Längle (2003), afirma que en el Síndrome de Burnout se produce una afectación de la segunda Motivación que en consecuencia, repercute en las demás Motivaciones.

El tratamiento desde el Análisis Existencial del Burnout, se realiza precisamente a partir del paradigma de las Motivaciones. De esta manera la atención en las condiciones externas se desplaza hacia la actitud interna, a los sentidos subjetivamente personales, que la persona sostiene hacia la vida. Elaborar las propias actitudes existenciales en terapia analítico existencial, representa un beneficio positivo para ser tenido en cuenta.

Con respecto a la relación entre el índice de Burnout obtenido y las Motivaciones Fundamentales afectadas, se concluye que los sujetos que obtuvieron los índices más elevados de Burnout, son dos de los cuatro sujetos con Motivaciones Afectadas. Podría considerarse que existe alguna relación entre ambas variables. Sería interesante, poder establecer correlaciones al respecto.

Finalmente, cabe mencionar como limitaciones de esta investigación, el tamaño pequeño de la muestra y que solo incluye a los profesionales de educación inicial y primaria. Tomando esto en consideración, sería conveniente ampliar la cantidad de profesores terapeutas para futuras investigaciones e incluir a los docentes de educación secundaria para obtener resultados más globales del cuerpo docente.

En relación a los datos socio demográfico y personales, podría afirmarse que los dos sujetos que trabajan mayor cantidad de horas semanales, son los que obtuvieron los puntajes más altos en las escalas Elementos y Consecuencias de Burnout. Considero interesante, investigar las posibles relaciones entre las variables mencionadas.

Anexo

Tesina de Grado: “Síndrome de Burnout en profesores terapeutas que trabajan con personas con discapacidad”.

A partir de este medio escrito, se la/o invita a formar parte de una muestra para llevar a cabo una tesina de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad del Aconcagua, denominada: “Síndrome de Burnout en profesores terapeutas que trabajan con personas con discapacidad”.

Su participación consta en responder a una encuesta elaborada para la presente investigación y, tras ello, un cuestionario.

Se le garantiza que su participación, será anónima resguardando su identidad.

Al finalizar la investigación, se le enviará vía mail las conclusiones de la misma para que pueda tener la oportunidad de conocer los resultados a los que usted permitió arribar con su participación.

¡Muchas gracias por su colaboración!

ENCUESTA

Responda las siguientes preguntas acerca de su trabajo:

- 1) ¿Cuál fue su motivación para estudiar y empezar a trabajar como profesora terapeuta?
- 2) ¿Qué cree que la/o motiva para continuar trabajando?
- 3) ¿Siente que la institución en la que trabaja, le brinda, seguridad y sostén? O por el contrario, ¿La/o hace sentir inseguro/a? Explique por qué.
- 4) ¿Considera su trabajo como un sacrificio personal para ayudar a sus alumnos? Justifique su respuesta.

- 5) ¿Considera que la comunidad educativa valora la tarea que realiza? ¿Se siente a si mismo bueno/a en su trabajo? Justifique su respuesta.
- 6) ¿Cuál considera el sentido último de su trabajo?

CUESTIONARIO C.B.B.

1.- Edad.....años.

2.- Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

3.- Relaciones personales:

1. Con pareja habitual

2. Sin pareja habitual

3. Sin pareja

4.- Número de hijos:.....

5.- Estudios realizados:

1. Primaria 2. Bachiller 3. Formación profesional

4. Titulado superior 5. Doctorado 6. Otros

6.- Profesión (especifique sección o unidad con la mayor precisión posible):

.....

7.- Cargo que ocupa:.....

8.- Situación laboral:

1. Contratado 2. Fijo 3. Otros:.....

9.- Tiempo de experiencia en la profesión..... años

10.- Centro en el que trabaja:.....

11.- Condición del centro:

1. Privado 2. Público

12.- Tiempo que lleva en el mismo centro:..... años.

13.- Tiempo que lleva en el mismo cargo..... años.

14.- Turno:

1. Mañana 2. Tarde 3. Noche

15. Número de horas que trabaja a la semana..... horas.

16. Número de personas que atiende diariamente.....personas.

17. ¿Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo? :

1. Más del 75% 2. El 50% 3. Menos del 30%

18.- Tiene que realizar labores de su trabajo en casa:

1. Si 2. No

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada.

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- ---5

En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

2. Me siento identificado con mi trabajo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- ---5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.

1-----2-----3 ----- -4 ----- -----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- -----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales.

1-----2-----3 ----- 4 ----- -----5
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
en desacuerdo de acuerdo

6. Mi trabajo actual carece de interés.

1-----2-----3 ----- 4 ----- -----5
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
en desacuerdo de acuerdo

7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor.

1-----2-----3 ----- 4 ----- ----- 5

En ninguna Ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente En la mayoría de ocasiones

8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente En la mayoría de ocasiones

9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
Nunca Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente de acuerdo

11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente de acuerdo

12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente de acuerdo

Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

20. Mi trabajo me resulta muy aburrido

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5

En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría de
Ocasión veces las ocasiones.

21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5

En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
Ocasión veces de las ocasiones.

Bibliografía

Álvarez Gallego, E; Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 39 (11), 257-265.

Álvarez Gallego, E; Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (2): revisión de estudios. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 39 (11), 257-265.

