Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

Regulación emocional en psicólogos concurrentes frente a casos de violencia intrafamiliar: burnout y calidad de vida profesional en el grupo “AGFP” del Hospital Ramón Carrillo

Trabajo Final de carrera

Alumna: Clara Fernández Vidiri
Carrera: Psicología
ID: 000-17-8751
Tutora: Florencia Gregorio
Año: 2026
Firma de la alumna: 

Agradecimientos

A mi familia, por acompañarme durante toda la carrera, en mis subidas y bajadas.
A mis amigos, a los de hace años pero también a los que conocí en la universidad. Gracias por las risas.
A mis profesores, gracias por la paciencia para aclarar dudas y por el buen humor para festejar cada uno de mis chistes.
A mi gato y a mi perro, mis fieles compañeros de estudio que se han quedado conmigo hasta altas horas de la noche leyendo y resumiendo.
A mi tutora Flor, por guiarme y motivarme cuando la página aún estaba en blanco.

Índice

Resumen **5**
Introducción **6**
Presentación del tema 6
Problema de investigación 6
Pregunta de investigación 7
Justificación y Relevancia de la temática 7
Objetivos **9**
Objetivo General 9
Objetivos específicos 9
Antecedentes **9**
Estado del arte **17**
Marco Teórico **24**
1. Estrés 24
1.1 Burnout 25
2. Modelo cognitivo 26
2.1 Regulación Emocional 27
2.2. Reestructuración cognitiva 28
3. Supervisión 29
4. Calidad de vida profesional 29
4.1 Satisfacción laboral 30
Desarrollo Metodológico **32**
Hipótesis 32
Tipo de investigación 32
Población, muestra y unidad de análisis 32
Criterios de inclusión y exclusión 32
Instrumentos 33
a) Cuestionario ad.hoc 33
b) Cuestionario de Burnout. Escala MBI 34
c) Cuestionario de Regulación Emocional. Escala ERQ 35
d) Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. Escala ProQOL 37
Procedimiento 38
Consideraciones éticas 38
Resultados **39**
a) Análisis cuantitativo 39
Variables Sociodemográficas 39
1. Cuestionario ad.hoc 41
2. Cuestionario Burnout. Escala MBI 63
3. Cuestionario Regulación Emocional. Escala ERQ 79
4. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. Escala ProQOL 85
b) Análisis Inferencial 104

1. Emociones predominantes en psicólogos concurrentes ante la atención de casos de violencia intrafamiliar..... 105
2. Niveles de burnout en psicólogos concurrentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal..... 106
3. Regulación emocional en los concurrentes del grupo AGFP: reevaluación cognitiva y supresión expresiva..... 108
4. Calidad de vida profesional de los concurrentes del grupo AGFP en la atención de casos de violencia intrafamiliar..... 109
Discusión..... 111
Alcances y limitaciones..... 117
Conclusión..... 118
Referencias Bibliográficas..... 119
Anexos..... 122
Anexo 1: Consentimiento informado..... 122
Anexo 2: Cuestionario ad.hoc..... 123
Anexo 3: MBI..... 124
Anexo 4: ERQ..... 125
Anexo 5: ProQOL..... 126
Anexo 6: Análisis individual de cada sujeto..... 128
Sujeto 1..... 128
Sujeto 2..... 130
Sujeto 3..... 132
Sujeto 4..... 134
Sujeto 5..... 136
Sujeto 6..... 138
Sujeto 7..... 140
Sujeto 8..... 141
Sujeto 9..... 143
Sujeto 10..... 145
Sujeto 11..... 146

Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo analizar cómo regulan sus emociones y cómo ven afectado su bienestar los psicólogos concurrentes que se enfrentan a temáticas de contenido traumático, siendo profesionales en etapa de formación clínica. Se trabajó con una muestra intencional de 11 psicólogos concurrentes del grupo familia AGFP (Adultos, Grupos, Familias y Parejas) del Hospital Ramón Carrillo de San Isidro, quienes atienden diariamente casos de violencia intrafamiliar (violencia de género, maltrato y abuso infantil, entre otros). La experiencia de los participantes en el ejercicio terapéutico oscilaba entre 6 meses y 8 años. Se adoptó un diseño mixto, no experimental y transversal, de alcance descriptivo-correlacional. Se administraron cuatro instrumentos: un cuestionario ad hoc, para identificar las emociones predominantes; el Maslach Burnout Inventory (MBI), para determinar la presencia o ausencia de burnout; el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), para describir las estrategias de regulación emocional utilizadas; y la Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5), para evaluar la calidad de vida profesional percibida. Si bien se partió de la hipótesis de que a mayor cantidad de años de ejercicio, mayor sería la facilidad del psicólogo para regular sus emociones, los resultados sugieren que la autoeficacia, el apoyo social, los espacios de supervisión y la capacidad de establecer límites entre el trabajo y la vida personal, revisten mayor relevancia que la experiencia. Dado el tamaño reducido de la muestra y su carácter no probabilístico, los hallazgos son de carácter exploratorio y no generalizables.

Palabras clave: psicólogo, concurrencia, emociones, regulación emocional, burnout, calidad de vida profesional, satisfacción laboral, AGFP (Adultos, Grupos, Familias y Parejas)

Introducción

Presentación del tema

La regulación emocional consta de procesos que el individuo lleva a cabo para influir sobre sus emociones, determinando cómo las experimenta y las expresa (Gross, 1998). Una adecuada gestión de la regulación emocional permitiría a las personas gestionar su propio bienestar subjetivo, incidiendo directamente en la calidad de vida (Bizquerra, 2008; Cerezo et al., 2008; Molina, et al. 2008; Quoidbach et al., 2010; Ring, Hofer et al., 2006; Saxena y Pandey, 2011, como se citó en Urzúa et al., 2016).

Si bien no existe una definición única para lo que se entiende por emoción, se podría decir que se trata de una interpretación significativa de la realidad (Gross, 2008; Bigman et al., 2015; Goldenberg et al., 2015 como se citó en Urzúa et al., 2016). Así, el desarrollo emocional es necesario para lograr vivir plenamente, ya que las emociones son fundamentales e inherentes al actuar humano (Obregón, 2020).

En un mundo creado por la racionalidad, se empieza a perder el contacto exterior, y por tanto con la emocionalidad. Por este motivo, los procesos corporales que reducen el estrés y que se activan a partir de una adecuada interacción con el medio ambiente, dejan de funcionar. Las emociones regulan químicamente nuestro cuerpo en su relación con el exterior, por lo que una adecuada regulación afectiva es necesaria para alcanzar la realización personal. De lo contrario, quedaremos atrapados en conductas fijas (Obregón, 2020).

En este contexto en donde prevalece lo racional por sobre lo emocional, en la formación del psicólogo se deja de tener en cuenta lo que le ocurre a la persona del terapeuta. Al profesional se le enseña a separar lo profesional (su rol, lo objetivo), de lo personal (lo que va más allá de su rol), obligándolo a no incluir los propios sentimientos, las autopercepciones y las intuiciones dentro del espacio terapéutico (Minuchin, 2021).

El trabajo del psicólogo implica un contacto permanente con las emociones de sus pacientes, ya que buena parte de los objetivos terapéuticos buscan contribuir a que el paciente conecte con lo que siente: pueda nombrarlo, significarlo y expresarlo. Pero, ¿cómo podría el terapeuta ayudar a su paciente a lograr todo ello si él mismo no se lo permite? (Minuchin, 2021).

Problema de investigación

La salud mental es una de las tantas especialidades médicas con elevados índices de burnout, que resalta por los efectos de la despersonalización y el agotamiento emocional en sus profesionales (Grau et al, 2009; Woodside et al., 2008 como se citó en Otero et al., 2013). Posiblemente, esto se deba a que existen riesgos específicos al trabajar en salud mental: el tipo de pacientes que se atiende son, a menudo, agresivos, demandantes, sufrientes y con necesidades muy específicas; el profesional, por su parte, realiza intervenciones constantes, enfrenta problemas difíciles y forma una relación cercana y de confidencialidad con cada paciente (Breéis et al., 2009 como se citó en Otero et al., 2013). Esa profunda implicación en los problemas emocionales de los pacientes repercute en la vida personal del psicólogo o

psiquiatra, existiendo hasta un 80% de posibilidades de sufrir desórdenes mentales como consecuencia de internalizar todas esas experiencias negativas que escucha diariamente (Breéis et al., 2009; Kumar et al., 2007; Kumar et al., 2005 como se citó en Otero et al., 2013).

Entre los factores psicosociales que pueden desencadenar el burnout en trabajadores de salud aparecen la sobrecarga de trabajo, un ambiente físico poco adecuado, la falta de recursos en las instituciones para brindar una atención óptima, los pacientes "difíciles", las nuevas actualizaciones tecnológicas, el poco tiempo para realizar el trabajo, y las relaciones interpersonales con compañeros de trabajo, familia, o pareja (Jiménez Gómez et al., 2023).

Además, la edad, el área de trabajo, los años de servicio, los rasgos de personalidad, el contexto social, y los pensamientos propios del trabajador pueden también convertirse en factores de riesgo para la aparición de la patología. Además, el pesimismo, la falta de red de apoyo, la autocrítica y la aspiración laboral poco realista pueden generar un estado constante de frustración, y terminar desarrollando burnout (Kartsonaki et al., 2023, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

Por último, es importante destacar que los psicólogos que atienden pacientes con un malestar considerable e importantes dificultades emocionales padecen de una considerable sintomatología de estrés, ya que la exposición secundaria a sucesos traumáticos equivale a la exposición directa (Guerra et al., 2009, como se citó en Otero et al., 2013).

Pregunta de investigación

El presente estudio fue impulsado por el siguiente interrogante: ¿los psicólogos concurrentes con más años de experiencia atendiendo pacientes regulan mejor sus emociones y por tanto perciben mayores niveles de bienestar que aquellos con menos años de experiencia?

Justificación y Relevancia de la temática

Todo psicólogo clínico experimenta alguna vez el miedo a equivocarse, la desorientación o confusión, la culpa e inseguridad al inciarse en la profesión (Minuchin, 2021). Es por eso, que la adecuada regulación emocional juega un papel fundamental, ya que se trata de un proceso de vital relevancia para lograr estados afectivos deseados y metas intencionales (Gross, 2002).

Por su parte, el burnout debe ser considerado un problema de salud pública debido al incremento en la incidencia en el personal del área de salud. Es una patología que afecta la calidad de vida de quien lo padece, alterando sus funcionamiento social, familiar, académico y laboral. Sin el adecuado apoyo psicológico y psiquiátrico, la patología puede llevar a los profesionales a tomar decisiones fatales como el suicidio (Jiménez Gómez et al., 2023).

Las investigaciones afirman que el burnout es muy alto en trabajadores de la salud de Latinoamérica y España (Méndez et al., 2019). Entre las características que predisponen al profesional a padecerlo, además de las ya mencionadas anteriormente, aparecen el trabajar en el sector público y tener menos años de antigüedad (Otero et al., 2013).

Vale aclarar, que si bien el burnout ha sido ampliamente estudiado en el área de la salud, no se le ha dado la misma importancia en el área de la psicología hospitalaria (Otero et al., 2013). El infradiagnóstico produce una notificación insuficiente sobre el síndrome, y como consecuencia una falta de investigación exhaustiva que permita una comprensión más detallada de su epidemiología (Jiménez Gómez et al., 2023).

