

## UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

### RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

### DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Basados en

El Reglamento de Graduación de la Universidad Dr. José Matías Delgado

Capítulo VI, Art. 46

**“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”**

Publicado bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



*Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra siempre que se especifique el autor y el nombre de la publicación y sin objetivos comerciales, y también se permite crear obras derivadas, siempre que sean distribuidas bajo esta misma licencia*

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

Universidad Dr. José Matías Delgado  
Facultad de Ciencias de la Salud  
“Dr. Luis Edmundo Vásquez”  
Escuela de Medicina

---

**APLICACIÓN DE MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADORES FORMALES COMO  
ALTERNATIVA TERAPÉUTICA AL ESTRÉS LABORAL**

---

Tesis de Graduación para optar al Título de Doctor en Medicina

*Victoria Isabel Marroquín Díaz  
Carlos Enrique Molina Arriola*

Asesora:  
*Dra. Tania Ivett Rodríguez de Segura*

Enero, 2011

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios todopoderoso por llevarnos de la mano en todo momento. Sabemos que nada sucede sin Su Designio Divino.

A nuestros padres quienes nos han brindado su amor y apoyo incondicional a lo largo de nuestras vidas.

A nuestra asesora, Dra. Tania Segura por enseñarnos el camino a seguir y ser siempre una maestra y amiga.

## Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS .....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACIÓN .....	9
OBJETIVOS.....	11
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	11
MARCO TEÓRICO .....	12
Antecedentes del Hogar .....	12
Síndrome de Estrés Laboral Asistencial .....	12
Proceso de apareamiento del Síndrome:.....	14
Dimensiones del Síndrome de Estrés Laboral Asistencial.....	16
Agotamiento emocional.....	16
Despersonalización .....	16
Disminución de la realización personal.....	16
Técnicas para combatir el Síndrome de Estrés laboral.....	19
Preocupación desapegada .....	19
Compartimentalización.....	20
Retraimiento .....	20
Dependencia en colegas .....	20
Musicoterapia .....	21
Tipos de intervenciones en músico terapia: .....	23
Bases neurofisiológicas de la percepción musical .....	23
La Musicoterapia y el Síndrome de Estrés laboral.....	25
METODOLOGÍA .....	27
Población y Muestra .....	27
Descripción de la población .....	27
Selección de sujetos de investigación:.....	27
Características del Grupo Experimental.....	27

Características del Grupo Control.....	27
Diseño de la investigación.....	28
Técnica o Instrumentos.....	28
Variables: .....	31
Criterios de inclusión .....	31
Criterios de exclusión.....	32
Instrumentos de recolección de datos: .....	32
Plan de procesamiento y análisis de datos:.....	32
Consideraciones Éticas:.....	32
RESULTADOS .....	34
Características Demográficas de la Población Estudiada: .....	35
Resultados de la Intervención:.....	40
Análisis estadísticos Casos .....	42
Análisis estadístico Controles .....	45
DISCUSIÓN .....	48
Síndrome de Estrés Laboral Asistencial .....	48
Intervención con musicoterapia .....	51
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES.....	54
Recomendaciones para “Hogar Padre Vito Guarato”:	54
ANEXOS .....	56
Glosario:.....	60
REFERENCIAS.....	62

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad según la OMS, se define como toda 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. La discapacidad se puede clasificar como física, si resulta en la limitación del desempeño motor de la persona; discapacidad sensorial, cuando se presenta con deficiencias visuales, hipoacusia o problemas en la comunicación; discapacidad psíquica y retraso mental. (1)

En el año 2008, la Organización Mundial de las Naciones Unidas estimó que existían 600 millones de personas con discapacidad, de las cuales, alrededor de 400 millones vivían en países en vías de desarrollo. En la región de las Américas se calculó que vivían 60 millones con discapacidad. (2) Se estimó que mundialmente existen cien millones de personas con discapacidad ya sea moderada o severa, implicando un desigual desarrollo de las actividades cotidianas y en la mayoría de los casos requiriendo de asistencia especial.

Algunas personas con discapacidad necesitan de un cuidador, es decir de “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. (3)

Al momento, hay distintas clasificaciones de cuidador, basadas entre otras en la relación con el paciente y la remuneración económica. Se designa como cuidador informal a aquella persona que de manera voluntaria y decidida brinda los cuidados a un familiar o amigo y asume la responsabilidad absoluta en todo lo que concierne a su atención básica, por lo general, sin recibir ningún tipo de retribución económica. El cuidador formal recibe un honorario por sus servicios y además puede o no tener algún tipo de capacitación y formación para proveer un servicio profesional remunerado por un tiempo limitado. (4)(5)

Sin embargo, existen ciertas personas con discapacidad que a la vez se encuentran en estado de orfandad; por tanto no pueden ser cuidados por familiares y deben ser atendidos por particulares. Desafortunadamente, según información proporcionada por el Consejo Nacional de Atención a la Persona con Discapacidad, al momento, no existe un consolidado nacional que proporcione el número de huérfanos con algún tipo de discapacidad. (6)

Desde hace aproximadamente ciento cincuenta años se comenzó a desarrollar mundialmente la asistencia institucional para personas con discapacidad dentro de los asilos. En estos lugares se logró la combinación de rehabilitación, educación especial, terapias, capacitación vocacional y en algunos casos, colocación laboral (dependiendo del grado y tipo de discapacidad). (2)

En los países desarrollados ha habido una transición de cuidador formal a informal debido a reformas en los sistemas de salud y actitudes de la sociedad. En la actualidad, el cuidador informal asiste al paciente en su hogar y es apoyado en ocasiones por cuidadores formales. (7) Por esta razón, en la literatura mundial la mayoría de estudios sobre cuidadores se basan en la carga percibida por el cuidador informal e infrecuentemente mencionan al cuidador formal.

En El Salvador existen pocas instituciones dedicadas a la educación, cuidado y rehabilitación de personas con discapacidad. Entre una de ellas se encuentra el Hogar del Niño Minusválido Abandonado “Padre Vito Guarato” que brinda un albergue permanente a personas con diversos tipos de discapacidad en estado de orfandad.

Según estudios realizados en cuidadores primarios, se ha encontrado que esta persona percibe una alta dependencia del paciente hacia él, se observa bajo tensión cuando está cerca del paciente y considera que podría cuidarlo mejor, todo esto originándole una carga emocional moderada aún y cuando en la mayoría de los casos desempeña otros roles (9). Al estar expuestos a estrés crónico atendiendo a personas con necesidad, existe la posibilidad de que se desarrolle una sobrecarga laboral, afectando el desempeño del cuidador. En estudios realizados se ha determinado que prestar asistencia a alguna persona con discapacidad constituye una situación típicamente generadora de estrés en las personas encargadas de tal cuidado, con importantes consecuencias para su bienestar físico, psicológico y social. (8)

El proveer cuidados continuos tiende a provocar altos niveles de estrés, fatiga, irritabilidad y alteraciones del estado del humor, los cuales influyen negativamente en la calidad de vida del cuidador, así como en su desempeño. (4) Si no se logra sobrellevar este tipo de estrés, al estar emocionalmente exhausto se pierde todo sentimiento de preocupación por los clientes, pudiendo tratarlos de forma desapegada e incluso deshumanizada. (9)

Múltiples situaciones laborales como bajos salarios, falta de beneficios, insumos, los procesos de supervisión y la falta de sistemas de apoyo crean un inadecuado clima laboral y tienden a generar estrés. Esto puede conllevar a desarrollar problemas de salud, emocionales, y conductuales. Este hecho también se ha visto asociado a ciertos tipos de profesiones como cuidadores formales de personas con discapacidad, maestros, médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

La persistente expresión de necesidades emocionales de los niños en grupos demasiado grandes que se encuentran en estados críticos de desarrollo bloquea la reducción de estrés durante el día. Consecuentemente las emociones de los cuidadores formales son drenadas hasta llegar al cansancio. Por tanto, el agotamiento emocional, la despersonalización, y una reducción del sentido del auto cumplimiento personal son consecuencias a largo plazo de la experiencia del cuidado de niños. (10)

Al tener contacto prolongado con pacientes que viven en una situación problemática puede provocar que los sentimientos mencionados anteriormente se cronifiquen y den como resultado el agotamiento emocional, posteriormente ocurre un desgaste en el cuidador, presentando lo que se conoce como ***Síndrome de Estrés Laboral*** (SEL). (11)

Aun no se ha encontrado un único tratamiento efectivo para el Síndrome de Estrés Laboral. Sin embargo existen ciertos métodos utilizados en medicina alternativa tales como la acupuntura, musicoterapia, masajes, psicoterapia, entre otros que pueden proporcionar un alivio significativo a las personas que sufren este síndrome. (12)(13)

Dado que el Síndrome de estrés laboral es un problema que experimentan los cuidadores formales, ¿podría la musicoterapia ser una alternativa terapéutica para disminuir las consecuencias del mismo en el desempeño de sus labores?



## ANTECEDENTES

La música se ha usado con fines curativos desde hace mucho tiempo. Pitágoras sostenía que si se usaba música en la vida diaria, esta haría una contribución beneficiosa a la salud de cada individuo. Los griegos en Asclepios colocaban a los enfermos en el centro del anfiteatro y usaban voces específicas para sanarlo. Muchos años después, con lo que ahora se conoce como música clásica y originalmente creada para entretener a las personas a través de actuaciones en vivo, se ha demostrado que escuchándola por cierto tiempo realza el funcionamiento del sistema neurológico. (1)

En el año 2006 se evaluó el efecto de la musicoterapia en cuidadores profesionales de un hospicio de Nueva York en Estados Unidos demostrando un progreso significativo en la instauración del trabajo en equipo. (2) Recientemente numerosas investigaciones alrededor de todo el mundo se están realizando con el objetivo de determinar la aplicación de la Musicoterapia en el campo de la salud. (14)(15)(16)(17)(18) (19)

La ventilación mecánica es uno de los métodos de tratamiento más frecuentemente utilizado en las Unidades de Cuidados Intensivos y uno de los más estresantes para los pacientes. Chlan demostró que el uso de musicoterapia es efectivo disminuyendo la ansiedad y promoviendo la relajación, indicadas por un decremento en la frecuencia respiratoria y cardíaca, de esta manera disminuye las experiencias estresantes relacionadas al uso del ventilador mecánico. (16) (20)

En el año 2003, los investigadores cubanos Peraza y Zaldívar, demostraron que a través de un abordaje con música relacionada a pacientes hipertensos y vulnerables al estrés, era posible reducir la ansiedad y la depresión, disminuir la vulnerabilidad al estrés y consecuentemente lograr un efecto positivo en la evolución de la Hipertensión Arterial. (21)

En el estudio aleatorio doble ciego, “Programas de música diseñados para remediar síntomas de Estrés laboral en cinco semanas” que incluyó 150 participantes a quienes se les había diagnosticado con el Síndrome de Estrés laboral a través de cuestionarios autoadministrados y entrevistas clínico-psicológicas, se demostró que la aplicación de musicoterapia receptiva por medio de dos programas musicales específicamente diseñados para el estudio, reduce significativamente los síntomas del Síndrome después de 5 semanas. (22)

## JUSTIFICACIÓN

El síndrome de estrés laboral influye en el funcionamiento de las personas que trabajan con pacientes. En estos profesionales existe una sensación de amenaza, tensión y exigencia que se puede tornar crónica. Posteriormente pueden presentar síntomas físicos tales como falta de atención y concentración, agotamiento, insomnio y trastornos psicósomáticos. El estrés se puede manifestar también con irritabilidad pudiendo expresarse como explosiones emocionales o hermetismo, afectando la productividad del individuo. (23)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), en El Salvador existió una razón de 6.01 profesionales de enfermería por cada 10,000 habitantes. Para el año 2004 el Ministerio de Salud reportó una baja en dicha razón a 3 por 10,000 habitantes. Este dato es importante ya que el recurso humano disponible puede considerarse inadecuado o insuficiente. Dado que los profesionales de enfermería son los responsables de los cuidados que reciben los pacientes, es de esperarse una sobrecarga de trabajo. Por tanto se podría asumir que estos profesionales tendrían niveles altos de estrés y por ende Síndrome de Estrés laboral. (24)

Desafortunadamente, en El Salvador actualmente no existen programas que permitan capacitar a los cuidadores formales acerca de la discapacidad y los conocimientos que poseen los adquieren a través de la experiencia o en cursos cortos. Usualmente las instituciones que se dedican a educación o capacitación se enfocan en problemas de aprendizaje o conductuales en el ámbito educativo. (25) (26) Asimismo existen instituciones que se dedican a la rehabilitación física y sensorial de pacientes e incluso a capacitar a cuidadores informales pero no a la capacitación del cuidador formal. (27)(28) En la ley nacional de equiparación de oportunidades se menciona que el Estado es responsable que la persona con discapacidad tenga el derecho de “ser atendida por personal idóneo en su rehabilitación integral”. (29)(30)

Según OMS, la falta de asistencia especializada perjudica a la persona con discapacidad en muchas ocasiones, ya que se maneja al paciente sin conocimiento y con prácticas empíricas; sumadas a ello, el personal de salud capacitado en rehabilitación es muy escaso en la mayoría de los países. (2) Esto conlleva a que la asistencia a los pacientes no sea idónea. (16) Por tanto es importante dar atención a

los pocos cuidadores formales con que cuentan las instituciones que atienden a este grupo poblacional ya que son elementos valiosos para el bienestar de las personas con discapacidad.

El personal con sobrecarga laboral no es capaz de lidiar satisfactoriamente con el estrés emocional crónico del trabajo y esta incapacidad se puede manifestar en un sinnúmero de maneras, incluyendo baja moral, desempeño inadecuado, ausentismo y alta rotación de personal. Una respuesta común para el Estrés laboral es retirarse o cambiarse del lugar de trabajo, llevar a cabo actividades de tipo administrativo para evitar el contacto con estas personas o abandonan la profesión en sí. (9)

Se ha comprobado en diversos estudios que la musicoterapia conlleva muchos beneficios en la salud mental y física de las personas, disminuyendo niveles de ansiedad e incluso depresión. (31)  
(15)(14)(16)(32)(33)

Del estado mental y físico del cuidador depende el estado general del paciente con discapacidad. Por eso es trascendental evaluar y conocer de qué manera afectan la carga y el ambiente laboral a los cuidadores formales contratados en el Hogar Padre Vito Guarato. Dado que la musicoterapia es inocua, no invasiva y de un costo accesible podría ser esta una herramienta útil disminuir los niveles de SEL.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar si la musicoterapia, como alternativa terapéutica, reduce el grado de estrés laboral en los cuidadores formales de los internos del Hogar Del Niño Minusválido Abandonado Padre Vito Guarato.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la presencia del síndrome de estrés laboral entre los cuidadores formales que laboran en el Hogar.
2. Relacionar los efectos de la musicoterapia como una alternativa de intervención al estrés laboral que enfrentan los cuidadores formales.

## MARCO TEÓRICO

### Antecedentes del Hogar

El Hogar del Niño Minusválido Abandonado Padre Vito Guarato, ubicado en el kilómetro 8 ½ de la carretera hacia Los Planes de Renderos en San Salvador, El Salvador, es un establecimiento apoyado por La Fundación Hermano Pedro y fundado por el sacerdote franciscano Carlo Vito Guarato en 1987. En él se albergan permanentemente a 131 pacientes con discapacidades físicas y mentales tales como microcefalia, Síndrome de Down, hidrocefalia y parálisis cerebral infantil. Estos pacientes se encontraban en estado de abandono y orfandad. Además de brindarles vivienda se les provee alimentación, educación especial, recreación y cuidados personales y médicos a través de un grupo de cuidadores, religiosas, enfermeras y médicos. (34)

Existen al momento 42 cuidadores (comúnmente llamados niños) de ambos sexos que cuidan a 131 pacientes. La razón cuidador paciente durante el día es de 1:6 y durante la noche de 1:13. La mayoría de cuidadores son personas sin entrenamiento formal para atender a pacientes con discapacidad, sin embargo han logrado adquirir experiencia a lo largo de los años. Asimismo se encuentran 11 enfermeras graduadas que apoyan a los niños y que además presentan funciones de cuidador.