Amate, A. E; Vásquez, A.J (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166080/1/9275316163.pdf?ua=1>

Arias Gallegos, W.L; Jiménez Barrios, N. A (2013). Bournout en docentes de Educación Básica Regular de Arequipa. *Revista: Dialnet*, 42 (22), 53-76.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM V*. Barcelona: Ed. Arlington, VA.

Barton, L. (2009). Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad. Observaciones. *Revista de Educación*. 349, 137-152.

Céspedesi, G.M. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichán*, 1(5), Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/64/133>

Correa Correa, Z; Muñoz Zambrano, I; Chaparro, A. (2010). Síndrome de Burnout en docentes de dos universidades de Popayán, Colombia. *Revista salud pública* , 12 (4), 589-598.

- Colon, M; Caraccioli, Y; Pérez, J; Ortiz, L; Molina, L; López, O; Oliva, M; Galo, L; Antúnez, S; Zavala Galindo, G. (2009). Síndrome de Burnout, en personal de salud; Hospitales Nacionales. *Revista facultad de Ciencias Medicas, 2*, 26-34.
- Egea García, C y Sarabia Sánchez, A. (noviembre, 2001). Clasificaciones de la O.M.S sobre discapacidad. *Artículos y notas*. Recuperado de: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>
- Gatto, M.E. (2012). *Síndrome de Burnout en profesionales médicos de oncología*. (Tesis de maestría en psicología). Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.
- Gil Monte, P (julio, 2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica, 3* (5). Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
- Gil Monte, P. (agosto 2003). El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAcao Psy 1*, 19-33.
- Gil Monte, P.R; Carretero, N; Desamparados Roldan, E; Núñez, R. (2005) Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 1-2* (21) ,107-123.
- Guerrero Barona, E; Rubio Jiménez, J.C. (2005). Estrategias de prevención e intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Salud Mental, 5* (28), 27-33.

- Grau Rubio, C. (1994). *Educación especial. Integración escolar y necesidades educativas especiales*. Valencia: Promolibro.
- Grau Rubio, C. (1998). *Educación especial. De la integración escolar a la escuela inclusiva*. Valencia: Promolibro.
- Hernández, J.R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista cubana de Salud Pública*, 2 (29). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista L. P. (2008). *Metodología de la Investigación 4ª edición*. México: Ed. McGraw-Hill.
- Jaik Dipp, A; Villanueva Gutiérrez, R; García Salas; Tena Flores, J. A. (2011). Valoración del desempeño docente y presencia de burnout en maestros de educación superior. *Revista electrónica diálogos educativo*, 21, 65-80.
- Jiménez Buñuales, M.T; Paulino González, D; Martín Moreno, J. (2002). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 4 (76) ,1-10.
- Längle, A (2000). Las Motivaciones Fundamentales de la existencia. Seminario dictado en Buenos Aires. Transcripción Lic. Caprio.
- Längle, A (2003). El Burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención. *European Psychotherapy* 1 (4) ,107-109.
- Lauro de los Ríos-Castillo, J; Barrios Santiago, P; Ocampo Mancilla, M; Luzeldy Avila Rojas, T. (2007). Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones

para un debate. *Revista médica Instituto Mexicano del Seguro Social*.45 (5) ,493-502.

López Elizalde, C (2004). Síndrome de burnout. *Revista mexicana de Anestesiología* 1, (27) ,131-133.

Martínez Pérez, A. (Septiembre, 2010).El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 112 (1), 1-40.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (2ª Ed.). Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press.

Montero Marín, J; García Campayo, J; Andrés, E. (2009).Validez factorial de la estructura del cuestionario breve de burnout (CBB) en una muestra de docentes en Aragón. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.2 (14) ,123-132.

Moreno Jiménez, B; Bustos, R; Matallana, A; Miralles T. (1997).La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*.13 (2), 185-207.

Moreno Jiménez, B; Garrosa Hernández, E; González Gutiérrez, J y Gálvez Herrero, M. (2005).*La evaluación procesual del burnout o Desgaste Profesional: El Cuestionario Breve de Burnout (CBB)*.México: En P. Vera y Oblitas, L. (Eds.).

Navas, P; Verdugo, M; Gómez, L. E. (2008).Diagnostico y clasificación en discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*.2 (17).Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018004>

Noli M. R. (2013). *“Síndrome de Burnout en Trabajadores de Centros de Atención a Personas con Discapacidad”*. (Tesis de licenciatura en Psicología).Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

- Olivares Faúndez, V.E; Vera Calzaretta, A; Juarez Garcia, A. (2009).Prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidad en Chile. *Ciencia y Trabajo*. 32, 63-71.
- Páramo, M. A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza
- Paula, I (2005). Estudio de casos sobre el distrés laboral en profesionales de la educación especial. *Mapfre Medicina*, 1(16) ,36-51.
- Quinceno, J.M y Vinaccia Alpi, S (2007).Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT).*Acta colombiana de Psicología*.10 (2) ,117-125.
- Schalock, R. (2009).La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 229 (40), 22-39.
- Thomaé, M.N; Ayala, E.A, Sphan, M.S; Stortti, M.A. (Enero 2006). Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 153 (1)18-21.
- Tisiotti, P; Parquet, C; Neudeck, V (2007).Prevalencia y dimensiones del Burnout en profesionales de una escuela diferencial de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 172 (1), 4-7.

Troendle M.F. (2013).”*Burnout en profesionales que trabajan con pacientes crónicos con Síndrome de down.*” (Tesis de licenciatura en Psicología).Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.