Objetivos

Objetivo General

Analizar cómo regulan sus emociones y cuál es el nivel de bienestar de los psicólogos concurrentes del grupo familia “AGFP” 2026 frente a los casos de violencia intrafamiliar que reciben en el Hospital Ramón Carrillo de San Isidro.

Objetivos específicos

- Identificar las emociones predominantes de los psicólogos concurrentes ante la atención de casos de violencia intrafamiliar a través de un Cuestionario ad.hoc.
- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los psicólogos concurrentes mediante el Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI).
- Describir las estrategias de regulación emocional empleadas por los psicólogos concurrentes mediante el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).
- Evaluar los niveles la calidad de vida profesional de los psicólogos concurrentes a través de la Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (ProQOL)
- Establecer la relación entre las estrategias de regulación emocional, el nivel de burnout y la calidad de vida profesional.

Antecedentes

Se asume que las emociones están presentes en todos los momentos de la vida y un buen manejo de las mismas conduce a lograr una vida emocional sana (Pérez, 2016). Según un estudio de Urzúa et al. (2016) toda una línea de investigación se centró en estudiar el rol que cumplen las emociones en la evaluación que hacen las personas sobre su calidad de vida.

Lo interesante de estas correlación es que una adecuada gestión de la regulación emocional permitiría a las personas gestionar su propio bienestar subjetivo, incidiendo directamente en la calidad de vida (Bizquerra, 2008; Cerezo et al., 2008; Molina, et al. 2008; Quoidbach et al., 2010; Ring, Hofer et al., 2006; Saxena y Pandey, 2011, como se citó en Urzúa et al., 2016).

Urzúa et al. (2016), investigaron la relación entre la calidad de vida y las dificultades de regulación emocional en la vida adulta. A través de un estudio de tipo cuantitativo, correlacional y transversal con un diseño no experimental, los autores lograron la participación en la investigación de 1190 adultos de la ciudad de Antofagasta, Chile. La muestra consistió de 591 hombres y 599 mujeres, con edades de entre 18 a 65 años. Los participantes provenían de diversos lugares de trabajo, tanto públicos como privados.

El estudio inicia la presentación de resultados con los datos obtenidos, mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, sobre la “Calidad de Vida (CV)”, que incluye los dominios: CV General, Físico, Psicológico, Social y Ambiental. Luego hace comparaciones según género y edad.

Los hombres puntuaron más alto a nivel CV General, en el Dominio Físico y en el Social, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Urzúa et al., 2016, p. 137). Sí, en cambio, se presentó una media significativamente mayor en los hombres en lo que refiere a Dominio Psicológico.

En cuanto a la comparación según el rango de edad, en cuanto a la CV General, el grupo con la media más alta fue el de 26-35 años, y el que puntuó más bajo fue el de 56-65 años de edad (siendo las medias de los rangos entre 18-25 años y de 26-35 años significativamente más altas que las del rango de 56-65 años). En el Dominio Físico, el grupo que obtuvo puntuaciones más altas fue aquel que incluía edades de 26-53 años, y aquel con puntaje más bajo fue el de 56-65 años (al comparar las medias se encontraron diferencias estadísticamente significativas). Siguiendo con los datos, en el Dominio Psicológico, el rango que puntuó más alto fue el de 26-35 años, y el que puntuó más bajo fue el de 18-25 años de edad (sin ser significativas las diferencias entre las medias de los distintos grupos de edad). A continuación, el Dominio Social fue más alto en el grupo de 26-35 años, y el más bajo se presentó en el de 56-65 años de edad (las diferencias entre los distintos rangos de edad fueron significativas). Por último, las medias del Dominio Ambiental puntuaron más alto en el rango de 26-35 años, y más bajo en el grupo de 18-25 años de edad (las diferencias no fueron significativas).

La investigación continúa con los resultados obtenidos, mediante el cuestionario DERS, en el área de Dificultades en la Regulación Emocional (DRE), en la que se incluyen dimensiones como: Descontrol, Rechazo, Interferencia Emocional, Desatención Emocional, y Confusión Emocional. Al igual que antes, primero hace una distinción por género y luego por edades.

En lo referente al género, los hombres obtuvieron mayores puntajes que las mujeres en factores como el Descontrol, la Interferencia, la Desatención y la Confusión Emocional. Por su parte, las mujeres puntuaron más alto en la Dimensión Rechazo.

Si las comparaciones se hacen según el grupo etario, la Dimensión de Descontrol puntuó más alto en el grupo de 18-25 años, y obtuvo los niveles más bajos en el de 36-45 años (hubo diferencias significativas entre las medias de los distintos rangos). A continuación, en la Dimensión Rechazo, la media más alta se obtuvo en el grupo de 18-25 años, y la más baja en el de 36-45 años (sin diferencias significativas entre rangos). Por su parte, la dimensión referida a la Interferencia Emocional encontró las puntuaciones más altas el grupo de 18-25 años y las más bajas en el de 36-45 años (la media del rango de 18-25 años fue significativamente mayor al resto). En cuanto a la Dimensión Desatención Emocional, el rango que puntuó más alto fue el de 46 a 55 años, y el más bajo el de 36 a 45 años (sin diferencias significativas entre las medias de los rangos). Por último, en lo que respecta a la Dimensión Confusión Emocional, el grupo con puntaje más alto fue el de 18 a 25 años, y aquel con la puntuación más baja fue el de 36-45 años (siendo la media del primer grupo significativamente mayor al otro).

Así, los resultados expuestos permitieron determinar una relación inversa y significativa entre la percepción de CV reportada y la presencia de DRE en la población evaluada. Al mismo tiempo, CV y las DRE se relacionan con el período evolutivo en el que se encuentra el sujeto por lo que, según el rango de edad, se encontrarán diferencias en ambas variables.

Lo más destacable del trabajo resulta ser que a nivel social, la percepción de CV es más baja en edades avanzadas. Esto podría deberse a que, mientras en edades tempranas de la adultez se busca crear amistades sólidas y relaciones estables a través de la interacción social, en la adultez media y en etapas posteriores el sujeto se vuelve más selectivo en las relaciones interpersonales (Erickson, 2000; Schaffer y Kipp, 2000, como se citó en Urzúa et al., 2016).

Por otra parte, las DRE disminuyen a mayor edad, pero esto no significa una mejor regulación de las emociones, sino que es la Desatención Emocional la que impacta en la CV. Esto posiblemente ocurra porque, a partir de la experiencia adquirida, las emociones dejan de interferir en la conducta ya que son identificadas con mayor claridad a partir de la madurez emocional desarrollada con los años (Márquez-Gonzalez, et al., 2018, como se citó en Urzúa et al., 2016).

De acuerdo con la lectura de datos de Urzúa et al. (2016), el Dominio Psicológico es el que se encuentra mayormente influenciado por las DRE en la totalidad de la muestra. Asumen que esto podría deberse a que los recursos psicológicos como el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración forman parte del mencionado dominio, y las DRE exigirían una mayor utilización de dichos recursos.

Los autores de la investigación aseguran que la relación entre CV y DRE también se encuentra influenciada por la edad: en el grupo más joven la interferencia emocional es la que ejerce una mayor influencia en la evaluación negativa de la CV (Urzúa et al., 2016).

Las DRE tuvieron un mayor impacto en la evaluación del Dominio Psicológico de CV, especialmente en los rangos de 26-35 y de 56-65 (Urzúa et al., 2016, p. 142). Citando a Levinson (1978), los autores del estudio suponen que esto podría deberse a que estas son etapas de transición, que se encuentran marcadas por mayores estímulos y demandas sociales, que a su vez generan crisis, desequilibrio y situaciones estresantes. Todo ello puede provocar mayor dificultad para la regulación emocional, terminando por repercutir en las relaciones sociales, familiares, en la autoimagen y en el funcionamiento diario de las personas.

Según Urzúa et al. (2016), con todos los datos obtenidos, se puede afirmar que las dimensiones de DRE varían a lo largo de toda la vida adulta, siendo fundamental, entonces, el entrenamiento de la regulación emocional. Esto se podría lograr a través de procesos terapéuticos y su objetivo sería mejorar la percepción de CV.

Una segunda investigación, llevada a cabo por Otero et al. (2013), hace foco en que ejercer la psicoterapia incluye varios factores laborales que predisponen al trabajador a padecer el síndrome de

desgaste emocional. Los autores remarcan que, aunque el denominado “burnout” ha sido ampliamente estudiado en el área de salud, no sucedió lo mismo en el ámbito de la psicología hospitalaria.

Analizar el burnout desde su consideración como agotamiento emocional fue una puerta de entrada, hace más de 30 años, a considerar el papel de las emociones en el trabajo (Izquierdo et al., 2000). Estas son el verdadero corazón de nuestra experiencia como personas (Muchinsky, 2000, como se citó en García Izquierdo et al., 2000).

Para entender las causas del burnout entre los profesionales de psicología, Otero y colaboradores (2013) aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach a un total de 30 psicólogos, distribuidos en dos hospitales de México. A partir de su estudio, concluyen que la presencia del síndrome no se explica únicamente por factores laborales, sino que también se deben tener en cuenta características personales y sociales (como la personalidad, cogniciones, percepciones, actitudes, y aspectos familiares).

En la hoja de recolección de datos incluyeron las variables: tipo de enfermedad que atiende (crónica, aguda o ambas), sector de atención (público, privado, o ambos), tipo de consulta (hospitalización o consulta externa), blanco de atención (pacientes pediátricos, adultos o ambos), último período vacacional, años de experiencia laboral en el área de salud, promedio de horas que trabaja en la institución, cantidad de horas que se dedica a la asistencia psicológica, permanencia en la institución sin brindar asistencia psicológica, y otras actividades que realice (investigación, docencia, supervisión, reclutamiento, etc)

Los resultados de la investigación exhibieron un mayor agotamiento emocional en sujetos con menos años de experiencia, pero una despersonalización más acentuada en los que tenían más antigüedad laboral. Sin embargo, la gran mayoría de la muestra no mostró presencia de burnout a pesar de las condiciones laborales, que constituyen factores de riesgo.

Si bien el burnout puede presentarse en todas las profesionales, el área de salud tiene más riesgos de padecer el síndrome debido a las características del trabajo. La atención a personas con enfermedades crónicas demanda recursos cognitivos y físicos muy específicos que favorecen la aparición de trastornos psicoemocionales en los prestadores de servicios (Benavides et al., 2002; Kovacs y Hegedus, 2010; Maslasch et al., 2001, como se citó en Otero et al., 2013). Así, los profesionales de este área en particular tienen contacto con pacientes en estado vulnerable, así como con emociones intensas de sufrimiento y duelo, a la vez que se les demanda sensibilidad, empatía y sufren sobrecarga asistencial (Kovac et al., 2010; Oliveira et al., 2010; Grau et al., 2009; Escribá et al., 2008; Del Río et al., 2003, como se citó en Otero et al., 2013).

La salud mental se convierte, de esta manera, en una de las tantas especialidades médicas con elevados índices de burnout, y que resalta por efectos de despersonalización y agotamiento emocional en sus profesionales (Grau et al., 2009; Woodside et al., 2008, como se citó en Otero et al., 2013). Todo ello no es casual, ya que existen riesgos específicos al trabajar en salud mental: el tipo de pacientes que se atiende son, a menudo, agresivos, demandantes, sufrientes y con necesidades muy específicas; el

profesional, por su parte, realiza intervenciones constantes, enfrenta problemas difíciles y forma una relación cercana y de confidencialidad con cada paciente (Breéis et al., 2009, como se citó en Otero et al., 2013). Esa profunda implicación en los problemas emocionales de los pacientes repercute en la vida personal del psicólogo o psiquiatra, existiendo hasta un 80% de posibilidades de sufrir desórdenes mentales como consecuencia de internalizar todas esas experiencias negativas que escucha diariamente (Breéis et al., 2009; Kumar et al., 2007; Kumar et al., 2005, como se citó en Otero et al., 2013).