### Síndrome de Estrés Laboral Asistencial

Muchas profesiones del área de salud requieren que las personas trabajen intensa e íntimamente con los pacientes o clientes por periodos de tiempo prolongados. Este tipo de interacción despierta emociones extremadamente estresantes para la persona. Los profesionales de instituciones de servicios sociales, sanitarios y educativos interactúan por muchas horas con los problemas y preocupaciones de los individuos con los que trabaja. Esta interacción se centra en los problemas que ellos experimentan los cuales están cargados de una diversidad de sentimientos.

Usualmente no es fácil llegar a la solución de estos problemas y la relación entre el profesional con el sujeto se hace ambigua y frustrante. Por tanto el profesional que trabaja continuamente con personas en una labor asistencial acumula un estrés crónico que puede cansarle emocionalmente y llevarlo a una

situación de sentirse agotado o “quemado”. Usualmente este grupo de signos y síntomas es conocido como el síndrome de burnout en inglés pero en castellano se prefiere síndrome de estrés laboral asistencial (SEL). (35)

El término “Estrés laboral”, cuya traducción más fidedigna en castellano sería “estar quemado” fue acuñado por primera vez por Freudenberg en 1974 para referirse a la compleja problemática padecida por los trabajadores pertenecientes al ámbito de los servicios sociales. Ahí los trabajadores adscritos a las áreas asistenciales, tras un tiempo variable de ejercicio profesional, manifestaban una sintomatología que podía agruparse en un síndrome fácilmente diferenciado e identificable. Sin embargo no fue hasta el año 1997, cuando el término cobró notoriedad y rango empírico con las investigaciones realizadas por Maslach, que permitieron iniciar la cuantificación de ese fenómeno. (9)

El síndrome de Estrés laboral fue descrito Pines y Maslach como un síndrome de estar exhausto física y emocionalmente, el cual involucra el desarrollo de un auto concepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo, y pérdida del interés y sentimiento hacia los pacientes. Se dice que el proveedor de servicios humanos está tan emocionalmente exhausto que ya no tiene sentimientos positivos, simpatía o respeto hacia los clientes. Por tanto se desarrolla una percepción cínica y deshumanizada de los pacientes, donde se rotulan en formas peyorativas. Como resultado de este proceso deshumanizante, los clientes son percibidos como si merecieran sus problemas y usualmente son culpados por su propia victimización. (9)

En la actualidad es muy complicado encontrar una definición totalmente consensuada sobre el Estrés laboral, aunque sí existe un acuerdo en considerar que aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico. Se puede hablar de una respuesta subjetiva que integra emociones y actitudes, y que aporta un matiz negativo para que el sujeto establezca una relación entre las dificultades y las situaciones conflictivas con consecuencias negativas para su persona y a su contexto.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud es un “estado de estar vitalmente exhausto” y su número correlativo es Z73.0. Esta descrito bajo el apartado “factores que influyen el estado de salud y contacto con servicios de salud. Sin embargo, el DSM-IV no lo incluye como síndrome.

Inicialmente este síndrome fue encontrado en trabajadores de la salud mental, trabajadores sociales, abogados que trabaEne con gente de bajos recursos, personal de prisión, y personas que trabaEne con niños. Eran oficios en los cuales se proveía ayuda y asistencia a personas con necesidad donde se podía categorizar estresores emocionales e interpersonales.(36) Se comprobó a través de cuestionarios y entrevistas que estas personas experimentaban cambios similares entre ellos, en la percepción de sus pacientes, y sus sentimientos hacia ellos. (37) Este síndrome se asocia con ausentismo, satisfacción laboral disminuida, intención de renunciar al trabajo, depresión, ansiedad, disturbio de sueño, impedimento de la memoria y molestias físicas. (38)

Maslach y Jackson han conceptualizado este síndrome en tres distintas dimensiones: **cansancio emocional** (una situación exhaustiva debido a los contactos estresantes con la gente), **despersonalización** (respuestas impersonales, desapegadas y cínicas hacia los clientes), y de **baja realización personal** (una auto-evaluación negativa realizada por los trabajadores). (39)

El término Estrés laboral ha sido confundido o utilizado indistintamente con los términos paralelos del estrés y de ansiedad. Sin embargo, no son términos intercambiables dado que cada uno de ellos centra una respuesta específicamente diferenciada a situaciones o estímulos diversos. El estrés es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga constituyéndose en un término inespecífico, abierto y medible a través de las secreciones hormonales.

El estrés puede generarse como reacción tanto a estímulos agradables y benéficos para el organismo, así como a estímulos no placenteros y perturbadores. Son estos últimos los que provocan ansiedad. La situación generadora de este estado es percibida como amenazante para el sujeto, quien siente falta de control sobre la misma, sea o no objetivamente peligrosa. (24)

### **Proceso de aparecimiento del Síndrome:**

El Síndrome del Estrés laboral no surge de manera súbita, sino que emerge de manera progresiva con un incremento en la severidad. Aun cuando no es posible determinar con exactitud ni el origen, ni la secuencia de las diferentes fases implicadas en el desarrollo del mismo, se han propuesto las siguientes:

a) Existe un primer momento en el que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos. Esto genera una situación de estrés que se manifiesta en actitudes tales como huidas de los contactos interpersonales, aislamiento profesional, desacuerdo con la ideología y metas institucionales, con el liderazgo y las supervisiones coercitivas.

b) En una segunda fase hay un exceso o sobreesfuerzo. El sujeto reaccionaría dando una respuesta inadecuada a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, irritabilidad, como manifestaciones emocionales, y actitudes laborales como reducción de metas laborales, disminución de la responsabilidad personal en los resultados, descenso del idealismo y altruismo al enseñar, actitud de instrucción distante respecto a la manifestación de contenidos, alienación laboral, aumento de las finalidades egoístas claramente manifiestas en su conducta. Todas estas reacciones se presentan como un primer esfuerzo defensivo del sujeto para adaptarse y sobrevivir ante lo que percibe como una pérdida de control.

c) Finalmente aparece la fase del enfrentamiento defensivo manifestado por cambios de actitudes y conductas con el fin de defenderse activamente y contrarrestar las tensiones experimentadas. Las más significativas son el distanciamiento emocional, el deseo de huida, el cinismo y la rigidez.

Según esta sucesión de etapas, el estrés laboral propiamente dicho se presentaría tras la tercera fase y vendría a ser la respuesta a una situación laboral intolerable tal como fue propuesto por Golembiewski y Muzenrider. Si bien la mayoría de los autores están de acuerdo en considerar el desgaste profesional como un proceso, existen pocos estudios exploratorios que distingan con claridad estas etapas. Aun cuando no existe consenso respecto a las etapas del desarrollo de este síndrome, es necesario evaluar la frecuencia de aparición de los síntomas y la intensidad de los mismos.

En relación al primero, el nivel mínimo correspondería a las apariciones muy esporádicas de la sintomatología, y el nivel máximo, a una presencia diaria y permanente en la vida del sujeto. En cuanto a la intensidad, el nivel inferior correspondería a una presencia apenas perceptible de los síntomas como la irritación, fatiga, inquietud y frustración, y el nivel máximo supondría la presencia insoportable y fatiga, inquietud y frustración, pudiendo incluso dar lugar a somatizaciones gravemente perturbadoras como la presencia de enfermedad ácido péptica, cefaleas constantes, entre otras. (24)



## **Dimensiones del Síndrome de Estrés Laboral Asistencial**

### **Agotamiento emocional**

Cuando la fuerza o capital emocional se va consumiendo, el profesional ve como se vacía su capacidad de entrega a los demás, desde un nivel personal y psicológico. En esta dimensión existe disminución y pérdida de la energía, fatiga, y dolor. (40)(36)

### **Despersonalización**

Este aspecto incluye la aparición de sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que se trabaja. El proceso de deshumanización y endurecimiento en relación con la gente que trabaja lleva al profesional a considerar que las personas son merecedoras de sus problemas. El desarrollo de la despersonalización aparece relacionado con la experiencia del agotamiento emocional. (36) En esta dimensión puede haber actitudes negativas hacia la tarea, insensibilidad, conductas despectivas hacia los receptores del servicio. (40)

La despersonalización significa moderar la compasión hacia los clientes distanciándose emocionalmente; de esta manera hay una autoprotección de emociones intensas que puedan interferir con el funcionamiento efectivo en el trabajo. (36) En este hay sensación de escasos logros laborales, errores, siniestralidad. Estas dimensiones son secundarias a estrés o frustración de carácter prolongado.(40)

### **Disminución de la realización personal**

Esta dimensión evalúa los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. (35) Al haber reducción de esta dimensión implica la tendencia a evaluarse negativamente y aparece especialmente al trabajar con personas. El sujeto con disminución de realización personal puede sentirse infeliz y descontento consigo mismo y con su labor. (35)

Entre la sintomatología asociada con el Estrés laboral se encuentran al inicio síntomas físicos como la fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares. Luego están los síntomas conductuales como el absentismo laboral, el abuso de drogas, las conductas violentas y los comportamientos de alto riesgo.

Finalmente se encuentran los síntomas cognitivo afectivos, que se manifiestan en distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión,

inatención. El mismo ambiente profesional o laboral puede ser un factor sumamente estresante y existen diversos componentes tales como: la falta de energía y entusiasmo; por ejemplo cuando la persona no se muestra motivada para llevar a cabo las labores que le corresponden.

La disminución del interés por los usuarios se refleja cuando las personas que son atendidas (en el caso de los pacientes de hospitales) se quejane o dejen de asistir debido al servicio que se les presta. Finalmente, el alto absentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación son los síntomas claros que demuestran la existencia del Estrés laboral. (24)

Otras manifestaciones del Síndrome de estrés asistencial pueden ser el uso de sustancias psicoactivas, problemas con la pareja, alteraciones del apetito, ganancia de peso, incremento en errores durante la práctica profesional, “explosiones emocionales” inapropiadas, problemas interpersonales y síntomas de depresión y ansiedad, en ocasiones suicidio. Como problema adicional al desgaste en algunos profesionales, se ha registrado una tendencia a no reportar los síntomas por temor a ser reprendido por superiores o a que se malinterpreten como falta de compromiso con el trabajo (40)

El momento en el cual este síndrome cobró verdadero auge sanitario fue a partir de la Conferencia Nacional sobre el Estrés laboral celebrada en 1981 en Filadelfia, E.E.U.U. Se señala que la importancia de este síndrome se debe a tres factores fundamentales: a) la relevancia creciente que los servicios humanos han ido adquiriendo como agentes del bienestar individual y colectivo; b) una mayor exigencia de los usuarios de los servicios sociales, educativos y sanitarios; y c) el conocimiento de los efectos perjudiciales del estrés, tanto en las personas como en los ambientes. Estos tres factores intentan abarcar los componentes biopsicosociales de la conducta dentro de las políticas actuales de promoción de la salud. (24)

Existe abundante literatura acerca del SEL en docentes debido a que inicialmente se realizó estudios en esta población. En los estudios llevados a cabo en diferentes países con población docente, se ha encontrado un rango amplio de prevalencia del Síndrome de Estrés laboral que se extiende desde el 12,5% hasta el 80%. Esta variación puede deberse a los diferentes tipos de labores o a las diferencias en la medición de este síndrome. Adicionalmente, se han encontrado diferencias entre las prevalencias de esta entidad en docentes según el género, la edad, el estado civil, el nivel de calificación, el rango laboral, el hecho de tener o no creencias religiosas y las características de la red de apoyo social. (40)

Entre las profesiones con incidencias altas del SEL se encuentran los trabajadores que asisten o cuidan a personas afectadas con algún tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo de sus actividades vitales o relaciones sociales. (41)

Según Olivares y colaboradores, se encontró una prevalencia de 9% (siguiendo los criterios Españoles del Inventario de Estrés laboral de Maslach) en una población de profesionales que trabaja con pacientes con discapacidad. En un estudio realizado con enfermeras en un centro geriátrico español con una muestra de 42 personas se encontró que un tercio encontró niveles intermedios y altos de SEL, usando el MBI. (9) En un centro español donde laboran cuidadores de ancianos, con una muestra de 411 profesionales, el 32% padeció el SEL en cierto grado, y el 5% lo presentó en grado extremo. (42)

Existen muy pocos estudios nacionales acerca de Síndrome de Estrés Laboral. En un estudio elaborado en 2004 acerca de SEL en cuidadores informales de pacientes con VIH-SIDA y enfermedades crónicas se encontró una prevalencia del 9.62%. (43) Otros estudios encontrados no reportan específicamente porcentajes que describan la prevalencia de la enfermedad ya que la subdividen en las diferentes dimensiones. (43) (24)

La aparición del SEL se ha asociado a múltiples factores individuales tales como tipo de personalidad, edad (ya que se presenta más en trabajadores muy jóvenes), poca experiencia profesional, altas exigencias en el sitio de trabajo, tareas realizadas contra reloj y situaciones de violencia. (40) En un estudio elaborado en médicos suizos, algunos predictores del síndrome de estrés laboral fue el sexo masculino, edad entre 45 y 55 años, estrés excesivo percibido por alta carga laboral, dificultad para balancear la vida profesional y privada, cambios en el sistema de salud, practicar en una zona rural, relaciones interpersonales difíciles con colegas. (44)

Los primeros modelos operacionales del síndrome estrés laboral se elaboraron para determinar la estructura del síndrome. El objetivo inicial era establecer una medida operativa del síndrome que pudiera servir para cuantificar los niveles del problema de "estar quemado por el trabajo. Los primeros esfuerzos por evaluar de forma específica algunas de las profesiones más afectadas por esta problemática, docentes y sanitarias, se caracterizaron por incluir los factores antecedentes del síndrome y algunas de sus consecuencias.

El "Teacher Burnout Questionnaire" elaborado por Hock en 1988, incluía en su estructura los factores relacionados con el clima laboral y otras causas del estrés laboral en docentes. Por otro lado la escala "Teacher Burnout Scales" hecho por Seidman y Zager, 1987 incluía los aspectos relativos a la satisfacción de carrera y al apoyo de la administración.

En el ámbito sanitario ocurría un proceso paralelo. El "Staff Burnout Scale for Health Professionals" de Jones en 1980), uno de los primeros instrumentos específicos, incluía como factor antecedente la insatisfacción laboral y las relaciones con los pacientes. Los mismos cuestionarios solían incluir algunos aspectos relativos a las consecuencias del síndrome; así, el "Teachers Burnout Questionnaire" incluye elementos referidos a los efectos psicológicos y el "Staff Burnout Scale for Health Professionals", elementos relacionados con los trastornos psicosomáticos. Es decir, desde los primeros momentos el enfoque dirigido a evaluar el estrés laboral en profesiones específicas aparece ya claramente descrito como un proceso (antecedentes, síndrome, consecuentes). (45)

Posteriormente el Maslach Burnout Inventory fue sufriendo modificaciones, donde se pudo aplicar a maestros y se elaboró la versión española. Actualmente la escala más utilizada para el diagnóstico del síndrome de Estrés laboral es el Inventario de Maslach de Servicios Humanos. (46) Esta se considera el estándar de oro para el diagnóstico de este síndrome. (47)

## **Técnicas para combatir el Síndrome de Estrés laboral**

### **Preocupación desapegada**

Para defenderse contra sus emociones disruptivas y lograr realizar un buen trabajo, los profesionales mantienen una sensación de empatía y preocupación para con sus clientes utilizando diferentes técnicas de desapego, como la intelectualización o evitar contacto físico o psicológico. La preocupación desapegada es una manera un tanto paradójica donde para poder curar a los pacientes se debe distanciar, sin perder la empatía.

Desafortunadamente, es raro que los cuidadores alguna vez reciban guías específicas para llevar a cabo esta técnica. Por tanto, la falta de preparación para poder lidiar con el estrés crónico emocional de su trabajo, mucho personal en las instituciones de servicios humanos son incapaces de mantener la

preocupación y el cariño que inicialmente llevaban consigo al trabajo y por tanto el proceso de Estrés laboral comienza. (9)

### Compartimentalización

Algunos profesionales hacen una marcada diferencia entre el trabajo y su vida personal, ya sea de Eneido sus preocupaciones en la casa o el trabajo. De esta manera lograron confinar su estrés emocional a una pequeña parte de sus vidas.