Entre los principales factores psicosociales responsables del desarrollo del síndrome de Burnout se encuentran variables individuales, sociales y organizacionales. Dentro de las variables individuales encontramos el género (las mujeres puntúan generalmente más alto en agotamiento e ineficacia profesional) y la personalidad (personas con un patrón de conducta tipo A, baja estabilidad emocional y locus de control externo son las más vulnerables a sufrir burnout). Como variable social que fomenta el desarrollo del síndrome, se destaca la percepción del individuo de falta de apoyo social. Por último, en lo que refiere a lo organizacional aparecen aspectos relacionados al contenido del puesto (puestos "tóxicos"), la falta de clima laboral positivo o la falta de reciprocidad (Bresó et al., 2007, como se citó en Salanova y Llorens, 2008).

No obstante, los psicólogos cuentan también con un factor protector, que es nada más y nada menos que la realización personal que sienten a partir de la satisfacción laboral. Aunque se agotan emocionalmente y se despersonalizan, logran percibir satisfacciones en su labor y esto contribuye a proteger su estado psicoemocional (Benavides et al., 2002; Moreno et al., 2006; Ortiz y Ortega, 2009; Turcios, 2008, como se citó en Otero et al., 2013). Además, una relación positiva con jefes y compañeros de trabajo, la autonomía, períodos vacacionales suficientes, actividades extralaborales y vida satisfactoria en pareja, son otros de los factores que contribuyen a la protección del sujeto contra el burnout (Escribá et al., 2008; Fischer et al., 2007; Grau et al., 2009; Grau et al., 2005; Ogresta et al., 2008; Ozyurt et al., 2006; Woodside et al., 2008, como se citó en Otero et al., 2013).

García Izquierdo et al. (2000) llevaron adelante una investigación en la que buscaron analizar la relación entre el burnout, la satisfacción laboral y el bienestar, y al mismo tiempo, la relación de dichas variables con otros factores sociolaborales en una muestra de personal sanitario de salud mental. Los resultados obtenidos expresaron que aquellos sujetos con niveles altos de burnout percibían menor satisfacción laboral y menor bienestar.

La muestra consistió de trabajadores de hospitales y centros de salud mental de la Región de Murcia (España), con edades de 21 a 63 años, y años de experiencia de 0 a 40. Para medir el burnout se utilizó la escala EPB (García, 1995), la satisfacción laboral con el cuestionario S10/12 (Meliá y Peiró, 1989) y el bienestar con el cuestionario de salud mental GHQ-28 (Goldberg, 1970; Goldberg e Hillier, 1979).

Los autores explican que los resultados obtenidos indican que el burnout se relaciona significativamente con el bienestar y la satisfacción laboral, siendo que, los sujetos con altos niveles de

burnout tienden a percibir menor bienestar y menor satisfacción laboral. Otra relación que encontraron es que a mayor experiencia menor es la satisfacción laboral.

Además, a partir de la información recolectada, entienden que el burnout tiene una asociación significativa con todas las dimensiones del bienestar. Esto es, a mayor burnout, más problemas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. Tres de esas dimensiones se ven también influenciadas por la satisfacción laboral, siendo que, cuanto menor es la satisfacción mayores serán los problemas somáticos, la ansiedad y la depresión.

El estado civil demostró incidir en la satisfacción laboral y también en el bienestar. Los solteros puntuaron significativamente más alto en satisfacción laboral que los casados, mientras que en bienestar los solteros y casados obtuvieron puntajes más altos que los separados, divorciados o viudos. Según los investigadores, este mayor bienestar percibido por los solteros y casados puede estar relacionado con mantener redes de apoyo más estables, como pueden ser los cónyuges o amigos (Greenglass et al., 1996, como se citó en García Izquierdo et al., 2000).

En lo que refiere al burnout y concordando con hallazgos anteriores, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a género (Day y Chambers, 1991; Kandolin, 1993, como se citó en García Izquierdo et al., 2000), estado civil (Kandolin, 1993, como se citó en García Izquierdo et al., 2000), edad (Garzotto et al., 1992; Naisberg-Fenning et al., 1991, como se citó en García Izquierdo et al., 2000) y años de experiencia (Thornton, 1992, como se citó en García Izquierdo et al., 2000).

Otra investigación realizada en Perú por Méndez et al. (2019), encontró que existe una relación significativa e inversa entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de salud (entre los que se incluyeron psicólogos). Es decir, a menor burnout, mayor satisfacción laboral. Además, el estudio determinó que la dimensión predominante del burnout fue la despersonalización, y el factor predominante de la satisfacción laboral fueron los beneficios económicos.

De acuerdo con los resultados de dicho trabajo, entre las variables laborales que inciden en un burnout alto en los profesionales de salud, se pueden nombrar: la sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, insuficientes estímulos al buen desempeño laboral, poca oportunidad para promoción o ascenso, inconformidad con el salario bajo, condiciones de trabajo inadecuadas y falta de gratificación social (Méndez et al., 2019).

La despersonalización no solo demostró ser la dimensión predominante del burnout, sino que además mostró incidir de forma negativa sobre la realización personal. Esto incluye actitudes negativas hacia el propio rol profesional, que hacen que el profesional se sienta ineficaz en su trabajo e incapaz de mejorar. El mecanismo, que en un principio puede ser útil para enfrentar estresores, termina por restar calidad de la atención profesional generando insatisfacción en los pacientes.

Los altos niveles de cansancio emocional y despersonalización, encontrados en el estudio, revelan la gravedad del problema, pues afecta la salud ocupacional-mental y el bienestar del profesional de la salud (Méndez et al., 2019, p.46).

Por otra parte, se destacó que la dimensión predominante de la satisfacción laboral son los beneficios económicos. Los autores señalan que el descontento salarial se vincula con la insatisfacción laboral y que se trata de un factor común en el colectivo profesional de salud latinoamericano. A esto también se le suman una carga laboral constante, condiciones de trabajo inadecuadas y una valoración social desfavorable, que terminan por afectar la calidad de vida de los profesionales, y sus relaciones tanto con pacientes como con compañeros de trabajo. Por todo ello, los investigadores entienden que niveles altos de burnout relacionados a la insatisfacción laboral, terminarían por generar mayor rotación, intención de abandono y renuncia laboral.

Sin embargo, de acuerdo con el estudio, la satisfacción laboral no solo depende de un adecuado salario, sino del significado que el profesional le atribuya a sus tareas laborales. Explican los autores que la satisfacción laboral puede depender de tantos otros factores como: la congruencia con los valores personales, el grado de responsabilidad, el sentido del éxito profesional, los niveles de aspiración, y los grados de libertad que permite el trabajo. Algunos buscarán en el trabajo reconocimiento y otros socialización.

Según los resultados, los investigadores afirman que otros factores que inciden en la satisfacción laboral, pero con menor fuerza, son: las condiciones favorables de trabajo, el reconocimiento personal o social, el apoyo socioemocional del supervisor y los compañeros de trabajo, el reto del trabajo, el sistema de recompensas justas, compatibilidad entre personalidad y puesto de trabajo, el clima laboral y el compromiso laboral. Todo ello se relacionaría positivamente con una mejora en la calidad de atención percibida por los pacientes, y una reducción de la rotación.

Una quinta investigación, realizada por Salessi y Omar (2017) en empresas de servicios en argentina, intenta examinar si la satisfacción laboral es mediador entre el capital psicológico y la regulación emocional en los trabajadores.

El capital psicológico es un constructo integrado por fortalezas psicológicas como la esperanza, la autoeficacia, el optimismo y la resiliencia. Promueven un mayor bienestar y calidad de vida para los trabajadores, al tiempo que potencian la rentabilidad y ventajas competitivas de la organización en la que realizan sus tareas (Omar, 2015, como se citó en Salessi y Omar, 2017).

Salessi y Omar (2017) explican que ya otras investigaciones han demostrado las relaciones existentes entre los recursos del capital psicológico y las estrategias de regulación emocional. A partir de esos estudios previos, se pudo comprobar que cuando la autoeficacia, la esperanza y el optimismo son altos, la actuación superficial es menor, provocando, así, demostraciones emocionales genuinas (Bergenirbas, 2015, como se citó en Salessi y Omar, 2017).

De acuerdo con la teoría de conservación de recursos (Hobfoll, 2011, como se citó en Salessi y Omar 2017), las personas se esforzarán por obtener, acumular y proteger sus recursos cuando tengan que afrontar las diversas demandas. Así, los sujetos con elevado capital psicológico procurarán resguardar su estado positivo, respondiendo con estrategias que protejan sus recursos, e incluso

generen nuevos. Por su parte, los empleados con niveles bajos de capital psicológico recurrirán a estrategias que no requieran altos niveles de sacrificio o esfuerzo en materia emocional.

Sin embargo, la actuación superficial (entendido como un montaje emocional socialmente aceptado), demostró tener marcados efectos nocivos que no permiten generar nuevos recursos. En cambio, la actuación profunda, habilita el desarrollo de la confianza, autoestima, realización personal, emociones positivas y el desarrollo de redes sociales. Lo que es más, la literatura ya había demostrado que las actuaciones profundas contribuyen a mayores niveles de satisfacción, mientras que las actuaciones superficiales promueven su detrimento (Jiang et al., 2013; Salessi y Omar, 2016, como se citó en Salessi y Omar, 2017)

A través de su investigación sobre una muestra de profesionales que trabajaban en constante contacto con clientes, Salessi y Omar (2017), demostraron que, efectivamente, la satisfacción cumple un rol mediador entre el capital psicológico y las estrategias de regulación emocional. Los autores citan otros trabajos como el de Alessandri et al. (2015), Avey et al. (2011) y Bradan y Youseff- Morgan (2015), que coinciden con su propia investigación en que el capital psicológico se relaciona significativamente con la satisfacción de los trabajadores. Esto es, que las personas con alto capital psicológico esperan que les sucedan cosas buenas en el trabajo, creen que son artífices de su propio éxito y están mejor predispuestas a sortear los contratiempos laborales (Salessi y Omar, 2017, p. 95). Por tanto, su elevada motivación parecería ser la causa del desarrollo de emociones positivas, que a su vez generan recursos psicológicos y espirales de positividad creciente.

A esto se le suman otras investigaciones mencionadas por los autores como la de Judge y Kammeyer-Mueller (2012) que, como su propio trabajo, explican que la satisfacción se asocia a un estado emocional placentero, que por tanto constituye un factor motivacional positivo con efecto significativo sobre el comportamiento. Mencionan también el modelo de ampliación y construcción emocional de Fredrickson (2001), que establece que los estados emocionales positivos incrementan los recursos psicológicos y amplifican las posibilidades de atención, cognición y acción.

A partir de todo esto, Salessi y Omar (2017) explican que el componente afectivo de la satisfacción podría potenciar los recursos psicológicos, es decir, generar elevados niveles de capital psicológico. Esto último a su vez, facilitaría una adecuada regulación emocional, promoviendo una actuación profunda por parte de los trabajadores. Es decir, profesionales que expresen respuestas emocionales auténticas y comprometidas con la organización.

Por último, Salessi y Omar (2017) resaltan que una mayor satisfacción laboral garantizaría relaciones interpersonales signadas por la autenticidad y la empatía, trayendo consigo resultados positivos tanto para la organización como para sus empleados. Esto promovería desempeños de mayor calidad y clientes más leales, en tanto los empleados experimentarían mayor bienestar y salud ocupacional.

Estado del arte

En el año 2023, Jiménez Gómez y colaboradores, realizaron una revisión sistemática sobre los factores de riesgo psicosociales que se asocian al síndrome de burnout en el personal de salud. Para el estudio se analizaron 19 artículos de distintas regiones geográficas (para obtener una perspectiva global), y publicados entre 2017 y 2023 (para conseguir datos actualizados). Se exploraron variables laborales, organizacionales y personales que pudiesen promover el burnout, como también factores con potencial efecto protector.

De acuerdo al análisis realizado, el síndrome de burnout posee una prevalencia más significativa en profesiones que involucren prestar servicios a otras personas, y los trabajadores del área de salud resultan ser los más propensos a padecer el fenómeno (Ruiz y Gallego Ardila, 2023, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023). Esta tendencia se atribuye a los malos tratos que pueden recibir por parte de pacientes, los elevados estándares de exigencia y competitividad que deben enfrentar, y la constante exposición al sufrimiento de las personas a las que atienden. Todo esto genera la acumulación de estrés y podría promover el desarrollo de trastornos psiquiátricos, que con el tiempo, podría culminar en el síndrome de burnout (Kartsonaki et al., 2023, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

Tras realizar la revisión sistemática, Jiménez Gómez et al. (2023) afirman que los factores psicosociales desencadenantes son, entre otros, la sobrecarga de trabajo, un ambiente físico poco adecuado, la falta de recursos en las instituciones para brindar una atención óptima, los pacientes “difíciles”, las nuevas actualizaciones tecnológicas, el poco tiempo para realizar el trabajo, y las relaciones interpersonales con compañeros de trabajo, familia, o pareja.

Los autores también mencionan que la edad, el área de trabajo, los años de servicio, los rasgos de personalidad, el contexto social, y los pensamientos propios del trabajador pueden también convertirse en factores de riesgo para la aparición de la patología. Además, el pesimismo, la falta de red de apoyo, la autocrítica y la aspiración laboral poco realista pueden generar un estado constante de frustración, y terminar desarrollando burnout (Kartsonaki et al., 2023, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

Por otra parte, mencionan que el tipo de contratación y las remuneraciones son factores fundamentales, que pueden ser un factor protector en caso de ser favorables, o en un factor de riesgo en caso de no ser beneficiosos. Los salarios bajos generan a su vez insatisfacción laboral y desmotivación, que al mismo tiempo contribuyen al desarrollo del burnout. La percepción de justicia salarial, en cambio, promueve la satisfacción laboral y el bienestar emocional (Ortiz et al., 2018; Saborío e Hidalgo, 2015; World Health Organization, 2017, Kartsonaki et al., 2023, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

Las profesiones de salud se destacan por la sobrecarga de trabajo, el agotamiento físico y mental, y el poco tiempo para el autocuidado, todo lo cual termina por provocar estrés crónico. La falta de equilibrio entre la vida personal y el trabajo genera sentimientos de desesperanza y desgaste, características fundamentales del burnout, que se verá aún más agravado por la insatisfacción laboral producto de la presión constante (Castro y Suárez, 2022; Cañote, 2018, como se citó en Jiménez

Gómez et al., 2023).

Lo que es más, el género femenino y todas las tensiones que trae el rol social que se le atribuye, hace que las mujeres tengan más probabilidades de desarrollar burnout, pudiendo terminar incluso en suicidio. Según lo expuesto, las mujeres se sienten presionadas por demostrar que son igual o más fuertes, autosuficientes y valiosas que los hombres, tanto en el hogar como en el hospital (Dutheil et al., 2019, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

En lo que refiere al contexto, los autores explican que el país de ejercicio laboral también puede contribuir a la aparición del burnout. Así, se tenderá a encontrar tasas más altas del síndrome en países con largas jornadas laborales, pocas vacaciones y un alto nivel de estrés en el trabajo. Las diferencias en la cultura y política laboral, sistemas de salud y condiciones económicas son, por tanto, factores a tener en cuenta.

En cuanto a lo individual, los rasgos de personalidad pueden aumentar la vulnerabilidad a padecer burnout. Personalidades marcadas por el perfeccionismo, con atención compulsiva a los detalles, sentimiento de responsabilidad y culpa, que experimentan frustración al no obtener resultados idóneos, corren mayor riesgo de sufrir alteraciones en la salud mental. Puede aparecer, además, una tendencia al autosacrificio, caracterizada por una dificultad para establecer límites entre el trabajo y la vida personal, y por tanto falta de períodos saludables de descanso. La percepción de falta de apoyo social, así como la tendencia a la negatividad y la falta de habilidades para manejar el estrés también contribuyen al desarrollo de la patología (Kartsonaki et al., 2023; Dutheil et al., 2019, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

Según el estudio, las comorbilidades como la baja autoestima, la depresión, la ansiedad social, representan también factores de riesgo. Esto puede empeorar si el trabajador no desarrolla la confianza en sí mismo a medida que adquiere mayores responsabilidades (Ortiz et al., 2018: Serna y Martínez, 2020, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

Por otra parte, la investigación continúa la exposición de datos destacando los factores protectores, es decir aquellos que apuntan a mitigar el estrés laboral y preservar el bienestar psicológico de los trabajadores. Primeramente, los autores marcan la importancia de promover la satisfacción laboral y crear un entorno laboral saludable y seguro. Parra ello Jiménez Gómez et al. (2023) recomiendan realizar campañas que fomenten actividades que hacen al autocuidado, como el ejercicio físico, una alimentación saludable, y un descanso adecuado. Los investigadores aseguran que esto no solo mejoraría la calidad de vida de los profesional, sino también la calidad de atención que reciben los pacientes.

Consideran igual de importante brindar espacios donde los trabajadores puedan comunicarse y expresar sus emociones, y al mismo tiempo recibir apoyo emocional de colegas, profesionales y supervisores. Esto los ayudará a compartir sus preocupaciones y sentirse escuchando, incentivándolos a buscar ayuda en caso de que lo necesiten. Es en este punto donde los autores resaltan la necesidad de eliminar el estigma asociado a la búsqueda de ayuda por parte de los trabajadores, para así prevenir la

enfermedad.

Además, los autores consideran necesario que los profesionales asistan a capacitaciones en técnicas sobre manejo de estrés y habilidades de afrontamiento para lidiar con las demandas laborales de una forma más efectiva. A su vez, remarcan la importancia de una retroalimentación positiva y posibilidades de desarrollo profesional para fortalecer el autoestima de los trabajadores, y promover así la confianza y la autoeficacia (Serna y Martínez, 2020, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023).

Como características individuales, mencionan que una personalidad amorosa y empática, la confianza en uno mismo y el coraje contribuyen a prevenir la despersonalización, el agotamiento emocional y el síndrome de burnout. En cuanto al contexto, destacan la importancia del apoyo social en el entorno laboral, la autonomía en el trabajo, y el establecimiento de límites claros entre el trabajo y la vida personal.

Los investigadores resaltan que el burnout debe ser considerado un problema de salud pública debido al incremento en la incidencia en el personal del área de salud. Advierten que es una patología que afecta la calidad de vida de quien la padece, alterando sus funcionamiento social, familiar, académico y laboral. Lo que es más, afirman que de no ser tratada con el adecuado apoyo psicológico y psiquiátrico, la patología puede llevar a los profesionales a tomar decisiones fatales como el suicidio. Aún así, explican que el infradiagnóstico produce una notificación insuficiente sobre el síndrome, y como consecuencia una falta de investigación exhaustiva que permita una comprensión más detallada de su epidemiología.

Una segunda investigación, realizada por Álvarez et al. (2023), se propuso detectar y demostrar la prevalencia de la aparición del síndrome de burnout en psicólogos, y al mismo tiempo identificar el tipo de afrontamiento que utilizan esos profesionales para afrontar el estrés.

El estudio se realizó sobre una muestra de 21 psicólogos de un hospital público de México. Para evaluar el burnout se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), y para detectar los tipos de afrontamiento se usó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés.

Según los resultados, 20 de los 21 psicólogos participantes tenían un nivel bajo de burnout a razón del tipo de afrontamiento que ponían en práctica. Los dos mecanismos de afrontamiento de estrés destacados son la focalización en la solución del problema y la reevaluación positiva. El primero indicaría que ante la presencia de un problema que genera estrés, tienden a buscar una solución próxima y eficaz. Por su parte, la reevaluación positiva busca entender el problema desde otra perspectiva, tratando de resignificar las vivencias desde un sentido más positivo.

Aunque el MBI detectó la presencia de burnout entre los psicólogos del hospital, la patología apareció con una intensidad leve que no representa un problema en las actividades diarias de los profesionales. Si bien los psicólogos llevaban trabajando 5 años o más en el hospital, no se detectaron niveles preocupantes de estrés, ya sea porque poseían recursos emocionales propios (como un alto nivel de realización personal) o porque el hospital estaba tomando las medidas adecuadas para mejorar la

calidad de vida de sus trabajadores a través de distintos programas de prevención de salud.

Los investigadores mencionan diversas formas de tratar el burnout como capacitación en habilidades para el manejo del estrés, técnicas de relajación, cambios en el estilo de vida, conexión con la naturaleza, actividades recreativas y de apoyo social. Además resaltan la responsabilidad de la organización de realizar cambios para reducir el estrés como mejorar la comunicación con los superiores, establecer prioridades realistas, delegar tareas, tomar descansos regulares y buscar formas de mejorar la satisfacción laboral.

Concluyen su trabajo poniendo el foco en los lugares de trabajo. Explican que se deben estudiar las medidas que están tomando los hospitales para prevenir el burnout a futuro, junto con los resultados de la implementación de dichas medidas.

Iparraguirre Baltazar y Salazar Vargas (2022) buscaron analizar la correlación entre los niveles de satisfacción laboral y los factores organizacionales y personales de un grupo de colaboradores de un centro de atención psicológica en Lima, Perú.

Según los resultados obtenidos, la percepción de los factores organizacionales fue buena en 21 colaboradores y regular en 24. Los niveles altos de percepción de factores organizacionales (condiciones laborales y relaciones laborales) se correlacionaron con un nivel también alto de satisfacción laboral. Inversamente, cuando la percepción de los factores organizacionales fue regular, se asoció a niveles medios de satisfacción laboral.

Por otra parte, en cuanto a los factores personales, la investigación concluyó que el buen desempeño (definido por los autores como eficiencia, apoyo, acceso y cooperación) del colaborador se relacionó con un nivel alto de satisfacción laboral. Mientras que el desempeño laboral se estableció, entonces, como un predictor de la satisfacción laboral, la actitud del colaborador no estuvo correlacionada a ninguna de las dimensiones de la satisfacción laboral. Es decir, no importa si el trabajador tiene una actitud positiva o negativa, ello no influiría en la satisfacción laboral, como sí lo hace, en cambio, el buen desempeño laboral. De acuerdo con el análisis de resultados, en el grupo con satisfacción laboral alta, 63,2% percibían un buen desempeño de sí mismo; mientras que en el grupo con un nivel medio de satisfacción laboral solo el 15,4% percibía un buen desempeño. Por tanto se determinó que existe una diferencia significativa entre las características de ambos grupos.