### Retraimiento

Los profesionales intentan minimizar su involucramiento en situaciones estresantes, como pasar menor tiempo con sus clientes, comunicarse más impersonalmente con ellos, e interaccionar con colegas en vez de los pacientes.

### Dependencia en colegas

Aquellos profesionales que experimentaban estrés buscaban a otros colegas para consejos, confort, reducción de tensión, buscaban ayuda para alejarse de la situación o intelectualizarla, así como difusión de la responsabilidad. (37)

Existen distintas terapias que han sido utilizadas para combatir el SEL, las cuales se pueden dividir dependiendo de la cantidad de personas involucradas. (43)(11)(48)

### Intervenciones para el Síndrome de Estrés Laboral

Intervenciones individuales	Intervenciones grupales
Consejería	Consejería grupal
Orientación y asesoramiento	Deportes
Terapia enfocada en control e inoculación síntomas de ansiedad y depresión	Yoga y relajación
Terapia de Resolución de problemas	Resolución de problemas grupales
Masajes	Actividades recreativas
Acupuntura	

**Fuente:** Elvira JA, Cabrera JH. Estrés y burnout en profesores. (48)

## Musicoterapia

La Musicoterapia según la define la Federación Mundial de Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un Músico terapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas. La Musicoterapia busca descubrir potenciales y/o restituir funciones del individuo para que él/ella alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida.(49)

La idea que la música pueda servir con propósitos curativos ha sido planteada desde hace muchos años. No obstante, fue hasta finales de los años 1950 que la disciplina de la musicoterapia fue expresamente desarrollada y reconocida en Estados Unidos, después que médicos y enfermeras de hospitales de veteranos notaron respuestas físicas y psíquicas positivas cuando músicos tocaron para ellos. La música puede ser percibida como una expresión artística, comunicación, auto-expresión, autodescubrimiento, o como una forma artística auditiva. La música incluye variaciones en el tono y ritmo, los cuales han sido compuestos o son improvisados con el propósito de inducir respuestas emotivas en el que la escucha. (50)

La musicoterapia ha promovido respuestas de relajación, desencadenado asociaciones positivas y ha desviado la atención de la ansiedad durante experiencias que provocan dolor. El uso de la música ha servido para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes en diferentes circunstancias, tales como los ingresados en unidades de cuidados intensivos, en la imagenología con la resonancia magnética, y broncoscopia. (15)

El escuchar música ofrece un rango amplio de efectos terapéuticos, ayuda al paciente a relajarse, potenciando la sedación y aliviando la ansiedad y el dolor. (51) El tono, ritmo, melodía y tempo de la música son determinantes para los procesos perceptivos de la audición y respuestas neurológicas.

Dependiendo del tipo de música se genera reacciones en el cuerpo humano. En general la música estimulante está caracterizada por un tempo más rápido, volumen más fuerte ritmo más irregular con síncope y amplios saltos entre las notas de la línea melódica. Asimismo puede incluir más instrumentos de aire, percusión y guitarra eléctrica distorsionada.

La música sedante usualmente tiene tempo más lento, un volumen más suave, ritmo regular y estable, y saltos mínimos entre las notas de la línea melódica. Asimismo se utilizan instrumentos como los de cuerda, guitarra acústica o piano. (18)

Las características de la música pregrabada sedante son las siguientes:

- Línea melódica grabada con piano eléctrico.
- Línea melódica que se mueve con incrementos en escala (consiste en notas que están juntas en una escala) con saltos de intervalos mínimos.
- Acompañamiento de cuerdas en arpeggio tocado con guitarra clásica o teclado de piano (tocando múltiples notas armónicas de una nota a la vez en vez de simultáneamente).
- Melodías a medio rango evitando altas frecuencias.
- Tempo no más rápido de 60-72 golpes por minuto.
- Ritmo lento y consistente sin cambios bruscos.
- Volumen suave ha moderado, aproximadamente 65-70 dB.

Se ha comprobado que escuchar música relajante, como algunas selecciones de música clásica hace que el escucha experimente emociones positivas y haya un estímulo al sistema parasimpático. (32)

La preferencia personal tiene un impacto grande de la respuesta de la persona con la música, por tanto es importante ofrecer diversidad de música a los pacientes. En diversos estudios los sujetos han escogido música clásica, instrumental, nueva era, entre otras. (16) Seleccionar la música que parece más relajante puede ser más efectiva reduciendo el estrés ya que permite que la persona pueda controlar su ambiente. En investigación acerca de la psicología de la salud indica que sentir control es un factor importante en reducir la respuesta al estrés. (32)

Las intervenciones de la musicoterapia pueden diseñarse para:

- Promover el bienestar.
- Manejar el estrés y la ansiedad.
- Aliviar el dolor.
- Expresar sentimientos.
- Realzar la memoria.

- Mejorar la comunicación.
- Disminuir la frecuencia o duración de comportamientos agresivos.
- Promover la rehabilitación física.

Usualmente no es fácil saber cuáles pacientes se beneficiarán de la musicoterapia, escoger el tipo de música apropiada, la frecuencia necesaria, así como establecer el punto de corte para realizar valoraciones para evaluar la eficacia de la musicoterapia. (18)

### **Tipos de intervenciones en música terapia:**

**Música Improvisadora:** en este tipo de intervención se improvisa música utilizando instrumentos y/o la voz, sonidos corporales, objetos, etc.

**Re-creativa:** se realiza cantando o tocando canciones preexistentes.

**Composición:** consiste en la creación y documentación de canciones nuevas y compuestas por el paciente con la ayuda del terapeuta, o haciendo cambios como las letras a una canción preexistente.

**Receptiva:** se realiza escuchando música grabada. En la terapia con música receptiva, el concepto de utilizar música con el objetivo de tratar algún problema debe basarse en el conocimiento del estímulo musical específico que puede emitir efectos determinados que pueden aplicarse para ya sea para mejorar los síntomas de ciertos desordenes o potencialmente influir positivamente en la causa de la enfermedad.

Se han establecido efectos fisiológicos al escuchar música: se ha determinado que la música disminuye el metabolismo corporal, acelera o disminuye la frecuencia respiratoria, aumenta o disminuye la energía muscular, afecta la frecuencia cardíaca y presión arterial, disminuye el umbral para estímulos sensoriales e influye en las secreciones gastrointestinales.

### **Bases neurofisiológicas de la percepción musical**

La música es una herramienta útil para medir las correlaciones neurales de la emoción. Esta permite evaluar un rango de emociones positivas (diversión, felicidad, “calofríos”) que son difíciles de evocar en circunstancias controladas. (52). Asimismo es un medio apropiado para evaluar procesamiento



emocional porque la música es un poderoso desencadenante emocional y es fácil de manipular con fines de investigación. (53)

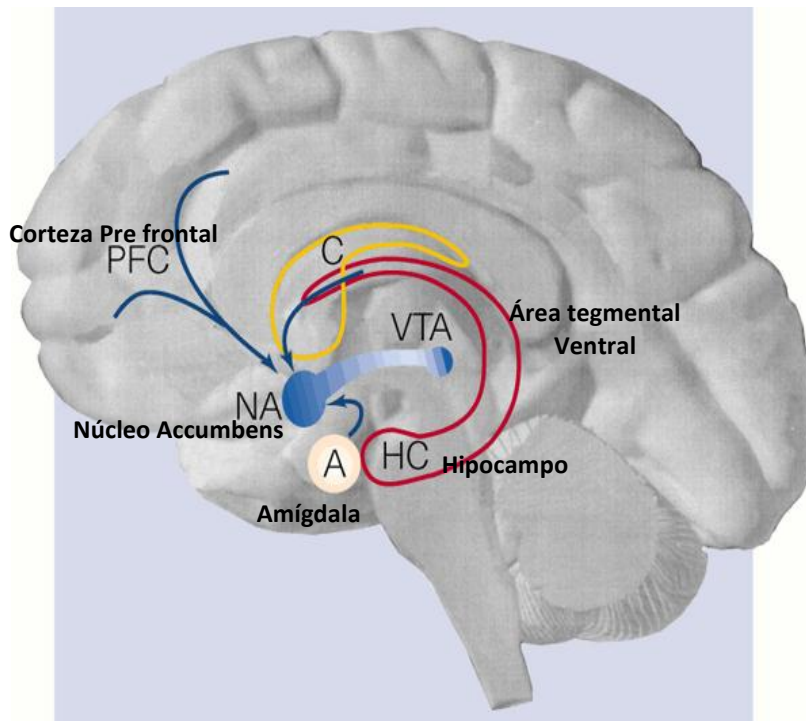
Las estructuras límbicas y paralímbicas se consideran las estructuras principales del procesamiento emocional, ya que su lesión o disfunción se asocian con impedimentos emocionales. (54) Aun no se comprende cómo se relacionan las estructuras límbicas (ej. amígdalas e hipocampo) y paralímbicas (ej. corteza orbitofrontal, giro parahipocampal y polos temporales). (52) Se conoce que el escuchar música, tocar algún instrumento y componer la música involucra regiones a través del cerebro bilateralmente y en la corteza, neocorteza, paleo y neocerebelo. (50)

La amígdala es considerada una estructura central en el circuito neural límbico y paralímbico. Se ha implicado en la iniciación, generación, detección, mantenimiento y terminación de emociones que se asumen ser importantes para la supervivencia. (55) Según Gosselin y colaboradores, la amígdala aparenta ser necesaria para el procesamiento emocional de la música, en vez del procesamiento perceptual en sí. (53)

Brown y colaboradores descubrieron que música placentera activó estructuras límbicas y paralímbicas, incluyendo la corteza subcallosa del cíngulo, ínsula anterior, hipocampo posterior, polos superotemporales y parte del estriado ventral (núcleo accumbens). (56)

Mediante imágenes de resonancia magnética funcional, Menon y Levitin (2005) encontraron que la música modula de forma importante la actividad de las estructuras mesolímbicas del cerebro que están involucradas en la regulación de respuestas autonómicas y fisiológicas, incluyendo el núcleo accumbens (NA), el área tegmental ventral (VTA) y el hipotálamo. A nivel neuroquímico, estos investigadores encontraron un aumento en la liberación de dopamina en el núcleo accumbens en respuesta a la música. (Ver figura 1)

**Figura 1:** Áreas anatómicas involucradas en el proceso de placer y emociones



Krumhansl en 1997 estudia diversas medidas fisiológicas (cardíacas, vasculares, electrodérmicas y respiratorias) mientras pacientes escuchan extractos musicales que proyectan cierta emoción (tristeza, miedo, felicidad). Comprobó que los efectos fisiológicos más fuertes para cada tipo de emoción generalmente incrementan a través del tiempo, lo cual sugiere que la intensidad de una experiencia emocional puede incrementar a través del tiempo durante la percepción de un tipo de música. (57)

### **La Musicoterapia y el Síndrome de Estrés laboral**

Se ha propuesto una vía neurohumoral en la cual la música ejerce su acción sedativa y se basa en un modelo que incluye la interacción del eje hipotálamo-hipófisis con la medula adrenal a través de mediadores del sistema inmune inespecífico. La estimulación auditiva funciona como un antidepresivo conductual que comparte características neuronales de los fármacos antidepresivos.

Desafortunadamente no existen muchos estudios que revisen el SEL y musicoterapia. Usualmente se ha estudiado el efecto de la musicoterapia sobre la depresión, la demencia y otras patologías

neuropsiquiátricas. La Depresión y el Síndrome de Estrés laboral están muy relacionados, ya que personas afectadas por el síndrome de Estrés laboral usualmente presentan síntomas de depresión. Según un reporte Cochrane y otros estudios, se asume que las intervenciones con música pueden ser capaces de mitigar estados depresivos.(58)

Se desconocen los mecanismos por los cuales la música puede influir en funciones cerebrales relacionadas a depresión. El uso de técnicas de imagen en los últimos años, ha demostrado que escuchar música puede modular estructuras del cerebro implicadas en procesos emocionales. Estas estructuras incluyen la amígdala, el hipocampo, la corteza cingulada anterior, la corteza orbitofrontal, los polos temporales, el parahipocampo, el núcleo accumbens y la corteza insular.

En el único artículo encontrado que se centró directamente relacionado al SEL y la musicoterapia se comparó el uso de dos tipos de música diseñada para esta condición vs placebo. El estudio comprendió 111 sujetos. En los grupos P1 y P2 se observó un efecto positivo significativo, en la reducción de los síntomas de burnout. El efecto observado con el programa P1 ( $\beta = 0.25$ ,  $P = 0.014$ ) fue ligeramente mayor que el efecto observado con el programa P2 ( $\beta = 0.21$ ,  $P = 0.039$ ). El programa de música placebo no se observó tener un efecto significativo. (22)

Los sujetos del estudio mencionado previamente participaron en un examen inicial que consistió en entrevistas clínicas y psicológicas, cuestionarios auto-administrados y medidas psicofisiológicas. Al final del estudio se repitieron las medidas previamente mencionadas. Desafortunadamente no se evidencia que se haya utilizado el MBI. (22)

Considerando la cantidad de tiempo y el costo involucrado en los tratamientos para SEL, los programas de musicoterapia pasiva muestran muchas ventajas. Según Brandes (2009), la musicoterapia aparenta tener efectos a largo plazo demostrado a través de entrevistas conducidas cada tres meses posterior a la finalización del estudio. Hasta la fecha de publicación de este artículo los participantes mantuvieron un grado sostenido de estabilización y fueron capaces de mantener su nivel de resiliencia psicológica. (22)

## **METODOLOGÍA**

### **Población y Muestra**

#### **Descripción de la población**

La muestra del estudio está formada por personas que desempeñaron labores como niñeras y enfermeras en el Hogar Padre Vito Guarato de San Salvador durante el período de octubre a diciembre del año 2010.

#### **Selección de sujetos de investigación:**

Los sujetos de investigación fueron seleccionados del total de participantes encuestados que lograron puntaje entre las categorías media y alta del inventario para evaluar el Síndrome de Estrés Laboral Asistencial de Maslach y Jackson y que como tal son clasificados como de padecer o estar en riesgo de padecer el síndrome de estrés laboral y cumplieron con los criterios de inclusión.

Los participantes del grupo de casos y los del grupo de controles se parearon en base al sexo y a la década de la vida en una relación de 1 a 1.

#### **Características del Grupo Experimental**

Estuvieron todos aquellos sujetos que aceptaron libremente participar en la investigación, que fueron categorizados entre las clases media y alta del diagnóstico del Síndrome de Estrés Laboral Asistencial y a quienes se les suministró musicoterapia receptiva por un período de al menos 20 minutos por día durante 5 semanas.

#### **Características del Grupo Control**

Son todos aquellos sujetos de investigación que no presentaron el síndrome de Estrés Laboral durante el período de evaluación, que aceptaron participar en la investigación, que se seleccionaron al parearse por década de la vida y sexo con los participantes del grupo experimental y a quienes también se les suministró musicoterapia receptiva por al menos 20 minutos cada día durante 5 semanas.

## Diseño de la investigación

- Estudio clínico controlado
- Diseño cuasi experimental de tipo test-retest con dos muestras dependientes formadas por un grupo experimental y un grupo control



## Técnica o Instrumentos

### *El Inventario "Estrés laboral" de Maslach o MBI*

El Inventario "Estrés laboral" de Maslach o MBI por las siglas de las palabras en inglés «Maslach Burnout Inventory», es un instrumento creado por las psicólogas Christina Maslach y Susan E. Jackson que consiste en una prueba auto corregible (no requiere de plantillas de corrección) en la cual se evalúa la dimensión de frecuencia en tres variables del Síndrome del Estrés Laboral Asistencial: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de autorrealización personal. La versión utilizada de este inventario fue la española, que se elaboró en 1996.

El inventario, consiste en una encuesta con 22 elementos en la cual se solicita al participante que conteste cada una de las frases indicando la frecuencia con la que ha experimentado el sentimiento valiéndose de una escala de frecuencia de sentimientos que va desde 0 que equivale a "nunca" hasta 6 que corresponde a "todos los días". Además, consta de un apartado de información complementaria denominado "datos personales" en el cual se encuentran filiaciones de tipo demográfico o estadístico con el objeto de delimitar mejor el síndrome estudiado. (Ver anexo 1)

La Subescala de Desgaste Emocional (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), valora el sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo.