En lo que refiere a las características demográficas, Iparraguirre Baltazar y Salazar Vargas (2022), se encontraron con que los solteros percibían mayor satisfacción laboral que los casados. Según el estudio, entre los colaboradores con un nivel alto de satisfacción laboral, 52,6% eran solteros, y 15,8% eran casados. En cambio, en el grupo con un nivel de satisfacción medio, 26,9% eran solteros y 57,7% eran casados.

Otra variable se relaciona con la antigüedad en el trabajo, siendo que la cantidad de años que el colaborador llevaba trabajando en el centro psicológico influía significativamente en su satisfacción. Así, los resultados del estudio mostraron que entre los nuevos (1 año o menos) el 53% estaba satisfecho, y

entre los que tenían 2 a 5 años de experiencia el 63% estaba muy satisfecho. No obstante, Iparraguirre Baltazar y Salazar Vargas (2022) agregan que los colaboradores más antiguos (6 a 10 años de antigüedad) no alcanzaron un nivel de satisfacción alto, sino medio. De esta manera, los investigadores reflexionan que a mayor cantidad de años trabajando, menor será la satisfacción laboral percibida por el trabajador.

Asimismo, Iparraguirre Baltazar y Salazar Vargas (2022) también se propusieron encontrar la relación entre los factores organizacionales y los factores personales. Al analizar los resultados obtenidos, encontraron que la dimensión relaciones laborales estuvo muy asociada al factor personal desempeño. Esto se puede apreciar porque dentro del grupo con buen desempeño, el 87,5% percibían buenas relaciones laborales, mientras que en el grupo con un desempeño laboral regular, solo el 13,8% percibían buenas relaciones laborales. Esta situación se mantuvo con niveles medios de satisfacción laboral, pero cuando la satisfacción laboral fue alta, la correlación entre relaciones laborales y desempeño no fue significativa. Esto contribuye a que los autores del estudio puedan llegar a la conclusión de que cuando un colaborador está satisfecho en su trabajo tendrá un buen desempeño, sin importar que existan tensiones o rivalidades con sus compañeros.

Por su parte, Pujol-Cols (2025) consideró importante analizar la relación entre las demandas emocionales, la vocación de carrera y el bienestar en el trabajo de los profesionales en salud. Para el caso tomó una muestra de 142 trabajadores de una zona metropolitana de Argentina, que prestaban servicios de salud ya sea de forma independiente, o en instituciones públicas o privadas.

La investigación, que incluyó la participación de psicólogos, tuvo en cuenta las siguientes variables: demandas emocionales (incluyendo agotamiento emocional percibido), vocación de carrera (junto con la búsqueda/vivencia de vocación) y work engagement.

De acuerdo con los resultados obtenidos, Pujol-Cols (2025) expresa que la muestra analizada mostró una exposición moderada a las demandas emocionales. Un 52, 82% indicó estar expuesto a nivel moderado de demandas, mientras que un 31,69% señaló estar expuesto a niveles elevados de demandas. Solo un 15,49% dijo estar expuesto a niveles bajos de demandas.

En los análisis de resultados, Pujol-Cols (2025) destaca que esta exposición a demandas emocionales no difirió de modo significativo según género, edad, modalidad de ejercicio profesional o la cantidad de horas semanales trabajadas. Sin embargo, el autor resalta que la exposición a estas demandas sí fue significativamente más alta en profesionales que se desempeñaban en el ámbito público o que convivían con una pareja estable al momento de completar los cuestionarios.

Por otra parte, el investigador decidió analizar el bienestar en el trabajo de los profesionales teniendo en cuenta dos variables: agotamiento emocional y work engagement. Pujol-Cols (2025) explica que un porcentaje importante de la muestra (67,61%) mostró niveles moderados o elevados de agotamiento emocional. No obstante, las pruebas de diferencia de medias evidencio de esta prevalencia no se vio afectada de modo significativo según el género, la edad, la estructura familiar, la modalidad de

ejercicio profesional, el ámbito de ejercicio profesional o la cantidad de horas semanales trabajadas.

Como se anticipó, esta parte de la investigación también tuvo en cuenta el work engagement de los trabajadores. En su estudio Pujol-Cols (2025) presenta tablas en las que se puede observar que vigor, dedicación y absorción (las 3 dimensiones que construyen la variable indicada) aparecen en niveles moderados a elevados en la muestra.

En este caso, al analizar las pruebas de diferencia de medias, el autor observó que en lo que hace al work engagement sí existen diferencias estadísticamente significativas en la dedicación y absorción según el género del participante: ambas dimensiones mostraron niveles más elevados en las mujeres.

Por su parte, según explica el investigador, el ámbito de desempeño también condicionó los niveles de absorción. Según los resultados, se encontraron niveles más bajos de dicha dimensión en aquellos profesionales que trabajaban en el sector público.

No se encontraron diferencias significativas, en lo que hace a la variable work engagement, según edad, estructura familiar, modalidad de ejercicio profesional o la cantidad de horas trabajadas.

En lo referente a la vocación de carrera, Pujol-Cols (2025) afirma que el grado de presencia de la misma fue mayor que el grado de la búsqueda. Justifica ello señalando que 78,17% de los participantes indicó que siente que se encuentra viviendo su vocación, mientras que el 34,51% de los participantes señalaron que todavía buscan activamente una carrera que les aporte sentido a su vida. Además, la gran mayoría de los participantes expresó que su carrera actual les brinda la oportunidad de contribuir con un objetivo social que trascienda sus propias metas personales.

A modo de conclusión, a partir de su investigación, Pujol-Cols (2025) puede afirmar que aquellos profesionales que percibieron su trabajo como emocionalmente más demandante presentaron niveles más altos de agotamiento emocional.

A su vez, señala que el propósito fue el único componente de la vocación que exhibió un efecto significativo sobre el agotamiento emocional. Los niveles de agotamiento tendían a aumentar en los profesionales que aún se encontraban en la búsqueda de una sensación de propósito en sus carreras.

Por otra parte, argumenta que los participantes que mostraron niveles más altos de propósito y de prosocialidad en sus carreras, tendían a experimentar niveles más altos de work engagement. Pujol-Cols (2025), entonces, destaca aquí la importancia de la presencia de vocación para el bienestar psicosocial de los profesionales de la salud, advirtiendo que no puede ser utilizada como excusa por las instituciones para incrementar las demandas laborales.

El autor sugiere que las organizaciones deberían implementar estrategias que ayuden a reducir el impacto psicosocial de las demandas laborales, proporcionando espacios para la recuperación de energía y otros recursos físicos, cognitivos y psicológicos de los profesionales. Resalta que se debe contar con un liderazgo responsable, que no solo brinde apoyo instrumental a los trabajadores, sino también contención emocional frente a eventos agobiantes. Pujol-Cols (2025) considera fundamental que dichos líderes se esfuercen por formar a sus colaboradores identificando errores y corrigiendo desvíos,

pero también convirtiendo las diversas experiencias en situaciones de aprendizaje.

Una última investigación, publicada en el año 2025 y a cargo de Crocamo y Benatuil, se propuso como objetivo conocer la relación entre las diversas formas de abordar la supervisión por parte de los psicoterapeutas argentinos y las diferencias de desempeño en la Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas.

En el estudio participaron 534 psicoterapeutas de Argentina, de los cuales 42 eran hombres y 442 eran mujeres. Había tanto graduados de universidades públicas como privadas, y recién graduados que todavía no habían empezado a ejercer, como también profesionales con 48 años de práctica profesional. Las autoras especifican que, de acuerdo con la clasificación de Modelos Teóricos Tradicionales de Fernández Álvarez (2008), el 42,7% se identificó como perteneciente al modelo psicoanalítico, el 23,6% al cognitivo-conductual, el 17,8% a modelos integrativos, el 7,1% a modelos sistémicos, el 6% al humanístico-existencial, y un 2,8% expresó pertenecer a otros modelos.

Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP) que, como bien su nombre lo indica, busca evaluar las competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia y los indicadores asociados a su desarrollo. El instrumento consta de tres partes: resolución de casos clínicos, una autoevaluación, y un cuestionario sobre la supervisión utilizada (Crocamo y Benatuil, 2025).

La tercera parte, el cuestionario sobre supervisión, incluía preguntas como “¿supervisa su trabajo?”, “¿con qué frecuencia lo hace?”, “¿qué modalidad emplea para supervisar?”, y “¿con qué objetivo lo hace?”. A partir de ello, las investigadoras se dedicaron a analizar la existencia de diferencias en los niveles de competencias clínicas básicas de los psicoterapeutas según los objetivos, frecuencia y formato de las supervisiones que utilizaban.

De acuerdo a los resultados obtenidos, Crocamo y Benatuil (2025) expresan que, según el uso de la supervisión: 59,9% de los participantes solicita la supervisión si lo requiere; 21,3% tiene supervisiones programadas; 14,4% no supervisa su trabajo; y 4,3% al tiempo que tiene supervisiones programadas, solicita encuentros adicionales si los necesita.

En lo referente a la frecuencia de la supervisión, los datos revelan que: el 31,3% de los terapeutas acuden de forma mensual; el 24,5% lo hace de manera semanal; el 23,3% cada quince días; y el 20, 9% con intervalos mayores a un mes.

Pasando a la modalidad de la supervisión, los resultados arrojan que: 61,15% prefiere una modalidad individual; 17,72% supervisa de forma grupal; y un 21,12% combina ambas modalidades.

Finalmente, según el objetivo de la supervisión, la investigación señala los siguientes motivos: 69,3% busca alternativas y estrategias de intervención; 62,2% lo utiliza para verificar el proceso y corroborar criterios; un 51,9% busca detectar y corregir errores y obstáculos; 38,4% supervisa para trabajar implicaciones personales como sentimientos, sesgos, o compartir situaciones tóxicas vinculadas al ejercicio profesional; un 17,4% se enfoca en trabajar el manejo de honorarios y del tiempo; y el 2,8%

concurre por otros motivos (Crocamo y Benatuil, 2025).

A partir de su trabajo, Crocamo y Benatuil (2025) confirmaron su hipótesis: el uso de la supervisión genera diferencias significativas en el nivel de competencia de los psicoterapeutas. Más específicamente, según cómo utilicen la supervisión (programada, libre demanda, programada y libre demanda, o no la utilizan), los terapeutas tendrán mayores o menores competencias en lo que refiere a la apertura a las variables contextuales y diversidad (étnica, cultural, religiosa, política, social, económica o familiar) ; el manejo de la entrevista; y la evaluación y finalización del proceso.

De acuerdo con la frecuencia de supervisión, también encontraron diferencias significativas en competencias como el rol profesional, el manejo de entrevista y la evaluación y finalización del proceso. Agregan que las personas que más supervisan son las que mejor autopercepción tienen de las mencionadas competencias.

A su vez, se encontraron relaciones significativas entre la cantidad de modalidades de supervisión utilizadas por los profesionales y la competencia de proceso diagnóstico. Por esta razón, las investigadoras entienden que a mayor variedad de modalidades de supervisión utilizadas (individual, grupal o ambas), mejor ejecutará el psicoterapeuta el proceso diagnóstico.

Por último, según los objetivos de supervisión, se encontraron diferencias significativas en las siguientes competencias: proceso diagnóstico; diseño, intervenciones y técnicas; y manejo de la entrevista (Crocamo y Benatuil, 2025)

Las autoras sugieren utilizar la información obtenida para el diseño de programas de entrenamiento, para fortalecer las prácticas de aprendizaje, y para al mismo tiempo dejar de lado prácticas que no generan desarrollo significativo de las competencias.