La Subescala de Despersonalización (ítems 5, 10, 11, 15 y 22), agrupa los ítems que suponen una respuesta fría e impersonal hacia las personas que tiene que atender.

La Subescala de Inadecuación Personal o Incompetencia (ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), en donde describe sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. (18)

Con el objetivo de evitar la influencia de los investigadores, se realizó en privado, con la mayor confidencialidad posible y evitando especialmente las creencias personales sobre el síndrome. Una persona ajena al estudio presentó el instrumento como una encuesta sobre las actitudes de las personas o profesionales ante su trabajo, evitando mencionar el tema del trabajo hasta que se obtuvieron los primeros resultados de la encuesta.

Para promover un ambiente de confidencialidad, se asignó un código numérico a cada participante. Se repasaron los diferentes ítems que comprende el inventario y se dio oportunidad para resolver dudas. Se recalcó que esta información formaba parte de un trabajo de tesis doctoral y que no sería divulgada al personal administrativo del lugar de trabajo.

Se clasificó a los participantes en diferentes escalas de Estrés laboral según las tres variables independientes: Cansancio emocional (CE), despersonalización (DP), realización personal (RP). Tomando como base los datos obtenidos utilizando la versión española del MBI.

	<b>Baja</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
<b>Cansancio emocional</b>	Menos de 15	De 15 a 24	Más de 24
<b>Despersonalización</b>	Menos de 4	De 4 a 9	Más de 9
<b>Realización personal</b>	Más de 39	33 a 39	Menos de 33

Los participantes que obtuvieron un puntaje en las categorías media y alta de las variables mencionadas anteriormente se clasificaron en el grupo de casos. Fueron quince personas las que se encontraron en este grupo y todos fueron escogidos para participar en el trabajo ya que cumplían todos los criterios de inclusión.

Posteriormente se abordó un grupo de personas no relacionadas al personal de salud que trabajan en atención al cliente en una institución educativa para parear los casos según edad y sexo. Se realizó el Inventario de Maslach en la misma forma antes mencionada con la diferencia que estas personas tendrían que presentar puntajes bajo y medio en las distintas dimensiones del instrumento.

A cada participante (grupo experimental y control) le fue asignado un aparato reproductor mp3 que contenía 5 canciones de entre muestras de música barroca, música clásica ambientada con elementos de la naturaleza y música Nueva Era, las cuales habían sido seleccionadas según la predilección de cada uno de ellos. Se solicitó a cada participante que escuchara diariamente esta música por al menos veinte minutos durante cinco semanas. El aparato de música se obsequió como incentivo para cumplir efectivamente la escucha de música. Se proporcionó una hoja con las fechas en que debía escuchar la música a cada uno de los participantes de los dos grupos. En ella, firmarían diariamente para certificar que escucharon la música.

Una vez transcurridas las cinco semanas y empleando las mismas condiciones iniciales, se sometió nuevamente el Inventario de Estrés laboral de Maslach a los participantes de ambos grupos. Se recolectaron y analizaron los datos, evidenciando los cambios entre los puntajes iniciales de la Prueba con los puntajes posteriores a la intervención.

### *Musicoterapia*

Como se mencionó anteriormente, se facilitaron tres géneros de música a los participantes para que optaran por la más relajante. Se consultó a un etnomusicólogo quien seleccionó cinco piezas de cada género musical y que tienen las siguientes características:

<b>Característica musical</b>	<b>Detalle</b>
<b>Línea melódica</b>	Se mueve con incrementos en escala
<b>Tempo</b>	Lento: no más rápido de 60-72 golpes por minuto
<b>Ritmo</b>	Regular y estable 60-80 compas por minutos
<b>Instrumentos incluidos</b>	Guitarra acústica, piano, instrumentos de

	cuerda
--	--------

## Variables:

Operativización de variables:

Variable	Definición	Categorización de la variable	Indicador
<b>Características sociales</b>	Características sociales que posee cada uno de los integrantes del estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Nivel educativo</li> <li>• Situación laboral</li> <li>• Estado familiar</li> <li>• Hijos</li> </ul>	Respuesta proporcionada en hoja de cotejo incluida en Inventario Estrés laboral de Maslach
<b>Síndrome de Estrés laboral</b>	Respuesta subjetiva que integra emociones y actitudes, y que aporta un matiz negativo para que el sujeto establezca una relación entre las dificultades y las situaciones conflictivas con consecuencias negativas para su persona y a su contexto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agotamiento emocional</li> <li>• Despersonalización</li> <li>• Baja realización personal</li> </ul>	Puntaje obtenido de tres categorías en Inventario Estrés laboral de Maslach
<b>Musicoterapia</b>	La utilización de música determinada para influir positivamente sobre las personas que sufran algún grado de síndrome de estrés laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música barroca</li> <li>• Música clásica con ambientación de naturaleza</li> <li>• Música Nueva Era</li> </ul>	Respuesta proporcionada en hoja de cotejo incluida en Inventario Estrés laboral de Maslach

## Criterios de inclusión

- Estar asignado como niño/a o enfermero/a.
- Poseer un año como mínimo de experiencia laborando en la institución.
- Deseo de participar en el estudio.



- No estar utilizando técnicas de relajación.
- Firma de consentimiento informado

### **Criterios de exclusión**

- No estar asignado como niño, niña o personal de enfermería.
- Poseer menos de un año como mínimo de experiencia laborando en la institución.
- No desea participar en el estudio.
- Estar utilizando técnicas de relajación.

### **Instrumentos de recolección de datos:**

La tabulación de los resultados se realizó diseñando una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010. En este se registró el puntaje obtenido por cada participante, clasificándolo en las tres escalas del síndrome de Estrés laboral tanto para casos como para controles, antes y después de la intervención.

### **Plan de procesamiento y análisis de datos:**

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el programa Graphpad Prism 5 aplicando T de Student para muestras relacionadas analizando la diferencia en los puntajes de la prueba Maslach entre los participantes que presentaron el síndrome y los que no, antes y después de la intervención con musicoterapia. Para poder utilizar la prueba de T de student se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk, la cual indicó una distribución normal de los datos.

### **Consideraciones Éticas:**

A cada participante en el estudio se le brindó información acerca de los objetivos, propósito y la metodología del estudio. Fueron orientados sobre su derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento evitando exponerse a represalia alguna. Una vez, fue cerciorada la comprensión absoluta de la información presentada, se solicitó de manera escrita un consentimiento informado y voluntario a cada persona.

Debido a que el instrumento utilizado evalúa el estrés laboral y con el propósito de crear un clima que promoviera un llenado veraz, éste se presentó como una “Encuesta al personal de los Servicios Humanos” y se evitó utilizar el término de síndrome de estrés laboral asistencial para así, disminuir el sesgo que se pudiera generar al momento que cada participante complementara el formulario.

Para cumplir los lineamientos previamente descritos, se realizó una reunión con los sujetos de estudio. Se expresaron los objetivos de la investigación, la manera en que se realizaría, el período durante el cual se desarrollaría y los posibles beneficios y consecuencias que se pudieran obtener por éste. Se les explicó que su participación en el estudio no representaría gastos económicos.

A cada participante se le asignó un código numérico con el propósito de dar seguimiento a los resultados personales obtenidos y diferenciar el grupo control del grupo experimental. El inventario de Maslach se realizó bajo condiciones de privacidad con la supervisión de una persona ajena al estudio y además capacitada para conducir la encuesta. Además, se aseguró la distancia de supervisores o mando directo durante el desarrollo de la encuesta ya que esto podría haberles generado estrés y afectado la veracidad al llenar el formulario.

En este estudio se identificaron a los sujetos que presentan el Síndrome de Estrés Laboral Asistencial moderado o severo y se realizó en ellos una intervención terapéutica con el propósito de determinar si la aplicación de musicoterapia receptiva lograba disminuir en algún grado el Síndrome de Estrés Laboral. Al presentar los resultados de la investigación, se mantuvo la exactitud de los datos y resultados.

## RESULTADOS

El Síndrome de estrés laboral es una condición a la que todo trabajador de salud se encuentra sometido, por lo que buscar una alternativa terapéutica que les permita disminuir los efectos que este ocasiona es de vital importancia para la adecuada atención de los pacientes. La musicoterapia es una opción que ha sido utilizada en otras situaciones con buenos resultados por lo que se ha evaluado el efecto que esta genera en los cuidadores del Hogar Padre Vito Guarato que presentaron dicha condición.

El Inventario de Burnout de Maslach (MBI) es un instrumento útil para detectar el Síndrome de Estrés Laboral (SEL) o aquellas personas que se encuentran en riesgo de desarrollarlo. Puesto que la encuesta está diseñada para personas que brindan servicios o que atienden a personas fue posible administrarlo a personal de salud que brinda cuidados a personas (cuidadores formales) así como personas que brindan atención al cliente en instituciones educativas.

El Inventario de Maslach incluye tres dimensiones principales: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Estas dimensiones se logran medir a través de los puntajes obtenidos en los ítems mencionados en el instrumento, los cuales constan de una escala de Likert de 0-6. Posteriormente se clasifican los resultados de cada dimensión, colocándolos en las diferentes escalas: bajo, medio, alto. Se considera que una persona tiene SEL si presenta un riesgo alto en la dimensión de Realización personal y en cualquiera de las otras dos dimensiones: Cansancio Emocional y Despersonalización.

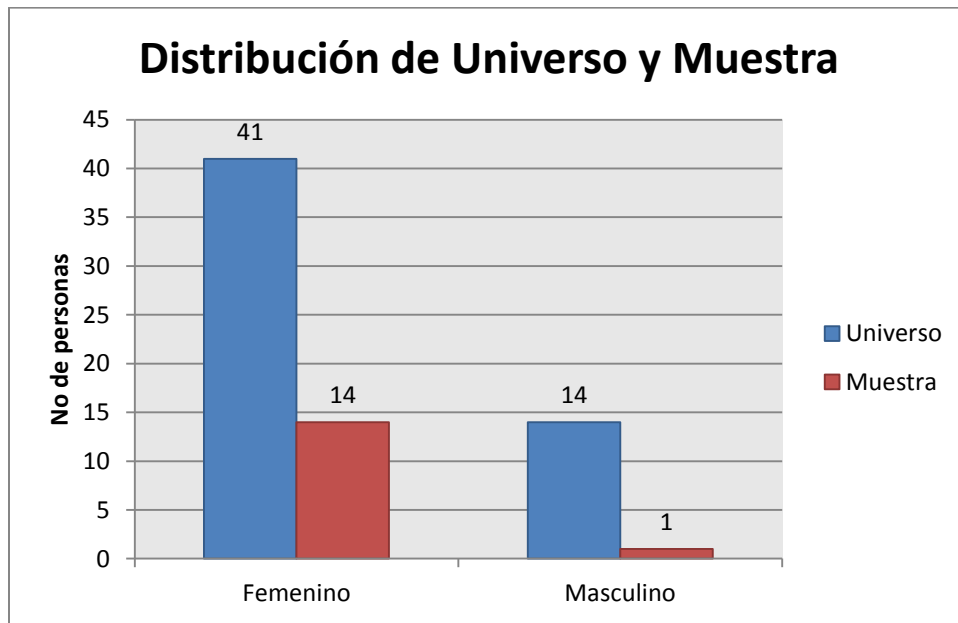
En el “Hogar Padre Vito Guarato” se realizó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en la totalidad de los cuidadores formales (55 personas) donde se incluyó exclusivamente a los niños y personal de enfermería. De este personal evaluado, quince personas presentaron puntajes altos y medios en el MBI; por tanto todos fueron incluidos en la muestra de casos en el trabajo de investigación.

Con el fin de encontrar pares, que serían los controles del trabajo de investigación, en la Universidad “Dr. José Matías Delgado” se evaluó el mismo Inventario de Maslach en 31 personas no relacionadas con cuidados de la salud y que se dedican a la atención al cliente (secretarias, oficios varios y asistentes en oficinas). Se seleccionaron quince personas que presentaron niveles medio o bajo en las distintas dimensiones del Inventario que a su vez fueran del mismo sexo y edad congruente con la misma década de la vida que los casos.

De las treinta personas seleccionadas para participar en el estudio, un caso y un control fueron excluidos del estudio ya que no entregaron el Inventario de Maslach posterior a la musicoterapia. Por lo tanto, los resultados posteriores a la intervención con musicoterapia incluirán veintiocho personas.

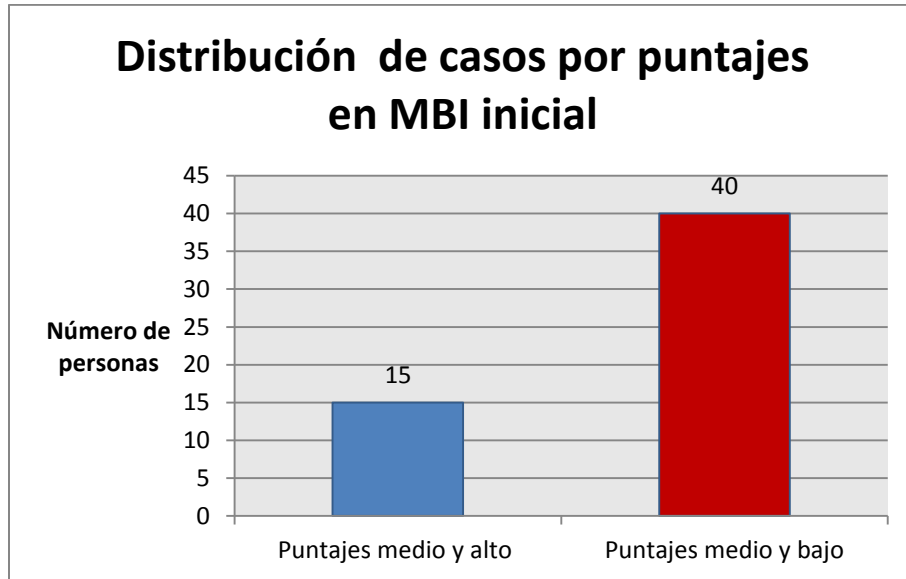
### Características Demográficas de la Población Estudiada:

Gráfica 1. Distribución de casos por sexo en universo y muestra



En la gráfica 1 referente a la distribución de universo y muestra, se consideró en el Hogar Padre Vito Guarato como universo las cincuenta y cinco personas que se dedican a la atención directa de las personas, de ellos catorce mujeres y un hombre conformaron la muestra en quienes se aplicó la musicoterapia.

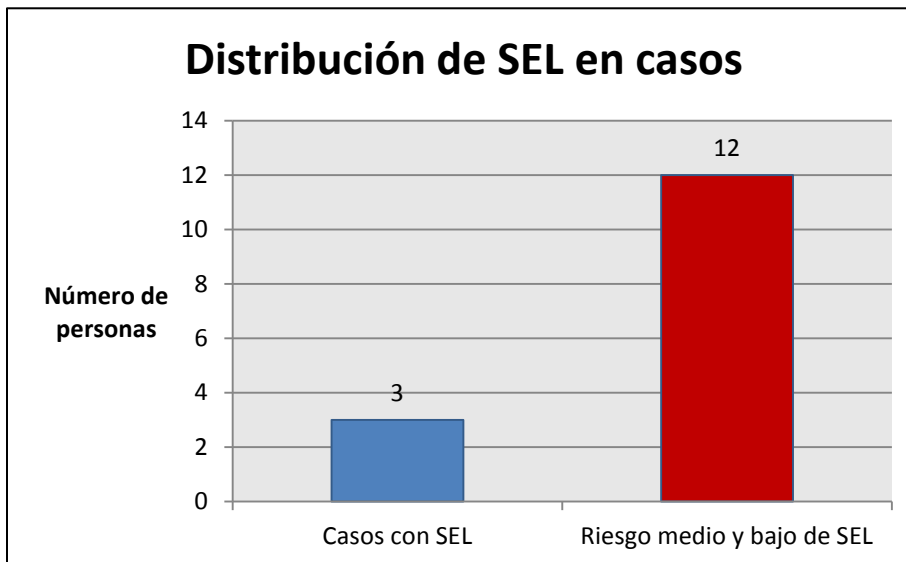
**Gráfica 2. Distribución de los casos en base a los resultados de la MBI inicial.**



**MBI: Maslach Burnout Inventory.**

En la gráfica 2 se ilustra la distribución de la población por puntajes del MBI inicial, se presentan los quince casos que obtuvieron puntajes medios y altos en las distintas dimensiones del Inventario de Maslach previos a la intervención con musicoterapia; correspondiendo con los criterios de inclusión.

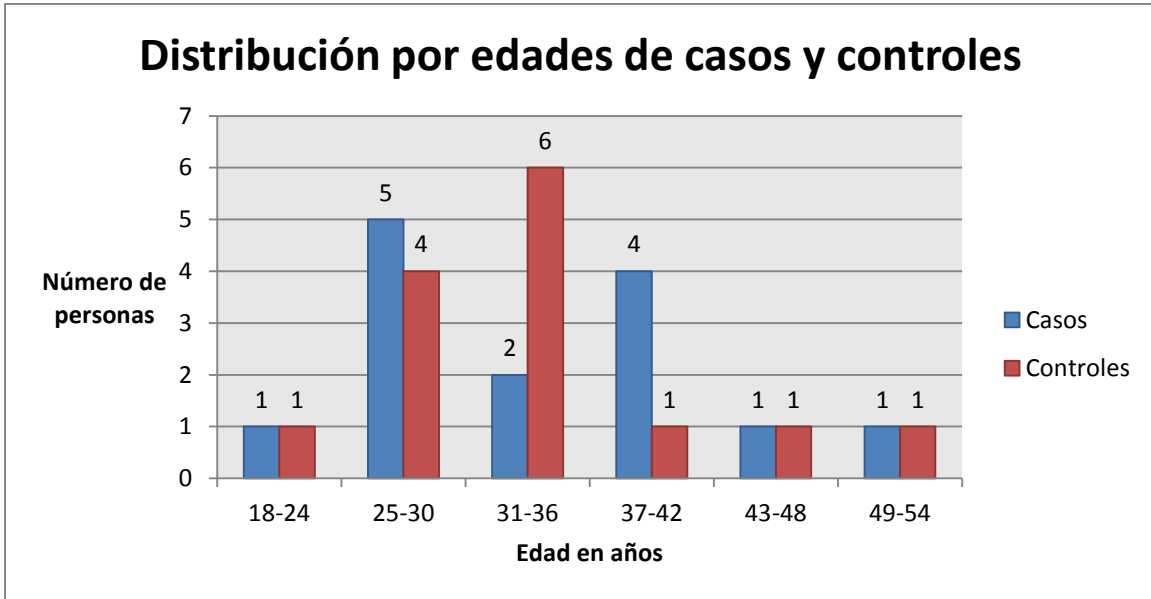
**Gráfica 3. Distribución de Síndrome de Estrés Laboral en casos**



**SEL: Síndrome de Estrés Laboral.**

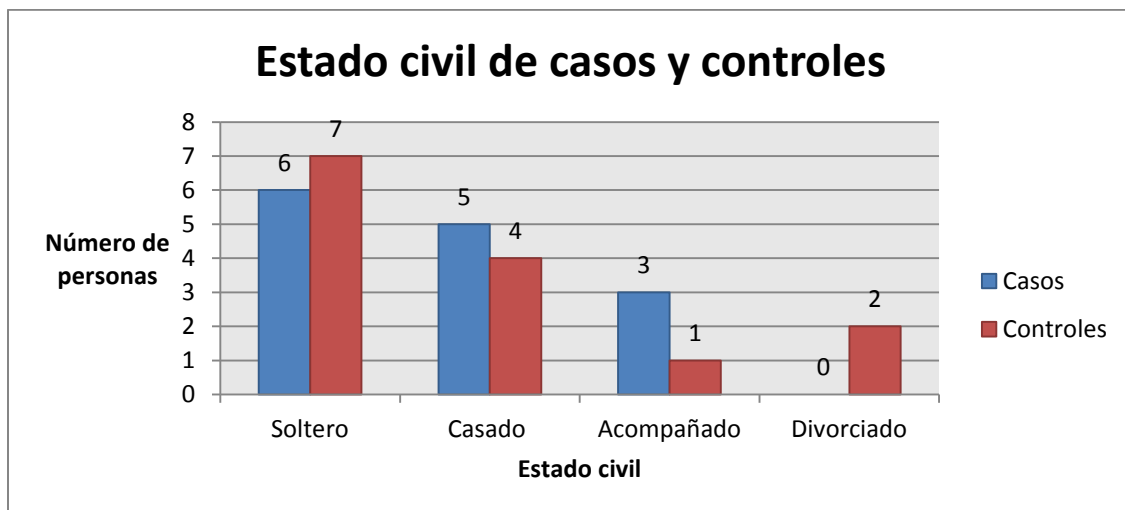
En la gráfica 3 donde se observa el riesgo de SEL en los casos, del total de pacientes tres personas del grupo de casos se clasificaron como SEL. Las otras doce personas se encontraban en riesgo bajo y medio de desarrollar el síndrome.

**Gráfica 4. Distribución por edades de casos y controles**



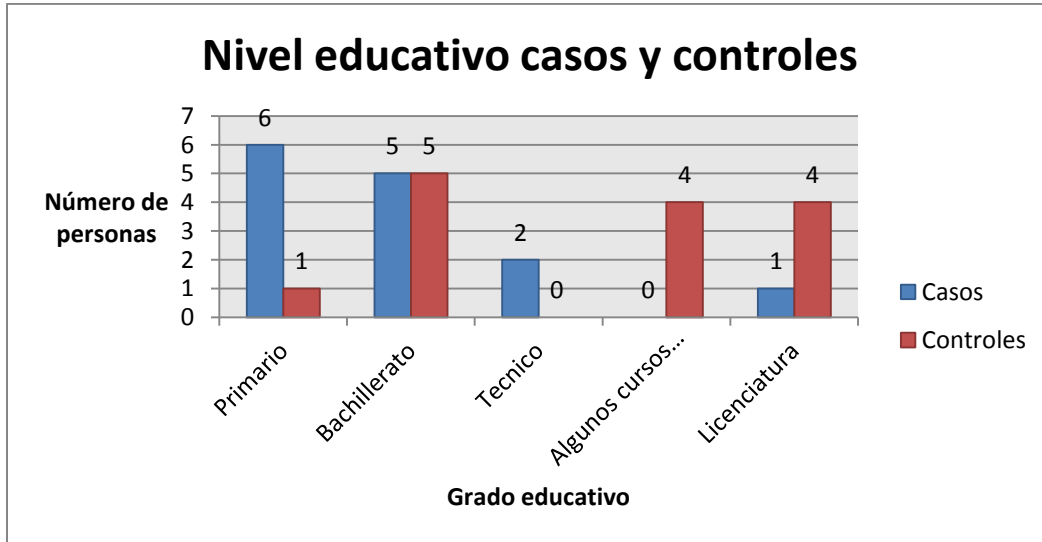
En la gráfica 4 la cual hace referencia a la distribución por edades de casos y controles, las edades tanto para los casos como para los controles oscilaron entre dieciocho y cincuenta y cuatro años. La edad entre los veinticinco y cuarenta y dos años fue donde hubo mayor concentración de personas.

**Gráfica 5. Estado civil de casos y controles**



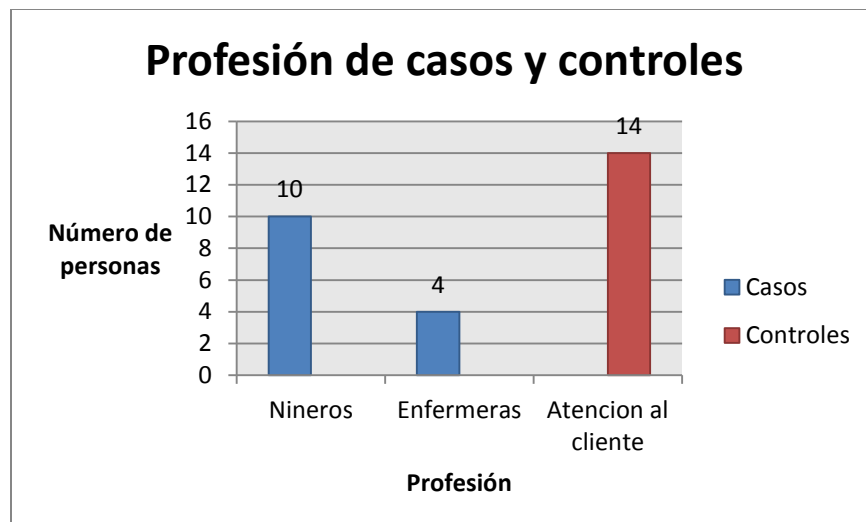
En la gráfica 5, en relación al estado civil de los participantes en el estudio se observa que la mitad tanto de casos como controles eran solteros y el resto contaban con una pareja estable (casado o acompañado).

**Gráfica 6. Nivel educativo de casos y controles**



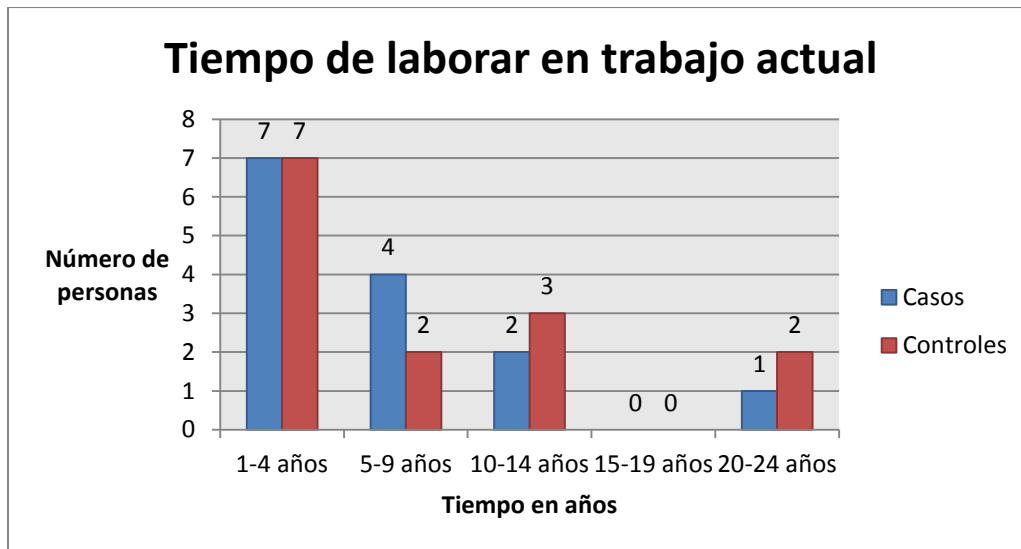
La gráfica 6 demuestra el nivel académico de las personas que conformaron la muestra en ambos grupos de los cuales seis de los casos y un control no superan el sexto grado ya que solo tienen estudios primarios, y cinco son bachilleres. Los controles presentan una leve diferencia ya que cinco son bachilleres, cuatro han tomado algún curso con aval universitario y cuatro poseen nivel de licenciatura.

**Gráfica 7. Profesión de casos y controles**



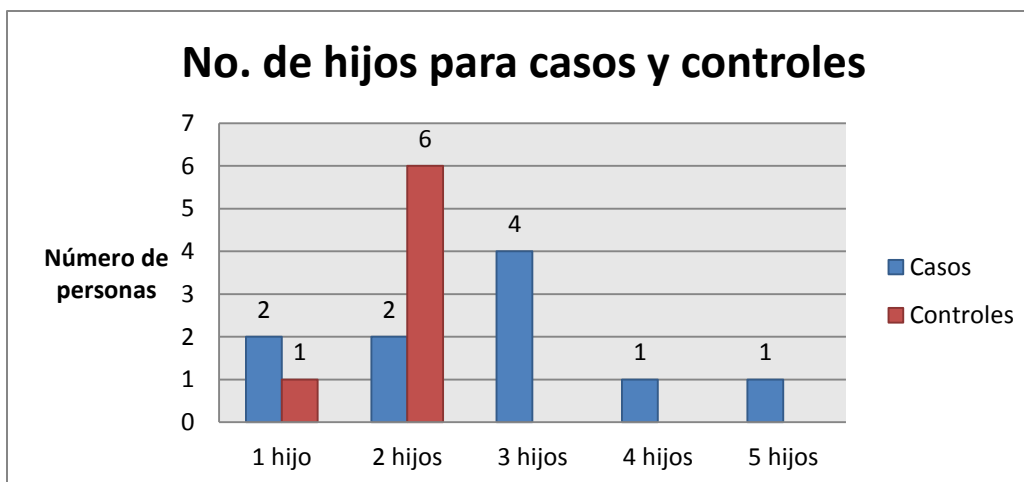
En la gráfica 7, en relación a la profesión que desempeñaban los controles diez fueron niños (los cuales brindan cuidados primarios: alimentación, baño, vigilancia del estado de los pacientes del hogar) y cuatro enfermeras. Los catorce controles se dedicaban a atención al cliente desempeñándose como secretarías, oficios varios y asistentes en oficinas.

**Gráfica 8. Tiempo de laborar en trabajo actual**



En la gráfica 8 se observa que tanto para los casos como para los controles el tiempo que tenían de estar en su lugar de trabajo era relativamente poco ya que siete casos y siete controles tienen de uno a cuatro años de laborar en su respectiva institución. El resto de la población tenía más de ese tiempo.

**Gráfica 9. Cantidad de hijos en casos y controles**





La gráfica 9 muestra el número de hijos que poseen los participantes, en el grupo de casos, diez poseen hijos, y en los controles solo siete tienen hijos. De los casos, cuatro personas tienen tres hijos, en contraposición con los controles, donde seis poseen dos hijos.

### Resultados de la Intervención:

Interpretación de Resultados	Baja	Media	Alta
Cansancio emocional	Menos de 15	De 15 a 24	Más de 24
Despersonalización	Menos de 4	De 4 a 9	Más de 9
Realización personal	Más de 39	33 a 39	Menos de 33

**Cuadro 1. Puntajes de MBI de Casos previo y posterior a intervención con musicoterapia**

Sexo	Edad	CE Pre	CE Post	DP Pre	DP Post	RP Pre	RP Post
F	19	10	1	6	0	32	48
F	32	4	11	3	0	38	47
F	39	0	0	6	0	34	42
F	25	16	15	4	4	27	32
F	27	4	26	7	13	32	32
F	28	23	33	7	5	32	21
F	51	3	12	5	2	36	40
F	39	2	33	13	3	26	20
F	46	7	16	11	6	25	37
F	37	6	8	6	12	27	28
M	34	22	30	5	5	29	33
F	30	32	9	16	8	31	40
F	29	16	9	0	0	35	42
F	37	2	2	5	1	24	20

MBI: Inventario de Maslach de Burnout; CE: Cansancio Emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal.

El cuadro 1 muestra los cambios en los puntajes de cada una de las dimensiones que evalúa la escala MBI para aquellos que conformaron el grupo de los casos en los que se puede observar que la dimensión de despersonalización es donde mejores resultados se obtienen ya que únicamente en 2 de los casos aumentaron los puntajes. En la dimensión de realización personal ocho participantes presentaron mejoría significativa ya que dos personas pasaron de alto a bajo

riesgo, dos personas de alto a riesgo intermedio, y cuatro personas de riesgo intermedio al bajo.