Marco Teórico

A fin de facilitar la lectura se decidió subdividir por puntos

1. Estrés

En su texto “Estrés laboral en trabajadores de la salud”, Laura Elena Paris (2015) argumenta que si bien todas las profesiones generan cierto grado de estrés, trabajar en salud trae consigo estresores únicos. Sumado a la falta de recursos que padecen las organizaciones sanitarias, el trabajador de salud asume el compromiso de cuidar la vida de los demás y de mantener relaciones empático-afectivas con el enfermo y su entorno. Los psicólogos que atienden pacientes con un malestar considerable e importantes dificultades emocionales padecen de una considerable sintomatología de estrés, ya que la exposición secundaria a sucesos traumáticos equivale a la exposición directa (Guerra et al., 2009, como se citó en Otero et al., 2013).

El estrés se entiende como una lucha activa contra las demandas ambientales, tendiente a

mantener o restablecer el equilibrio homeostático. En ese proceso, tanto los estímulos físicos como los estímulos psicológicos se consideran potenciales activadores del estrés (Bravo et al., 1998 como se cita en Paris 2015).

A partir del trabajo pionero de Lazarus y Folkman (1984, como se cita en Paris, 2015), el concepto de estrés tuvo tres enfoques diferentes: estímulo, respuesta o interacción entre ambos. Siguiendo el primer enfoque, el estrés es cualquier estímulo (acontecimientos internos o externos) sobre una persona que demanda una respuesta adaptativa. Un segundo enfoque entiende al estrés como la respuesta del individuo a los estímulos del entorno, esto es, cómo se maneja la persona y qué reacciones aparecen en ella. Un tercer enfoque, entiende al estrés como resultado de la relación entre estímulo-respuesta. Se habla aquí, entonces, de las Teorías Interactivas o Transaccionales, en las que se maximiza la relevancia de los factores psicológicos que median entre el estímulo y la respuesta (Sandín, 1995, como se citó en Paris 2015). De esta manera, la habilidad para manejar situaciones estresantes dependerá de los recursos (respuestas cognoscitivas y comportamentales) disponibles en el sujeto (Omar, 1995, como se citó en Paris, 2015), lo que se denomina coping (afrontamiento).

Paris (2015) continúa su estudio recurriendo a autores como Harrison et al. (2002) y Martínez Selva (2004) para argumentar que el apoyo social es un factor clave que proporciona recursos y habilidades para amortiguar el estrés. Según Paris (2015) las relaciones sociales pueden brindar ayuda emocional al sujeto que así lo necesite, y agrega que la falta de apoyo social es uno de los estresores laborales con más evidencia empírica.

1.1 Burnout

El burnout es un trastorno psicológico que surge cuando los mecanismos de adaptación ante situaciones de estrés sostenido fracasan. Debido a que los recursos del trabajador son insuficientes frente a las demandas que se le presenta, aparece una especie de cansancio crónico que deteriora la vida laboral del trabajador (Grau et al., 2009; López et al., 2005; Maslach et al., 2001, como se citó en Otero et al., 2013).

Se trata de un problema de salud mental y ocupacional que se presenta con mayor frecuencia entre los profesionales de salud de todo el mundo, afectando la calidad de vida laboral y la calidad de atención a los usuarios (Méndez et al., 2019). De acuerdo con Illera (2006) y Maslach (2001), el síndrome de Burnout se caracteriza por tres síntomas fundamentales: desgaste emocional (falta de energía y desgaste crónico), despersonalización (actitud de deshumanización y falta de interés hacia la persona a la que se le brinda el servicio) y falta de realización personal (tendencia a evaluarse negativamente y sentirse descontento e insatisfecho con los resultados laborales).

De acuerdo con García Izquierdo et al. (2000) los niveles altos de burnout no solo provocarán el descenso de la satisfacción laboral sino que también generará niveles más bajos de bienestar en el individuo. Entre las reacciones psicológicas, emocionales y conductuales del burnout, se pueden mencionar ansiedad, depresión, irritabilidad, aburrimiento, falta de atención y concentración, mal humor,

separación del grupo de trabajo, indiferencia ante la gente que se atiende, insomnio, contracturas musculares, problemas gástricos, taquicardias, migraña, fatiga, detrimento en la calidad de sus servicios, absentismo, interacciones hostiles, retardos, incumplimiento de las metas o comunicación deficiente (Caballero et al., 2001; Fischer et al., 2007; Illera, 2006, como se citó en Otero et al., 2013).

Según Maslasch (2001), todas estas manifestaciones afectan el estado general del trabajador y por tanto el burnout se considera un riesgo físico y psicosocial para todos los profesionales que lo padecen. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000, declaró el síndrome de burnout como un riesgo laboral que puede afectar a la funcionalidad psicológica y física de los trabajadores causando incapacidad e incluso poniendo en riesgo su vida (Vivas y Fonseca, 2019, como se citó en Jiménez Gómez et al., 2023) . Si el burnout no es tratado con apoyo psicológico y psiquiátrico puede incluso llevar a los trabajadores tomar medidas fatales como el suicidio (Dutheil et al., 2019 en Jiménez Gómez et al., 2023).

El síndrome objeto de estudio es multifactorial por lo que sus causas pueden encontrarse en aspectos personales o familiares, cognitivos, y hasta profesionales relacionados al ambiente laboral. Algunos factores contribuyentes son la falta de control en el entorno laboral, la falta de apoyo social, la tendencia a la negatividad y la falta de habilidades para manejar el estrés (Kartsonaki et al., 2023, en Jiménez Gómez et al., 2023). Se agregan también el trabajar en el sector público, tener menos años de antigüedad, gozar de poco descanso, y percibir salarios bajos e incongruentes con la actividad laboral (Abdo et al., 2010; Caballero et al., 2001; Del Río et al., 2003; Grau et al., 2009; Grunfeld et al., 2000; Oliveira et al., 2010; Ozyurt et al., 2006; Pavlakis et al., 2010, como se citó en Otero et al., 2013).

Por otro lado, se debe prestar atención y fomentar los factores protectores, como lo son: el apoyo social, la autonomía en el trabajo, la satisfacción laboral, la confianza en uno mismo, las habilidades de afrontamiento, y el establecimiento de límites saludables entre el trabajo y la vida personal (Jiménez Gómez et al., 2023). Es esencial proporcionar espacios donde los trabajadores puedan expresar sus emociones y reciban apoyo emocional de colegas, supervisores o profesionales de la salud mental. Esto los ayudará a sentirse escuchados, a compartir sus preocupaciones, incentivándolos a pedir ayuda en caso de necesitarla (Serna y Martinez, 2020, en Jiménez Gómez et al., 2023).

2. Modelo cognitivo

En los años sesenta, el doctor Aaron T. Beck desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento breve y estructurado para la depresión. La misma se centraba en la problemática presente y estaba destinada a resolver problemas actuales a través de la modificación del pensamiento, y con ello la modificación de las conductas disfuncionales (Beck, 1964, como se citó en Beck, 2000). Aquello fue el puntapié para que otros profesionales adaptaran la terapia cognitiva para su aplicación a un conjunto amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones (Freeman y Dattilio, 1992; Freeman et al., 1989; Scott et al., 1989, como se citó en Beck, 2000).

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común la distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes (Beck, 2000). Es por eso que, según Judith Beck (2000), a través de una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, se producirá una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Así, se lograría una mejoría permanente mediante la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo en que las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962, como se citó en Beck, 2000). El terapeuta, entonces, buscará mediante diversos recursos generar un cambio cognitivo (esto es un cambio en el pensamiento y en el sistema de creencias del paciente), para conseguir una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

Las intervenciones específicas de la terapia cognitiva constan de: identificar un problema que es importante para el paciente, identificar y evaluar una idea distorsionada asociada, diseñar un plan razonable y, finalmente, evaluar la eficacia de la intervención (Beck, 2000).

2.1 Regulación Emocional

Para definir regulación emocional, primeramente es necesario determinar qué se entiende por emoción. De acuerdo con Gross (2015), una emoción consta de tres características fundamentales: involucran cambios que se acoplan a la experiencia subjetiva, a la conducta y a la fisiología; se despliegan en el tiempo; y pueden ser útiles o perjudiciales según el contexto.

Según la primera característica, las emociones no solo son una parte fundamental de la experiencia subjetiva, sino que además traen consigo modificaciones conductuales (gestos, posturas, expresión facial), junto con cambios autonómicos y neuroendocrinos.

En segundo lugar, Gross (2015) utiliza el modelo modal para explicar cómo la emoción se despliega en un lapso de tiempo. Según este modelo se parte de una situación a la cual el individuo prestará atención y evaluará según sus metas. Como resultado de esa evaluación se desencadena la emoción, que a la vez modificará la situación inicial que la provocó, a través de un proceso de retroalimentación.

Finalmente, una emoción puede ser útil si guía apropiadamente el procesamiento sensorial, mejoran la toma de decisiones, informan sobre el mejor curso de acción, comunican las intenciones de otros, y motivan conductas socialmente apropiadas que cambian la situación de forma deseable. Por el contrario, una emoción es perjudicial cuando tiene una intensidad, duración o frecuencia desacertada con la situación, sesgando de manera desadaptativa la cognición y la conducta. Precisamente este último punto resalta la importancia de una adecuada regulación emocional.

Según Gross (2015), entonces, la regulación emocional refiere a los intentos del individuo de influir sobre las emociones que tiene, cuándo las tiene y cómo las experimenta o expresa. Dicha regulación puede ser consciente o no, y a la vez, intrínseca (modificar las propias emociones) o extrínsecas (modificar las emociones de otras personas).

De acuerdo con Gross y Levenson (1993), citados por Pagano y Vizoli (2021), la regulación emocional incluye la manipulación de antecedentes emocionales, como también de los componentes conductuales de las respuestas emocionales. Pagano y Vizioli (2021) agregan que para la elaboración de su modelo de Regulación Emocional, Gross y John (2003) agruparon las diferentes estrategias de regulación emocional en dos grupos: uno para la Reevaluación Cognitiva y otro para la Supresión Expresiva. La Reevaluación Cognitiva significa un cambio a nivel cognitivo (la respuesta emocional aún no ha sido iniciada), que facilitará modelar mentalmente una situación antes de que se desarrolle, para considerar así sus posibles consecuencias. Por su parte, la Supresión Expresiva busca influir sobre una respuesta emocional una vez que ya ha sido iniciada, promoviendo la inhibición del comportamiento expresivo de ese estado emocional.

Por su parte, Thomson (1994) define a la regulación emocional como aquellos procesos extrínsecos e intrínsecos que se encargan del monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, con el objetivo de alcanzar las metas que un individuo se propone. En un escenario opuesto, las dificultades en la regulación emocional aumentan las posibilidades de presentar trastornos de conducta, problemas de salud física, e inconvenientes en el ajuste y competencia social, repercutiendo negativamente en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento en la vida diaria (Gross y Muñoz, 1995; Gross y Thompson, 2007 como se citó en Urzúa et al., 2016).

2.2. Reestructuración cognitiva

Se trata de una técnica del enfoque cognitivo-conductual cuyo propósito central es que el paciente reconozca aquellos pensamientos que resultan disfuncionales para trabajar sobre ellos, ya que inciden negativamente en su forma de sentir y de actuar (Calero Elvira et al., 2011)

Según Judith Beck (2011), la terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia. El terapeuta ayuda a su paciente a centrarse en un problema específico, identificar su pensamiento disfuncional, a evaluar la validez de su pensamiento (mediante el examen de la evidencia que parece avalarlo y la que parece contradecirlo), y finalmente diseñar un plan de acción.