**Cuadro 2. Puntajes de MBI de Controles previo y posterior a intervención con musicoterapia**

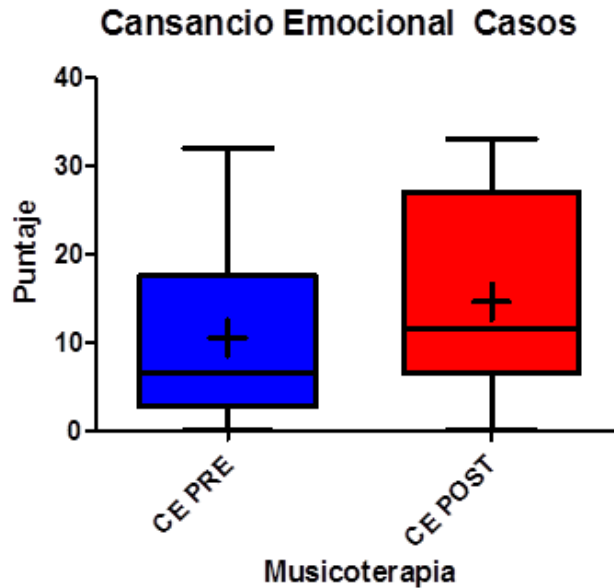
Sexo	Edad	CE Pre	CE Post	DP Pre	DP Post	RP Pre	RP Post
F	36	8	7	3	0	42	43
F	52	11	14	0	0	48	48
F	40	9	2	0	0	40	42
F	34	6	10	0	0	41	43
F	34	0	1	0	0	48	48
F	45	0	0	0	0	48	48
M	30	9	17	1	12	48	45
F	36	13	3	8	6	48	48
F	22	11	11	9	10	39	43
F	30	7	8	1	0	34	46
F	30	15	14	2	5	46	42
F	28	5	4	1	1	46	48
F	29	15	3	0	0	43	45
F	33	17	21	3	4	43	43

**MBI: Inventario de Maslach de Burnout,; CE: Cansancio Emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal.**

En el cuadro 2 se observan los resultados de la intervención con musicoterapia en las que tanto la dimensión de cansancio emocional y de despersonalización hubo una disminución en los puntajes obtenidos por los participantes. Las dos personas con riesgo intermedio de SEL en la dimensión de realización personal previo a la musicoterapia lograron disminuir a bajo riesgo.

## Análisis estadísticos Casos

**Gráfica 10. Puntajes de Cansancio emocional en casos previo y posterior a intervención con Musicoterapia**



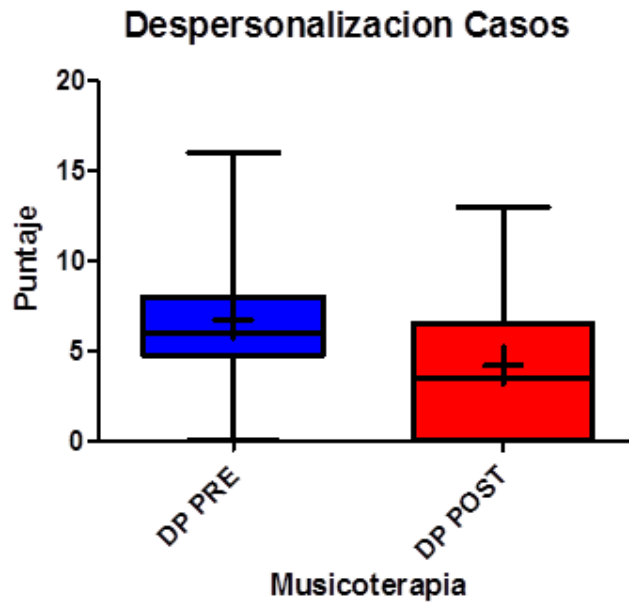
La grafica 10 demuestra los puntajes obtenidos por los Casos en la dimensión de Cansancio Emocional. Se logra apreciar un aumento de los puntajes posterior a la intervención, evidenciados por un incremento de 4.143 puntos en la media de puntajes posterior a la intervención (CE post) y por un aumento en el puntaje del tercer cuartil de las mediciones. También es posible notar un leve aumento en la dispersión de puntajes mayores a 15 puntos.

**Cuadro 3. Prueba T de Student de Cansancio emocional en casos**

Cansancio emocional casos	Prueba t pareada
Valor de P	0.2592
Valor de t	1.180
Grados de libertad	13
Numero de pares	14
Media de diferencias	-4.143
95% de intervalo de confianza	-11.73 a 3.441

Cuadro 3: Al evaluar los resultados de la prueba t el 1.180 obtiene una P de 0.259 lo cual hace ver que el cambio en las dimensiones del SEL aun y cuando se presentó en un buen número de pacientes este no es lo suficientemente grande como para decir que es estadísticamente significativo.

**Gráfica 11. Puntajes de Despersonalización en casos previo y posterior a la intervención con Musicoterapia**



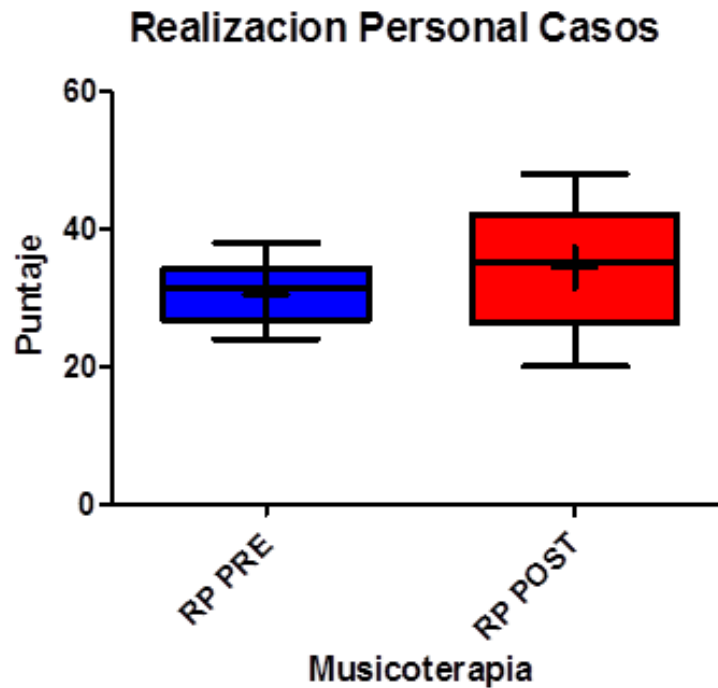
En la gráfica 11 que demuestra los puntajes obtenidos por el grupo de Casos en la dimensión de Despersonalización previo y posterior a la intervención con musicoterapia, se puede observar una mejoría de la condición. Esta se evidencia por la disminución en 2.5 puntos de la media de puntajes, por una mayor dispersión de puntajes menores a los 4 puntos y por una disminución global de los puntajes posterior a la intervención.

**Cuadro 4. Prueba T de Student para la Despersonalización en casos**

Despersonalización casos	Prueba t pareada
Valor de P	0.0665
Valor de t	2.003
Grados de libertad	13
Numero de pares	14
Media de diferencias	2.500
95% de intervalo de confianza	- 0.1958 a 5.196

Cuadro 4: Los datos estadísticos en la dimensión de despersonalización permiten evidenciar que la musicoterapia en este parámetro tiene un mayor impacto aun y cuando la P es de 0.066 para una t de 2.0

**Gráfica 12. Puntajes de Realización Personal en casos previo y posterior a intervención con Musicoterapia**



En la gráfica 12 se observan los puntajes obtenidos por los Casos en la dimensión de Realización Personal. En este caso es posible proponer una mejoría posterior a la intervención con musicoterapia (RP Post). Se puede advertir que la media de puntajes obtenidos posterior a la intervención es 3.85 puntos mayor, más del 50% de los puntajes obtenidos posterior a la intervención fue mayor a 33 puntos y hay una mayor dispersión de mediciones con mayor puntaje.

**Cuadro 5. Prueba T de student de Realización Personal en casos**

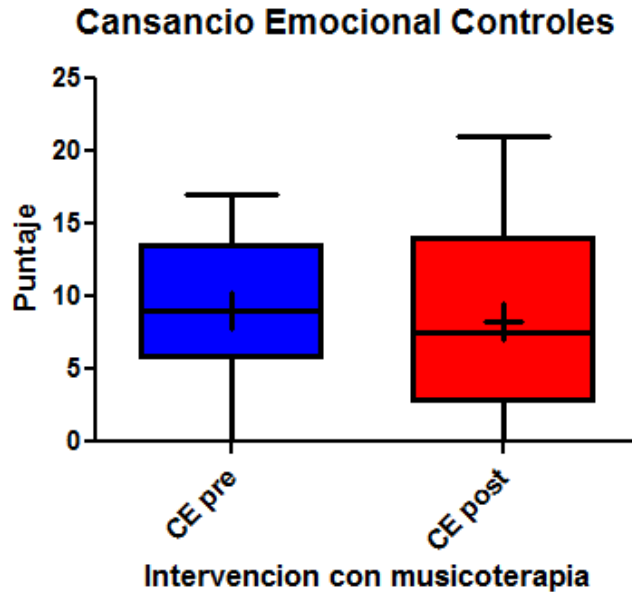
Realización personal casos	Prueba t pareada
Valor de P	0.0705
Valor de t	1.970
Grados de libertad	13
Número de pares	14
Media de diferencias	-3.857
95% de intervalo de confianza	-8.086 a 0.3720

Cuadro 5: En la dimensión de Realización Personal de los casos se observa que para una t de 1.97 en la cual se obtiene una P de 0.07 que aun y cuando no es estadísticamente significativo esto no significa que

no haya cambios sino que dado el tamaño de la muestra la población es pequeña como para dar significancia.

### Análisis estadístico Controles

**Gráfica 13. Puntajes de Cansancio emocional en controles previo y posterior a intervención con Musicoterapia**



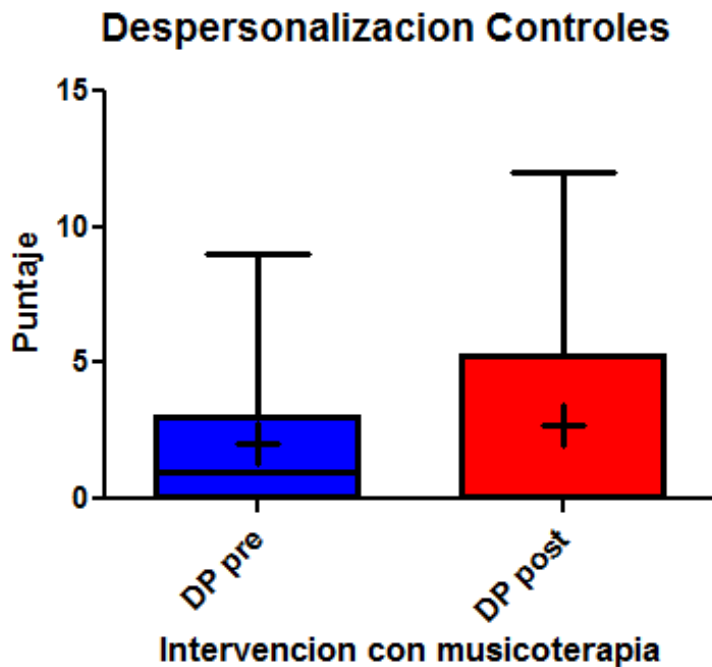
En la gráfica 13 se puede observar la comparación de los puntajes obtenidos del grupo de Controles en la dimensión de Cansancio Emocional del diagnóstico del Síndrome de Estrés Laboral antes y después de la intervención con musicoterapia. Aunque la diferencia que se observa entre las medias de los puntajes es mínima y solo de 0.7 puntos, se puede notar también que hay una mayor dispersión de puntajes menores y que el tercer cuartil de las mediciones de los puntajes posterior a la intervención es menor a los 15 puntos.

**Cuadro 6. Prueba T de Student de Cansancio Emocional en controles**

Cansancio emocional casos	Prueba t pareado
Valor de P	0.6025
Valor de t	0.5338
Grados de libertad	13
Numero de pares	14
Media de diferencias	0.7857
95% de intervalo de confianza	-2.394 a 3.965

**Cuadro 6:** Al analizar los resultados estadísticos que presentan los controles como resultado de la intervención con musicoterapia se observa que para una  $t$  de 0.53 la  $P$  obtenida es 0.60 y estadísticamente no presenta significancia, esto se debe a que el objetivo era mantener los puntajes positivos y que no se manifieste el SEL.

**Gráfica 14. Puntajes de Despersonalización en controles previo y posterior a intervención con Musicoterapia**



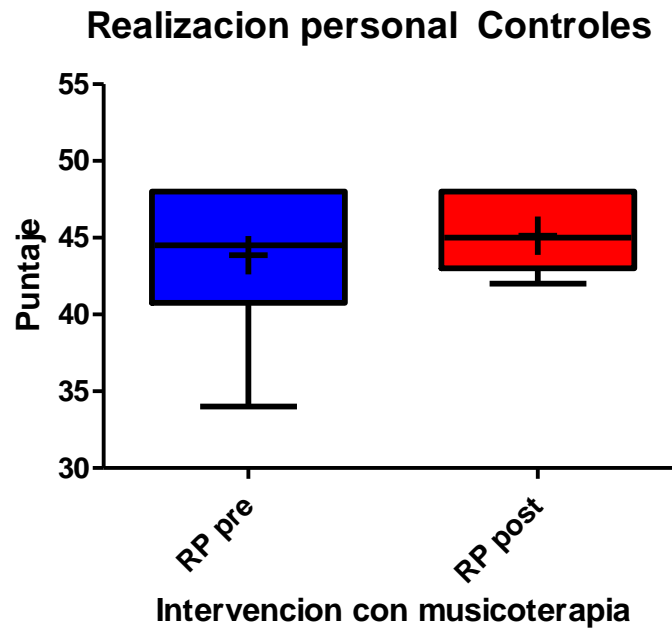
La gráfica 14 presenta la comparación de los puntajes obtenidos del grupo de Controles en la dimensión de Despersonalización del diagnóstico del Síndrome de Estrés Laboral antes y después de la intervención con musicoterapia. Es notable un aumento posterior a la intervención con musicoterapia, ya que la diferencia de las medias entre ambas mediciones es 0.7 puntos mayor y aunque la mediana de puntajes posterior a la intervención es de 0 puntos, se obtuvieron puntajes mayores y estos están más dispersos en puntajes mayores a 1.

**Cuadro 7. Prueba T de Student de Despersonalización en controles**

Despersonalización controles	Prueba t pareada
Valor de P	0.4282
Valor de t	0.8178
Grados de libertad	13
Numero de pares	14
Media de diferencias	-0.7143
95% de intervalo de confianza	-2.601 a 1.172

**Cuadro 7:** En este se puede observar que para una t de 0.81, la P obtenida es de 0.42 y al igual que en la dimensión anterior en este grupo lo que se pretendía es que no se dieran cambios ya que el propósito de la intervención es que los puntajes se mantuvieran constantes.

**Gráfica 15. Puntajes de Realización Personal en controles previo y posterior a intervención con Musicoterapia**



En la gráfica 15 se pueden observar los puntajes obtenidos del grupo de Controles en la dimensión de Realización Personal del diagnóstico del Síndrome de Estrés Laboral antes y después de la intervención con musicoterapia. Es de notar la mejoría posterior a la intervención con musicoterapia, ya que aunque la diferencia entre ambas medias solo es 1.286 puntos mayor, todos los puntajes obtenidos posterior a la intervención son mayores a 39 puntos.



**Cuadro 8. Prueba T de student de Realización Personal en controles**

<b>Realización personal controles</b>	<b>Prueba t pareada</b>
Valor de P	0.2172
Valor de t	1.297
Grados de libertad	13
Numero de pares	14
Media de diferencias	-1.286
95% de intervalo de confianza	-3.427 a 0.8556

En el cuadro 8 los resultados estadísticos obtenidos en la dimensión de Realización Personal revelan que el valor de t es de 1.29 y la P de 0.21. Los puntajes obtenidos por los participantes muestran que la intervención fue beneficiosa aun y cuando la estadística no permite evidenciarlo.

## **DISCUSIÓN**

### **Síndrome de Estrés Laboral Asistencial**

En este estudio se ha evaluado el SEL con la versión de la población global española de referencia (no solo limitada a los médicos) del Inventario Maslach de Burnout. No se pueden establecer comparaciones fidedignas de los resultados de prevalencia con otros estudios realizados en otros países ya que en su mayoría utilizaron diferentes puntos de corte para establecer los niveles alto, medio y bajo del MBI, usando como población de referencia los valores de los médicos de Estados Unidos.