La autora expresa que la terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Así, el terapeuta puede utilizar un cuestionamiento socrático, a través del cual ayudará a su paciente a determinar la precisión y utilidad de sus ideas mediante la revisión cuidadosa de los datos. En otras sesiones, el profesional puede también utilizar el descubrimiento guiado, un proceso en el que interroga a su paciente acerca del significado de sus

pensamientos para develar las creencias subyacentes que tiene sobre sí mismo, del mundo y de los demás. Al mismo tiempo, va guiando la evaluación de la validez y funcionalidad de sus creencias.

3. Supervisión

Crocamo y Benatuil (2025) citan a Bernard y Goodyear (2014) para explicar que la supervisión es una intervención provista por un profesional, de igual o mayor experiencia que uno. Son responsabilidades del supervisor: detectar problemas y déficits en el desempeño, generar las condiciones para su remediación, y abordar el asunto con delicadez para que los supervisados sean capaces de mejorar su práctica como terapeutas sin sentirse desalentados (Barnett y Molzon, 2014; Bernard y Goodyear, 2014; Lease y Grus, 2023 en Crocamo y Benatuil, 2025).

Desde el modelo cognitivo-conductual, el espacio de supervisión forma parte de la metodología de enseñanza y aprendizaje de la psicoterapia a través de cuatro mecanismos: modelado, feedback, instrucción directa, y aprendizaje a partir de la práctica reflexiva (Bernard y Goodyear, 2014, como se citó en Crocamo y Benatuil, 2025). La supervisión se vuelve un recurso necesario para evaluar el proceso de la terapia y garantizar cierta calidad de procedimientos, prometiendo así, mejores resultados en los procesos terapéuticos (Bradley y Becker, 2021; Fernández Álvarez, 2020; Fernández Álvarez y Grazioso, 2023; Stock et al.,2023; Watkins, 2020, como se citó en Crocamo y Benatuil, 2025).

Según los datos de Kuras Mauer et al. (2025), citados por Crocamo y Benatuil (2025), la concurrencia a supervisión mejora los resultados de los procesos terapéuticos. Además, favorece el desarrollo profesional y la satisfacción laboral, a la vez que constituye un factor protector frente al estrés laboral y el agotamiento emocional (Andreucci Annunziata y Bock Gálvez, 2015; Carless et al., 2012; Knudsen et al., 2013; Wallace et al., 2010, como se citó en Crocamo y Benatuil, 2025). A pesar de contar con esta información sobre los beneficios de la supervisión, en el contexto latinoamericano, son muy pocas las instituciones académicas o asistenciales que le dan estatus de requerimiento imprescindible (Daskal Minuchin, 2023, como se citó en Crocamo y Benatuil, 2025).

4. Calidad de vida profesional

Según Cabezas (1998, como se citó en Martín et al., 2004), la calidad de vida profesional es determinada por el equilibrio entre las demandas laborales y la capacidad percibida por el sujeto para afrontarlas. Por ende, el bienestar del trabajador dependerá de los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de los que disponga para hacer frente a sus tareas (Rodríguez et al., 2005; Fernández Martínez et al., 2007, como se citó en Rivera Ávila et al., 2016).

La calidad de vida en el trabajo influye sobre el desenvolvimiento psicológico y socioprofesional del individuo, produciendo motivación para la tarea, capacidad de adaptación frente a los cambios que se presenten en el trabajo, junto con creatividad y voluntad para innovar y aceptar las transformaciones en la organización (Rivera Ávila et al., 2016).

La percepción del trabajador de una elevada calidad de vida profesional repercute directamente en la calidad organizacional. De lo contrario, la insatisfacción laboral generará mayor rotación, intención de abandono y renuncia laboral por parte de los profesionales (Méndez et al., 2019).

Por otra parte, el descontento salarial es un factor común en el colectivo profesional de salud latinoamericano, junto con una carga de trabajo constante, condiciones de trabajo inadecuadas y valoración social desfavorable. Todo ello afecta la calidad de vida de los profesionales, es decir, su compromiso vocacional, desempeño laboral, salud física y mental, y hasta su vida personal y familiar. También traerá consecuencias en la calidad de relación con sus pacientes y con sus compañeros de trabajo (Méndez et al., 2019).

4.1 Satisfacción laboral

La satisfacción laboral surge de la evaluación personal entre la realidad cotidiana y el estándar ideal construido (Omar, 1995, como se citó en Paris, 2015). Según Méndez et al. (2019), la satisfacción laboral surge cuando el profesional percibe que la recompensa (incluye reconocimiento social) recibida es adecuada con respecto a su rendimiento en el trabajo.

De acuerdo con Martinez Selva (2004), la sensación de bienestar, que se asocia a dicha satisfacción, deriva de las condiciones del trabajo actual y de todas las experiencias acumuladas. Por tanto, se entiende a la satisfacción laboral como una actitud compuesta por sensaciones, ideas e intenciones, en la que el sujeto realizará una evaluación afectiva y cognitiva se sus experiencias laborales (Davis y Newstrom, 1999, como se citó en Paris, 2015).

Brooks y Anderson (2005, como se citó en Paris, 2015) proponen los indicadores más representativos asociados a la satisfacción en el trabajo de profesionales de la salud. Consta de cuatro dimensiones entre las que podemos encontrar la familia y trabajo, el diseño del trabajo, el contexto laboral y el mundo laboral. La primera dimensión resalta la importancia del equilibrio entre el trabajo y la familia para alcanzar la sensación de satisfacción. En cuanto al diseño del trabajo, mencionan tener agendas flexibles, equipos de trabajo suficientes, una carga laboral realista, diversidad en las prácticas y un entorno físico adecuado. Siguiendo con el contexto laboral, destacan la importancia de una educación continua, el acceso a recursos materiales, una supervisión de calidad, valoración y trato respetuoso, apoyo social, congruencia entre valores personales y organizacionales y tener buenas relaciones con los pacientes y sus familias. Por último, en lo que respecta al mundo laboral, mencionan los efectos positivos de salarios competitivos, un ambiente laboral estable y el reconocimiento social de la profesión.

También se asocian a la satisfacción laboral los rasgos de personalidad. La extroversión, el control emocional, la baja sensibilidad a las agresiones, la empatía, el locus de control interno, el optimismo y las actitudes positivas hacia la diversión en el trabajo (Muhonen y Torkelson, 2004; Peluchette y Karl, 2005; Sand, 2003; Williamson et al., 2005, como se citó en Paris, 2015).

En el escenario opuesto, el agotamiento emocional configura un factor de riesgo que genera insatisfacción laboral provocando reacciones como frustración, ausentismo, respuestas psicosomáticas

o, en última instancia, el abandono del puesto de trabajo. Dicha insatisfacción tendrá consecuencias directas tanto para la organización (disminución de la calidad laboral), como para el sujeto (disminuye la autoeficacia y crece el malestar subjetivo), según Paris (2015).

Desarrollo Metodológico

Hipótesis

Los concurrentes con más años de experiencia atendiendo pacientes presentan una mejor regulación emocional y por tanto perciben mayores niveles de bienestar que aquellos con una menor experiencia.

Tipo de investigación

La presente investigación se llevó a cabo siguiendo un enfoque mixto con un diseño descriptivo y correlacional no experimental. Para lo cuantitativo se seleccionaron instrumentos estandarizados, validados y adaptados a población Argentina: el Maslach Burnout Inventory (MBI), el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) y la Professional Quality of Life Scale (ProQOL). Mientras que para lo cualitativo se elaboró un Cuestionario ad hoc orientado a explorar la experiencia emocional de los profesionales.

Por otro lado, la investigación fue de corte transversal, dado que la recolección de datos se realizó directamente con dicha población en un único momento temporal y mediante una sola medición, a través de un cuestionario autoadministrable online en Google Forms. **El tratamiento de variables fue** observacional, se observaron en su contexto natural y sin ninguna manipulación de por medio.

Población, muestra y unidad de análisis

La **población** que se tomó como objeto de estudio fue el grupo de psicólogos matriculados que realizan la concurrencia en el año 2026 en el equipo de familia AGFP (Adultos, Grupos, Familias y Parejas) del Hospital Ramón Carrillo de San Isidro. La **muestra** estuvo compuesta por 11 (once) concurrentes, psicólogos matriculados, del grupo familia AGFP del Hospital Ramón Carrillo de San Isidro.

Asimismo, se determinó como **unidad de análisis** a cada uno de estos psicólogos concurrentes.

El tipo de **muestreo** fue no probabilístico, intencional y por conveniencia, con acercamiento voluntario de los participantes. Al no ser probabilístico, los resultados no son generalizables a la población y se interpretan como exploratorios para este grupo.

Criterios de inclusión y exclusión

Se estableció el siguiente criterio de inclusión:

Psicólogos matriculados que se encuentren realizando la concurrencia durante el año 2026 en el grupo familia “AGFP” (Adultos, Grupos, Familias y Parejas) en el Hospital Ramón Carrillo de San Isidro. El equipo recibe casos derivados del Servicio Local o de la Dirección de Acompañamiento de la Mujer, y atiende a adultos (individual o pareja), adolescentes y niños.

Por su parte, se determinó el siguiente criterio de exclusión:

No se administraron los cuestionarios al “Equipo Familia” del Hospital Ramón Carrillo de San Isidro. Se trata de otro grupo de psicólogos concurrentes que se encuentran realizando sus prácticas en la misma sede, pero ellos solo reciben casos del Servicio Local de niños (no adolescentes) con vulneración de derechos.

Instrumentos

A fin de cumplir con los objetivos de la investigación, se aplicaron cuatro cuestionarios a los participantes:

a) Cuestionario ad.hoc

El cuestionario consta de 21 ítems para responder con una escala de Likert que va del 1 al 5, en donde el 1 es “nada” y 5 es “mucho”. (anexo 2) Los ítems mencionados se dividen en 6 subescalas diferentes, que refieren a los distintos momentos del ejercicio terapéutico, que se podrían ordenar de la siguiente manera:

- **Antes de la sesión:** analiza el estado emocional y preparación previa a la sesión. Ítems 1, 2 y 3.
- **Durante la sesión:** examina los recursos clínicos y la regulación emocional durante la sesión. Ítems 7, 8, 9, 10 y 14.
- **Impacto emocional del caso:** investiga la preocupación, la persistencia del caso y el agotamiento. Ítems 4, 5 y 6
- **Elaboración posterior:** estudia la evolución de las emociones y las estrategias de elaboración. Ítems 11, 12 y 13
- **Supervisión:** evalúa el efecto de la supervisión sobre la carga emocional, la comprensión y la seguridad del concurrente. Ítems 15, 16, 17, 18 y 19
- **Apoyo interpersonal:** estudia la percepción de escucha y sostén interpersonal que tiene el concurrente. Ítems 20 y 21.