El Síndrome de Estrés Laboral (SEL) en el grupo de los casos fue de tres personas de un grupo de quince. En un estudio elaborado en personal de salud realizado por Pedrini y colaboradores (2009) se encontró el diagnóstico de SEL en 6 de 202 personas (3%). (38)

En un estudio realizado en cuidadores formales de ancianos en España, realizado por Calvo y colaboradores (2001), revelaron que el 32% (N=411) de los cuidadores padece el SEL en cierto grado, pero que de ellos, el 5% lo presenta en grado extremo (puntuaciones por encima del Q3 en las tres dimensiones del MBI). (42) Estos datos son muy similares a los encontrados en este trabajo de investigación ya que tres personas de catorce personas presentaron SEL.

Grau y colaboradores (2005) realizaron un estudio de SEL en 1095 personas que laboraban como personal sanitario (enfermeras y médicos) y su relación con factores personales y ambientales, donde utilizaron los mismos rangos para evaluar las dimensiones del MBI. Encontraron que El 7,5% de la muestra puntuó alto en las tres dimensiones del MBI, el 19,6% puntuó alto en dos de las dimensiones, en sólo una el 33%, y no puntuó alto en ninguna dimensión el 39,9% de la población. (59) En este estudio, para el grupo de casos, de catorce personas se encontró una que puntuó alto en las tres dimensiones, dos que puntuaron alto en dos dimensiones, siete que puntuaron alto en una dimensión, y cuatro que no puntuó alto en ninguna dimensión.

Pedrini y colaboradores reportaron que 129 de sus 202 participantes en su estudio eran mujeres (64%). (38) En un estudio de SEL realizado en personal de enfermería de Hospitales Nacionales Salvadoreños por Chavarría y colaboradores (2004), se encontró que de 176 personas, 162 (92%) correspondieron al sexo femenino. Los datos mencionados anteriormente son congruentes con los encontrados en este estudio ya que de catorce casos únicamente uno fue del sexo masculino.

En un estudio de SEL, Pedrini y colaboradores reportaron que la edad dominante fue de 35-44 años (N=129, 48%). (38) Chavarría y colaboradores observaron que en 176 enfermeras evaluadas, 56 personas se encontraron entre los veinte y treinta años (31.8%), y 89 personas se encontraron entre los treinta y uno y cuarenta años (50.6%). (24) El rango de edades donde hubo mayor predominancia de casos en el Hogar "Padre Vito Guarato" fue entre veinticinco y cuarenta y dos años.

Los cuidadores de Hogar Padre Vito Guarato están expuestos a múltiples estresores laborales que pueden contribuir al desarrollo del SEL. La mayoría de los cuidadores que presentaron SEL o se encontró en riesgo intermedio y bajo posee un nivel educativo básico. Esto se traduce en pocas oportunidades de trabajo disponibles y muy escasa probabilidad de poder adquisitivo. Asimismo, son personas con conocimientos empíricos acerca de las patologías de los pacientes del Hogar. Un factor de riesgo para desarrollar SEL es la poca experiencia profesional lo cual es una realidad en los cuidadores.

Asimismo, otro factor de riesgo para desarrollar SEL son las altas exigencias en el sitio de trabajo. Esto se evidencia con la relación cuidador-paciente, el cual es durante el día de 1:6 y durante la noche de 1:13. En algunas ocasiones la razón es mayor ya que frecuentemente hay pacientes hospitalizados en hospitales nacionales y se asigna a un cuidador para que brinde los cuidados necesarios in situ.

De los catorce cuidadores en el estudio únicamente dos lograron un riesgo bajo para despersonalización. Los doce restantes se encontraron en riesgos intermedio y alto. Estos resultados son

un tanto preocupantes ya que la despersonalización se traduce en pérdida de la empatía e incluso cinismo, donde el cuidador puede llegar a sentir que el paciente “merece vivir en las condiciones que se encuentra”. Por tanto, se pudiese afectar igualmente la salud física y mental de los pacientes que están bajo el cuidado de estas personas.

El horario de trabajo de los casos es entre diez y catorce horas diarias, e incluso más si la circunstancia lo demanda, habiendo en ocasiones poco tiempo para alimentarse. Existen muy pocas oportunidades de tener un distanciamiento del paciente, involucrándose en otras actividades relacionadas indirectamente con su atención lo cual se relaciona con la dimensión de despersonalización. Maslach y colaboradores (2001) describen que las largas horas laborales se correlacionan con mayor estrés y emociones negativas en el personal. Entre más horas diarias trabajaba una persona, menos le gustaba su trabajo, menos responsables se sentía sus pacientes y menos control sentían sobre las vidas de los pacientes en la institución. Asimismo se autocalificaba como altamente bizarro e intolerante. (37)

Grau y colaboradores demostraron que el personal sanitario con mayores índices de despersonalización percibe que su trabajo no es valorado por los pacientes que atienden, familiares, compañeros y supervisores. El creer que el trabajo que se realiza es útil y ser valorado por los demás tiene un efecto protector para la despersonalización. (59)

Todos los pacientes que habitan el Hogar tienen algún grado de discapacidad. En algunos casos en el diario acontecer los cuidadores pueden estar expuestos a algún grado de violencia, el cual forma parte de los factores de riesgo para desarrollar el SEL. El “trabajar contra reloj” crea mucha ansiedad y es un factor de riesgo para adquirir el SEL.

El grupo de controles presentó resultados muy similares a lo encontrado previo a la administración de musicoterapia. De las catorce personas evaluadas, en la dimensión de cansancio emocional diez se mantuvieron en riesgo bajo, dos pasaron de riesgo intermedio a bajo, una personas se mantuvo en el riesgo intermedio y una persona paso de riesgo intermedio a bajo. Se podría decir que la mayoría se mantuvo igual o tuvo mejoría en esta dimensión. Se desconoce las razones por la cual una persona empeoró en esta categoría.

En la categoría de despersonalización, de los catorce controles nueve se mantuvieron en el riesgo bajo, una persona se mantuvo en el riesgo intermedio, dos personas pasaron de riesgo bajo a intermedio, una persona paso de riesgo bajo a alto, y una de riesgo intermedio a alto.

Es importante recalcar que hubo mejoría en la dimensión de realización personal en los controles a pesar que no presentaban un riesgo alto de SEL.

## Intervención con musicoterapia

Con la evaluación de los resultados y la aplicación de la prueba estadística T de Student, se logró identificar que la aplicación de por lo menos veinte minutos al día de terapia receptiva con música a través de un aparato reproductor de archivos Mp3 en personas que se desempeñan como cuidadores formales del Hogar Padre Vito Guarato, es capaz de reducir la media de puntajes obtenidos en la dimensión de Despersonalización del diagnóstico del Síndrome de Estrés Laboral en 2.5 puntos, con un 95% de seguridad que esta es de - 0.1958 a 5.196 puntos menor posterior a la aplicación de dicha medida. A pesar de presentar una P de 0.0665, se considera que si hay un efecto benéfico en la disminución de riesgo en esta dimensión.

Se logra estipular también que la aplicación con musicoterapia fue especialmente sensible sobre la dimensión de Realización Personal en el grupo de Casos de este estudio. Se advirtió una notable mejoría entre las medias de dicho grupo, afirmándose con una seguridad del 95% que el intervalo de confianza del 95% contiene la verdadera diferencia de medias de 3.85 puntos. Por lo tanto, y aunque el valor de P obtenido en este caso fue de 0.0705 y se considera como no estadísticamente significativo, es posible afirmar que la aplicación de la musicoterapia fue de beneficio para las personas estudiadas ya que al mismo tiempo se logró que casi el 50% de los puntajes obtenidos posterior a la intervención fueran de 33 puntos o más y así clasificándolos en las categorías media a baja de la dimensión y por lo tanto mejorando su condición.

Krumhansl en 1997 comprueba que diversos efectos fisiológicos como respuesta para las emociones generadas por musicoterapia incrementan a través del tiempo; es decir que la intensidad de una experiencia emocional puede incrementar a través del tiempo durante la percepción de un tipo de música. (57) Por tanto pudiese ser que si se expone a un sujeto a la musicoterapia por más tiempo (minutos escuchados diarios y por más semanas) podría haber una mejor respuesta en el MBI.

La musicoterapia tiene la habilidad de afectar las estructuras límbicas y paralímbicas; es decir aquellas que están involucradas en la iniciación, generación, mantenimiento, terminación y modulación de

emociones. Las emociones siempre tienen efectos sobre el sistema nervioso vegetativo, así como el hormonal el cual regula la actividad del sistema inmunológico. Estos efectos son relevantes en la aplicación terapéutica de la música para alcanzar efectos beneficiosos en pacientes con alteraciones en los sistemas antes mencionados, así como el SEL. Sin embargo aún existe la necesidad de realizar investigaciones que apoyen estas posibilidades.

A pesar de que las pruebas no se han mostrado estadísticamente significativas en todas las dimensiones del MBI, se puede manifestar que si ha habido mejoría en este inventario. Desafortunadamente por disponibilidad de personal así como restricciones económicas, el hecho de que la muestra sea pequeña no se puede visualizar un cambio drástico en los puntajes del MBI. Asimismo este trabajo se enriquecería si se complementara con entrevistas y casos focales para los casos donde puedan ventilar las emociones que surgen al llenar el inventario.

Queda la interrogante de cuáles serían los resultados si se hubiese escuchado la música por más de veinte minutos diarios y más de cinco semanas. Krumhansl en 1997 comprobó que los efectos fisiológicos más fuertes para cada tipo de emoción generalmente incrementan a través del tiempo, lo cual sugiere que la intensidad de una experiencia emocional puede incrementar a través del tiempo durante la percepción de un tipo de música. (57)

Labbé y colaboradores comprobaron a través de parámetros fisiológicos que escuchar música clásica y autoseleccionada provoca reducciones en el estado de ansiedad luego de la exposición a un estresor. (32) En las dimensiones donde ha habido una reducción significativa del riesgo de SEL tales como la despersonalización en los casos y el cansancio emocional en los controles se puede evidenciar lo encontrado por Labbé.

Sin una medida efectiva y tratamiento adecuado los pacientes afectados por el SEL están en riesgo de empeorar, al grado que la recuperación completa es difícil y las recaídas son comunes. Por tanto existe una necesidad urgente de desarrollar y evaluar opciones de tratamiento efectivos para el SEL ya que actualmente no hay remedios ambulatorios comprobados efectivos y de acción rápida. (22)

La musicoterapia sería una intervención adecuada y de muy bajo costo que ayudaría a las personas con SEL o que se encuentren en riesgo de desarrollarlo.

## CONCLUSIONES

A partir de lo detallado precedentemente en los resultados y análisis estadístico podemos concluir lo siguiente:

- Apoyándonos en el Inventario de Estrés Laboral de Maslach y Jackson (MBI), se puede establecer que el Síndrome de Estrés Laboral estaba inicialmente presente en tres cuidadores formales del Hogar Padre Vito Guarato, mientras que ninguno de los controles presentaba la condición.
- El Síndrome de Estrés Laboral se distribuye predominantemente entre las edades productivas de los sujetos del estudio, entre los 24 y los 44 años de edad.
- Se presenta una mayor ocurrencia del Síndrome entre las personas estudiadas que al momento de la investigación se encontraban en unas relaciones sentimentales estables (casadas o acompañadas).
- Además de las tres personas con el diagnóstico del Síndrome de Estrés laboral, doce cuidadores formales de la institución estudiada se encontraron en riesgo medio y bajo de desarrollar dicho síndrome. En los pacientes con SEL o con riesgo de este, el altruismo, el profesionalismo y el compromiso para servir pueden verse seriamente afectados y disminuidos, comprometiendo por lo tanto el bienestar y la salud de los pacientes del Hogar.
- En la dimensión despersonalización los casos presentaron mejoría con la aplicación de la musicoterapia.
- Se concluye que para la dimensión de realización personal, en ambos grupos se obtuvo beneficio posterior a la intervención con musicoterapia.

## RECOMENDACIONES

- Se sugiere hacer modificaciones en la duración de la audición de música, pudiendo aumentar los minutos escuchados diariamente así como la extensión del estudio con el fin de buscar diferencias de los resultados.
- Sería recomendable complementar un estudio similar con grupos focales o entrevistas con el personal donde se pueda expresar libremente y obtener más información acerca de clima laboral, sentimientos de pertenencia, satisfacción laboral, entre otros. De esta manera se puede enriquecer el trabajo con los distintos puntos de vista de los cuidadores.
- Se sugiere realizar este estudio con trabajadores públicos que laboran en instituciones de alta demanda del cliente, con el fin de encontrar cambios significativos con la aplicación de musicoterapia.
- Se recomienda estudiar el optimismo como rasgo protector contra el SEL ya que en algunos trabajos de investigación se ha visto que es una variable asociada a un menor nivel de SEL en todas las dimensiones del MBI.
- La dimensión de Realización Personal, es considerada por las autoras del instrumento diagnóstico para el Síndrome de Estrés Laboral como la más importante de las tres, y ya que aunque las diferencias entre las medias no fueron significativamente estadísticas, si existió un cambio entre ambas mediciones y se recomienda repetir y/o ampliar dicho experimento.

### Recomendaciones para “Hogar Padre Vito Guarato”:

- A partir de los resultados obtenidos se sugiere modificar la intervención, aumentando los minutos escuchados diariamente y su duración en semanas con el fin de buscar diferencias en los resultados.
- Es recomendable complementar los resultados del estudio con grupos focales o entrevistas con el personal donde se pueda obtener más información acerca de las impresiones de los participantes en las diferentes dimensiones.

- Se sugiere aplicar musicoterapia en poblaciones similares al grupo control ya que se logró evidenciar cierta mejoría con la intervención.
- Se sugiere reproducir la música utilizada para la intervención por el sistema de alto parlante por lo menos veinte minutos diarios para favorecer tanto a los cuidadores como el resto del personal y pacientes.



# **ANEXOS**

## HOJA INFORMATIVA

El trabajo de investigación tiene como propósito evaluar cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos su trabajo y a las personas a quienes se les da servicio. En la encuesta se utiliza el término persona para señalar a los sujetos a los que se proporciona el servicio, cuidado o atención.

El objetivo general es: Determinar si la musicoterapia permite contrarrestar los efectos que provoca el estrés laboral en los cuidadores formales de los internos del Hogar Del Niño Minusválido Abandonado Padre Vito Guarato como alternativa terapéutica a esta situación.

Dependiendo del puntaje obtenido en la encuesta se escogerá al azar a cierto número de personas para que participe en la segunda fase del trabajo la cual consiste en sesiones de musicoterapia individual. Esta es una intervención que no produce efectos secundarios.

## Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al personal de salud del Hogar Padre Vito Guarato con una clara explicación acerca del estudio que se realizará y su participación en este.

La presente investigación es conducida por alumnos egresados de la carrera de Medicina de la Universidad “Dr. José Matías Delgado”

Se desea realizar una encuesta especialmente elaborada para el personal de servicios humanos, es decir para las personas que trabajan activamente con otras, en trabajos asistenciales. Esta se llama “Encuesta al personal de Servicios Humanos” MBI.

El propósito de esta encuesta es conocer cómo distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos consideran su trabajo y a las personas a quienes les brindan servicio. En la encuesta se utiliza el término persona para señalar a los sujetos a los que se les proporciona servicio, cuidado o atención.

Con el objetivo de lograr la mayor libertad al momento de responder la prueba y evitar alguna variación debida a juicios basados en posibles represalias por las respuestas brindadas, a cada participante se le asignará un código específico para de esta manera obtener la mayor confidencialidad posible.

Esta encuesta consta de 22 frases relacionadas con los sentimientos que usted experimenta en su trabajo. Lea cada frase y anote la frecuencia con la que ha tenido un sentimiento de acuerdo a una escala que se le proporcionará.

Junto a las frases se le piden unos datos personales. Si alguno le parece demasiado personal, deje el espacio en blanco. La finalidad de todos ellos es procurar conocer mejor como consideran el trabajo y a las personas de los profesionales que tratan con estas en su trabajo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas en una encuesta que mide las actitudes del personal de salud y su ambiente laboral.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, esta no implica ningún gasto para el participante. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los resultados del puntaje del paciente serán codificados usando un

número de identificación para garantizar dicho anonimato. Los resultados de la misma serán devueltos a los participantes al final del estudio.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

## **Glosario:**

### **Cuidador**

El concepto de cuidador se refiere a “las personas que proporcionan atención a aquellos que necesitan supervisión o asistencia como consecuencia de una enfermedad o discapacidad, pudiendo proveer los cuidados en un hogar, hospital o institución”. (f 60)

Los cuidadores pueden ser desde personal médico, de enfermería o cualquier otro personal de salud hasta profesores y familiares. Los cuidadores pueden denominarse formales o informales.

### **Cuidador Principal**

Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo. Suele vivir en el mismo domicilio que el paciente, o muy cerca de éste, y suele tener una relación familiar muy próxima. (61)

### **Cuidador Informal**

El cuidador informal, también llamado cuidador de la familia, es aquella persona que de manera voluntaria y decidida brinda los cuidados a un familiar o amigo y asume la responsabilidad absoluta en todo lo que concierne a su atención básica, en general, sin recibir ningún tipo de retribución económica.

A su vez, los cuidadores informales no tienen formación formal para proveer los cuidados, tampoco sobre las necesidades físicas y/o mentales que causan la discapacidad; se involucran en las actividades de cuidado y de atención a las necesidades de la persona dependiente y ayudan de forma regular y continua a la persona dependiente. (4) (62)

Según la Asociación de Jubilados de los Estados Unidos y la Alianza Nacional para el Cuidado Asistencial, alrededor de 44.4 millones de estadounidenses brindan atención como cuidadores informales a personas desde 18 años en adelante. (63)

### **Cuidador Formal**

Un cuidador formal, a diferencia del cuidador informal es aquella persona que recibe una retribución por sus servicios y que además puede haber recibido algún tipo de capacitación y formación para proveer un servicio profesional remunerado por tiempo limitado. Pueden incluir servicios de agencias de salud en el hogar y otros profesionales capacitados como médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

La mayoría de los cuidadores son mujeres con una edad promedio de 46 años, el 39% ó 4 de 10, son hombres. En los Estados Unidos, la mayoría de los ancianos reciben cuidados a largo plazo proporcionados por familiares y amigos en el hogar de la persona, al contrario de lo que se cree que son mayormente atendidos en centros para la tercera edad. (63)

### **Carga percibida**

El concepto de carga se origina en 1963, cuando Grad y Sainsbury se interesan en cómo afecta a la familia y vida doméstica el convivir con pacientes psiquiátricos. (64)

La carga se percibe como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas. (64) La carga también se puede definir como la alteración y/o estrés que aparece cuando los hechos ocurren con mayor rapidez que la capacidad mental para darles coherencia. (5)

En los años ochenta, Zarit diseña la Entrevista de Carga del Cuidador (ECCZ) donde se evalúa la carga subjetiva. Por medio de esta entrevista logra comprobar que los cuidadores con mayor nivel de carga muestran peor auto percepción de salud y mayor probabilidad de presentar trastornos emocionales. (64) Usualmente este tipo de encuesta se utiliza con los cuidadores informales ya que al convivir con el paciente dependiente influye en la funcionalidad del hogar y en las labores cotidianas.

### **Carga objetiva**

La carga objetiva se relaciona al desempeño del rol del cuidador y se relaciona con las variables del paciente y las características que determinan la demanda de cuidados. Estas incluyen el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desarrolla el cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados desempeñados. (64) En otras palabras, se relaciona con las actividades de auto cuidado de la vida cotidiana que no puede realizar el paciente dependiente (bañar vestir, peinar alimentarse) así como la práctica de actividades instrumentales (transportar, movilizar, llevar al médico) (8)

### **Carga subjetiva**

La carga subjetiva se define como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, relacionándose con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas.

## REFERENCIAS

1. OMS | Discapacidades [Internet]. 2010 [cited 2010 Jun 8]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/> Accesado: 5 de mayo de 2010.
2. Hernandez Collado H. Las Personas con Discapacidad en Centro América [Internet]. Antigua, Guatemala: Ministerio de Salud Nicaragua; Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/epidemiol/La%20discapacidad%20en%20Centro%20America.pdf> Accesado 7 de mayo de 2010.
3. De los Reyes MC. Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. Foro de Investigación, Envejecimiento de la población. Curitiba, Brasil: MERCOSUR. 2001; Accesado 16 de mayo de 2010.
4. González PL, Rendón PM, del Río PB, Macario PF, Valdés ME, Enríquez PM, et al. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2008;20:23–29. Accesado 17 de abril de 2010.
5. BARCELONA AG. Sobrecarga del Cuidador Inmigrante no profesional formal en Barcelona. Accesado 24 de abril de 2010.
6. Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad [Internet]. [Citado 2010 Feb 12]; Disponible en: <http://www.conaipd.gob.sv/?art=3>
7. Campbell P, Wright J, Oyebode J, Job D, Crome P, Bentham P, et al. Determinants of burden in those who care for someone with dementia. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2008 10;23(10):1078-1085. Accesado 9 de junio de 2010.
8. McMullen MB, Krantz M. Burnout in day care workers: The effects of learned helplessness and self-esteem. Child Youth Care Forum. 1988;17(4):275-280. Accesado 16 de marzo de 2010.
9. Gandoycrego M, Clemente M, Mayansantos J, Espinosa P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009 3;48(2):246-249. Accesado 22 de mayo de 2010.
10. Maslach C. The Client Role in Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1978 10;34(4):111-124. Accesado 22 de mayo de 2010.
11. Moriana Elvira JA. Burnout y Cuidado de la Salud en voluntarios. revista Electronica de Psicología Política [Internet]. [Citado 2010 Jul 19]; Disponible en: [http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06\\_notas1.htm](http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06_notas1.htm)

12. Glissmann W. Stress and Burnout: A growing problem por Non-Manual Workers [Internet]. International Metalworker's Federation-IMF; Disponible en: [http://www.imfmetal.org/files/stress\\_english.pdf](http://www.imfmetal.org/files/stress_english.pdf) Accesado 14 de marzo de 2010.
13. Meesters Y, Waslander M. Burnout and light treatment. *Stress and Health*. 2010 2;26(1):13-20. Accesado 11 de enero de 2011.
14. Bechtold ML, Puli SR, Othman MO, Bartalos CR, Marshall JB, Roy PK. Effect of Music on Patients Undergoing Colonoscopy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Dig Dis Sci*. 2008 5;54(1):19-24. Accesado 6 de agosto de 2010.
15. Matthew L Bechtold, Rodney A Perez, Srinivas R Puli, John B Marshall. Effect of music on patients undergoing outpatient colonoscopy. *World J Gastroenterol*. 2006 Dec 7;12(45):7309-7312. Accesado 5 de julio 2010.
16. Chlan L. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. *Heart Lung*. 1998 Jun;27(3):169-176. Accesado 6 de julio de 2010.
17. Healey BJ. Introduction to music therapy, with some present day applications and possible areas for research. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 1973;2(5):136–141. Accesado 22 de marzo de 2010.
18. Stouffer J, Shirk B, Polomano R. Practice Guidelines for Music Interventions with Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*. 2007 12;22(6):448-456. Accesado 13 de junio de 2010.
19. Chlan L. Music Therapy as a Nursing Intervention for Patients Supported by Mechanical Ventilation. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*. 2000 Feb;11(1):128-138. Accesado 22 de abril de 2010.
20. Ovid: Music Therapy as a Nursing Intervention for Patients Supported by Mechanical Ventilation. [Internet]. [citado 2010 Jul 16];Disponible en: [http://hinari-gw.who.int/whalecomovidsp.tx.ovid.com/whalecom0/sp-2.3.1b/ovidweb.cgi?&S=MMDPFPGCEBDDAMHKNCDLIHPJBKBOAA00&Link+Set=jb.search.44%7c1%7csl\\_10](http://hinari-gw.who.int/whalecomovidsp.tx.ovid.com/whalecom0/sp-2.3.1b/ovidweb.cgi?&S=MMDPFPGCEBDDAMHKNCDLIHPJBKBOAA00&Link+Set=jb.search.44%7c1%7csl_10)
21. Chil EP, Pérez DF. La Musicoterapia. Un nuevo enfrentamiento al estrés y a la Hipertension Arterial. *Revista Cubana de Psicología*. 2003;20(1):10-22. Accesado 17 de julio de 2010.
22. Brandes V, Terris DD, Fischer C, Schuessler MN, Ottowitz G, Titscher G, et al. Music Programs Designed to Remedy Burnout Symptoms Show Significant Effects after Five Weeks. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009 7;1169(1):422-425. Accesado 15



de abril de 2010.

23. Centro Tomatis. Musicoterapia Ayuda a Mejorar Estrés Laboral - Chile.com . [Internet]. [citado 2010 Aug 25]; Disponible en: [http://www.chile.com/secciones/ver\\_seccion.php?id=29770](http://www.chile.com/secciones/ver_seccion.php?id=29770)
24. Chavarria Bolanos MJ, Garcia Prieto Viaud JG, Rodriguez Garcia AM. Síndrome del Burnout y Estilo de Afrontamiento entre el personal Médico-Sanitario. 2004 Agosto, Citado 25 de julio 2010.
25. Funpres [Internet]. [citado 2011 Ene 10]; Disponible en: <http://www.funpres.org.sv/>
26. ::FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES:: [Internet]. [citado 2011 Ene 10]; Disponible en: <http://www.uees.edu.sv/facultades2/sociales/sociales.htm>
27. Fundación Teletón Pro Rehabilitación [Internet]. [citado 2011 Ene 10]; Disponible en: <http://www.funter.org.sv/>
28. Bienvenido a Paraisodown [Internet]. [citado 2011 Ene 10]; Disponible en: <http://www.paraisodown.org/index.php/home>
29. LeydeEquiparaciondeOportunidades.swf (application/x-shockwave-flash Object) [Internet]. [Citado 2011 Ene 10]; Disponible en: <http://www.funter.org.sv/estadisticas/LeydeEquiparaciondeOportunidades.swf>
30. DiscapacidadenEl Salvador.swf (application/x-shockwave-flash Object) [Internet]. [Citado 2011 Ene 10]; Disponible en: <http://www.funter.org.sv/estadisticas/DiscapacidadenEl%20Salvador.swf>
31. INFANTE TD, SANTES FR. La musicoterapia como alternativa para disminuir la ansiedad de lactantes. Citado 15 de enero de 2011.
32. Labbé E, Schmidt N, Babin J, Pharr M. Coping with stress: the effectiveness of different types of music. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2007 Dec;32(3-4):163-168. Citado 15 de enero de 2011.
33. Lara J. Análisis sobre la efectividad de la Musicoterapia aplicando el método binatural para inducir el estado de relajación alfa como método alternativo de sedación dental en comparación a la musicoterapia convencional en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares en la clínica odontológica de la universidad latina [Internet]. Asociación Costarricense Congresos Odontológicos. Disponible en: <http://www.congresoacco.com/articulos/articulos/2006/art-02.pdf> Citado 22 de marzo de 2010.

34. Hogar Padre Vito Guarato [Internet]. [Citado 2010 Feb 22]; Disponible en: [http://www.fhp.org.sv/html/como\\_nace\\_el\\_hogar.htm](http://www.fhp.org.sv/html/como_nace_el_hogar.htm)
35. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario "Burnout" de Maslach. 1997; Citado 25 de mayo de 2010.
36. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001 2;52(1):397-422. Citado 25 de mayo de 2010.
37. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry.* 1978 Apr;29(4):233-237. Citado 25 de mayo de 2010.
38. Pedrini L, Magni LR, Giovannini C, Panetta V, Zacchi V, Rossi G, et al. Burnout in Nonhospital Psychiatric Residential Facilities. *Psychiatric Services.* 2009 10;60(11):1547-1551. Citado 27 de mayo de 2010.
39. Acker GM, Lawrence D. Social Work and Managed Care: Measuring Competence, Burnout, and Role Stress of Workers Providing Mental Health Services in a Managed Care Era. *Journal of Social Work.* 2009 6;9(3):269-283. Citado 29 de mayo de 2010.
40. Padilla AC, Gómez-Restrepo C, Rodríguez V, Dávila M, Avella-García CB, Caballero A, et al. Prevalencia y características del síndrome de agotamiento profesional (SAP) en docentes de tres colegios públicos de Bogotá (Colombia). Citado 13 de junio de 2010.
41. Vera Calzaretta, A, Olivares Faundez VE, Juarez Garcia A. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile. *Ciencia y Trabajo.* 2009 Jun;;63-71.
42. Fernandez Calvo B, Menezes V, Ramos Campos F. El Síndrome de Burnout en Cuidadores Formales de Ancianos. *Interpsiquis [Internet].* 2001 Feb 13 [Citado 2010 Aug 25];2. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/2549/#opinar> Citado 25 de mayo de 2010.
43. Argumedo Campos GM, Gonzalez Vasquez LM. El Síndrome de Burnout en Cuidadores Informales de Personas con VIH-SIDA y enfermedades crónicas. 2008 Mar; Citado 29 de mayo de 2010.
44. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005;;101-108. Citado 29 de mayo de 2010.
45. Vera-Villarroel P, Oblitas LA. Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud [Internet]. [Citado 2010 Jul 13]; Disponible en: [http://www.librosdepsicologia.com/product\\_details.php?item\\_id=32](http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=32)

46. Cebrià-Andreu J, others. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit.* 2005;19(6):463–70. Citado 21 de julio de 2010.
47. Dyrbye LN, West CP, Shanafelt TD. Defining Burnout as a Dichotomous Variable. *J GEN INTERN MED.* 2009 1;24(3):440-440. Citado 21 de julio de 2010
48. Elvira JA, Cabrera JH. Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2004;4(3):597–621. Citado 21 de julio de 2010
49. FAQ MUSIC THERAPY [Internet]. [Citado 2010 Jul 1]; Disponible en: [http://www.wfmt.info/WFMT/FAQ\\_Music\\_Therapy.html](http://www.wfmt.info/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html)
50. Levitin DJ, Tirovolas AK. Current Advances in the Cognitive Neuroscience of Music. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2009 3;1156(1):211-231. Citado 21 de julio de 2010
51. Barrera ME, Rykov MH, Doyle SL. The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology.* 2002 9;11(5):379-388. Citado 19 de julio de 2010
52. Koelsch S. Towards a neural basis of music-evoked emotions. *Trends in Cognitive Sciences.* 2010 3;14(3):131-137. Citado 19 de julio de 2010
53. Gosselin N, Peretz I, Johnsen E, Adolphs R. Amygdala damage impairs emotion recognition in music. *Neuropsychologia.* 2007;45(2):236-244. Citado 19 de julio de 2010
54. Dalglish T. The emotional brain. *Nature Reviews Neuroscience.* 2004;5(7):583–589. Citado 19 de julio de 2010
55. Price JL. Free will versus survival: Brain systems that underlie intrinsic constraints on behavior. *J. Comp. Neurol.* 2005 12;493(1):132-139. Citado 11 de agosto de 2010
56. Brown S, Martinez MJ, Parsons LM. Passive music listening spontaneously engages limbic and paralimbic systems. *Neuroreport.* 2004;15(13):2033. Citado 11 de agosto de 2010
57. Krumhansl CL. An exploratory study of musical emotions and psychophysiology. *Canadian journal of experimental psychology.* 1997;51(4):336–353. Citado 11 de agosto de 2010
58. Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression [Internet]. In: *The Cochrane Collaboration, Maratos A, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004517.pub2> Citado 11 de agosto de 2010
59. Grau A, Sullner R, García MM. Burnout syndrome in health workers and relationship with

personal and environmental factors. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19:463–470. Citado 11 de agosto de 2010

60. FCA: El cuidado del paciente (Caregiving) [Internet]. [Citado 2010 Jul 1]; Disponible en: [http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content\\_node.jsp?nodeid=531](http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=531)
61. Casas T, Santamaria C. Guia de Atencion al Cuidador [Internet]. 2008 [Citado 2010 Jun 30]; Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/hartmann-guia-01.pdf>
62. Cuidador | El Hospital NewYork-Presbyterian en español [Internet]. [Citado 2010 Jun 14]; Disponible en: <http://nyp.org/espanol/library/homehealth/giver.html>
63. Documents & Media [Internet]. [Citado 2010 Jul 1]; Disponible en: <http://www.agingcarefl.org/resources>
64. Alpuche Ramirez VJ, Ramos del Rio B, Rojas Russell ME. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de Cuidadores Primarios Informales. *Psicologia y Salud*. 18(002):237-245. Citado 11 de agosto de 2010