Escala de Likert:

1 = Nada
2 = Poco
3 = Moderadamente
4 = Bastante
5 = Mucho

El cuestionario se completa con una parte más cualitativa a partir de preguntas abiertas que permiten obtener más información para entender la primera parte cuantitativa. Esta segunda parte consta de 7 preguntas que van desde el estado emocional previo a la sesión, pasando por la autopercepción de regulación, hasta llegar a los efectos de la supervisión.

b) Cuestionario de Burnout. Escala MBI

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson es un instrumento conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados (donde 0 es “nunca” y 6 “todos los días”) las tres dimensiones que, según las autoras nombradas, definen el burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y la baja realización personal en el trabajo (RPT). (anexo 3)

Escala de Likert (Omint, s.f.):
0 = Nunca
1 = Pocas veces al año o menos
2 = Una vez al mes o menos
3 = Unas pocas veces al mes
4 = Una vez a la semana
5 = Unas pocas veces a la semana
6 = Todos los días

Gilla et al. (2019) realizaron la adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental.

El agotamiento emocional se presenta como el elemento clave del síndrome, y refiere a los individuos que están sobrepasados en cuanto a recursos emocionales. Por su parte, la despersonalización hace alusión a las actitudes negativas, cínicas e impersonales, que terminan generando sentimientos demasiados distantes hacia otras personas. Finalmente, la falta de realización personal en el trabajo refiere a una disminución en los sentimientos de competencia y éxito en el área laboral, junto con un tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo (Maslach et al., 2001; Maslach y Jackson, 1981, como se citó en Olivares Faúndez, 2017).

Para el cálculo de las puntuaciones se agrupan las distintas preguntas según la dimensión que evalúen. Así, las tres subescalas quedarían organizados de la siguiente manera (Omint, s.f.):

- **Cansancio Emocional:** preguntas 1-2-3-6-8-13-14-16-20.
- **Despersonalización:** preguntas 5-10-11-15-22
- **Realización Personal:** preguntas 4-7-9-12-17-18-19-21

Por último, la valoración de puntajes indica que altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Para ello, hace falta primero definir los valores de referencia, que son los siguientes (Omint, s.f.):

- **Cansancio Emocional:** bajo (0-18), medio (19-26), alto (27-54). Entonces, los indicios de Burnout aparecen con puntajes mayores a 26.
- **Despersonalización:** bajo (0-5), medio (6-9), alto (10-30). Esto significa que los indicios de Burnout aparecen con valores mayores a 9.
- **Realización Personal:** bajo (0-33), medio (34-39), alto (40-56). Por lo tanto, los indicios de Burnout aparecen con resultados menores de 34.

c) Cuestionario de Regulación Emocional. Escala ERQ

Pagano y Vizioli (2021) llevaron a cabo la adaptación lingüística, conceptual y métrica del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), originalmente desarrollado por Gross y John en 2003. El cuestionario autoadministrable, que permite la evaluación de las estrategias de regulación emocional, consta de 10 ítems que se pueden agrupar en dos grupos distintos: uno con 6 ítems que evalúa la Reevaluación Cognitiva (ítems 1, 3, 5, 7, 8 y 10) y otro con 4 ítems que evalúa la Supresión Expresiva (ítems 2, 4, 6 y 9). Cada ítem se responde en una escala de Likert de 7 puntos, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 7 significa “totalmente de acuerdo”. (anexo 4)

De acuerdo con Gross y Levenson (1993), citados por Pagano y Vizoli (2021), la regulación emocional incluye la manipulación de antecedentes emocionales de uno mismo, como también de los componentes fisiológicos, subjetivos o conductuales de las respuestas emocionales. Así, la manipulación de las respuestas emocionales puede centrarse en el antecedente o en la respuesta (Gross y Muñoz, 1995, como se citó en Pagano y Vizioli, 2021). Mientras que la primera alternativa refiere al proceso que el individuo pone en funcionamiento antes de que comience una emoción, la segunda alternativa hace foco en la manipulación de la respuesta emocional en curso (Pagano y Vizioli, 2021).

De esta manera, tal como explican Pagano y Vizioli (2021), para la elaboración de su modelo de Regulación Emocional, Gross y John (2003) agrupan las diferentes estrategias de regulación emocional en dos grupos: uno para la Reevaluación Cognitiva y otro para la Supresión Expresiva. La Reevaluación Cognitiva significa un cambio a nivel cognitivo, que facilitará modelar mentalmente una situación antes de que se desarrolle, para considerar así sus posibles consecuencias. Por su parte, la Supresión Expresiva busca influir sobre una respuesta emocional una vez que ya ha sido iniciada, promoviendo la inhibición del comportamiento expresivo de ese estado emocional. El ERQ, entonces, evalúa estas dos dimensiones que hacen a la regulación emocional (Pagano y Vizioli, 2021).

En el estudio original de validez del ERQ, Gross y John (2003) entienden a la Reevaluación Cognitiva como una estrategia adaptativa centrada en el antecedente, que actúa en las etapas cognitivas

del proceso emocional. Por su parte, la Supresión Expresiva se presenta como un plan de acción desadaptativo centrado en la respuesta, que tan solo inhibe la expresión conductual.

Según Pagano y Vizioli (2021), a través de sus estudios, Gross y John (2003) hallaron que aquellos que utilizan más la Reevaluación Cognitiva que la Supresión Expresiva, experimentan un mayor estado de ánimo positivo, funcionamiento social y bienestar psicológico, y a la vez un menor estado de ánimo negativo y depresivo. Asimismo, en una de las adaptaciones realizadas por Balzarotti, John y Gross (2010), se entendió que la Reevaluación Cognitiva está asociada positivamente a la reinterpretación positiva, el afecto positivo, la extraversión, y negativamente al afecto negativo y al neuroticismo. Por su parte, la Supresión Expresiva se relaciona negativamente con la liberación de emociones, el afecto positivo, la extraversión, el apoyo y la diversión social (Pagano y Vizioli, 2021).

Aunque según Pagano y Vizioli (2021) existen evidencias de validez de constructo y confiabilidad en las adaptaciones del ERQ para distintas regiones y poblaciones, no existía en Argentina un instrumento que evalúe la Regulación Emocional desde el modelo propuesto por Gross y John (2003). Es por ello, que en el 2021, los autores mencionados desarrollaron una investigación que tuvo por objetivo la adaptación lingüística, conceptual y métrica del ERQ en adultos de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense.

A continuación se expone la tabla de percentiles que presentan Pagano y Vizioli (2021) en su trabajo de adaptación del ERQ para Argentina:

Tabla 4.
Puntuaciones normativas de los factores del ERQ.

		Varones		Mujeres	
		Reevaluación Cognitiva	Supresión Expresiva	Reevaluación Cognitiva	Supresión Expresiva
M		26.98	12.07	29.13	9.77
DE		6.51	3.90	7.15	4.65
Percentiles	5	15	5	15	3
	10	19	7	19	4
	15	20	8	22	4
	20	21	8	24	5
	25	23	9	26	6
	30	24	10	27	6
	35	25	11	27	7
	40	25	11	28	8
	45	26	12	28	9
	50	27	12	29	9
	55	27	12	29	10
	60	29	13	31	11
	65	30	14	33	12
	70	31	14	34	12
	75	32	16	35	13
	80	33	16	36	14
	85	34	16	36	15
	90	36	17	39	17
	95	36	18	39	18
	100	42	20	42	21

La tabla muestra Medias, Desviaciones y Percentiles por sexo, y ya anticipa que las mujeres puntúan más alto en Revaluación Cognitiva y más bajo en Supresión Expresiva que los varones.

Según el estudio de Pagano y Vizioli (2021) la media de los hombres en Reevaluación Cognitiva es de 26,98 (desvío 6,51) y la media en Supresión Expresiva es de 12,07 (desvío 3,90). En el caso de las mujeres, la media en Reevaluación Cognitiva es de 29,13 (desvío 7,15) y la media en Supresión

Expresiva es de 9,77 (desvío 4,65).

d) Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. Escala ProQOL

La Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL) fue originalmente desarrollada por Beth Hudnall Stamm (1995), mientras que Leandro Eidman y Daiana Zaragoza-Seratti (2023) realizaron la adaptación argentina para la versión número 4 del instrumento. (anexo 5)

El presente trabajo toma la versión número 5 de la escala, que aunque posee ítems con mejores propiedades psicométricas que versiones anteriores (ProQOL, s.f.), no cuenta con una adaptación para Argentina.

La versión seleccionada cuenta con 30 ítems, que se distribuyen en tres subescalas diferentes, las cuales se detallan a continuación (NovoPsych, s.f.):

- **Satisfacción por Compasión:** placer que el profesional obtiene a partir al realizar bien su trabajo de ayuda. Puede deberse a una percepción positiva de sus colegas o de su propia capacidad para contribuir al entorno laboral, o incluso al bien común de la sociedad (ítems 03, 06, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, y 30). Las puntuaciones altas indican una mayor satisfacción relacionada con ser un cuidador eficaz.
- **Burnout (desgaste profesional)**: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que pueden deberse a la sensación de que los esfuerzos no marcan una diferencia, a una carga de trabajo muy elevada o a un entorno laboral poco favorable. (ítems 01, 04, 08, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29). Las puntuaciones altas significan mayor riesgo de sufrir burnout.
- **Estrés Traumático Secundario (Fatiga por Compasión):** refiere a la exposición secundaria a la que se somete el profesional en su trabajo al escuchar el relato de eventos estresantes de sus pacientes (ítems 02, 05, 07, 09, 11, 13, 14, 23, 25 y 28)

Escala de Likert (ProQOL, s.f.)**:**

1 = Nunca
2 = Casi nunca
3 = A veces
4 = A menudo
5 = Muy a menudo

Se deben invertir puntajes de los ítems 1, 4, 15, 17 y 29 (subescala Burnout) y luego sumar las puntuaciones obtenidas en cada subescala. Según las normas generales del manual de Stamm (1995), cada subescala se analiza de la siguiente manera:

- **Bajo:** puntajes de 22 o menos

- **Moderado:** puntajes de 23 a 41
- **Alto:** puntajes de 42 o más

Procedimiento

Luego de definir la temática de investigación, esto es, el análisis de las estrategias de regulación emocional y de su relación con el bienestar de los psicólogos concurrentes del grupo AGFP frente a los casos de violencia intrafamiliar que recibe el Hospital Ramón Carrillo de San Isidro, se procedió a una revisión de antecedentes.

La búsqueda bibliográfica se realizó a partir de los descriptores "psicólogos", "salud mental", "regulación emocional", "burnout", "calidad de vida" y "satisfacción laboral" en buscadores como Elsevier, PubMed, Dialnet, SciELO, Google académico, lo que permitió identificar estudios relevantes para contextualizar el problema de investigación.

A partir de dicha revisión, se determinó la necesidad de operacionalizar las variables en estudio: regulación emocional, burnout, calidad de vida profesional y satisfacción laboral.

Para su medición se seleccionaron instrumentos estandarizados, validados y adaptados a población Argentina: el Maslach Burnout Inventory (MBI), el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) y la Professional Quality of Life Scale (ProQOL). Se incorporó, además, un Cuestionario ad.hoc de elaboración propia, orientado a explorar la experiencia emocional de los profesionales.

Los cuatro instrumentos fueron incluidos en un único formulario de Google Forms, que se difundió a través del grupo de WhatsApp de los concurrentes de AGFP durante el periodo de mayo y julio de 2026. Se obtuvieron respuestas completas a los cuatro instrumentos por parte de 11 concurrentes, que conformaron la muestra final. Los datos fueron exportados y sistematizados para su posterior análisis.

El análisis se estructuró en dos fases: una cuantitativa y otra cualitativa. El propósito era explorar la relación entre las estrategias de regulación emocional, el nivel de burnout y la calidad de vida de los psicólogos concurrentes del grupo AGFP del Hospital Ramón Carrillo de San Isidro.

Consideraciones éticas

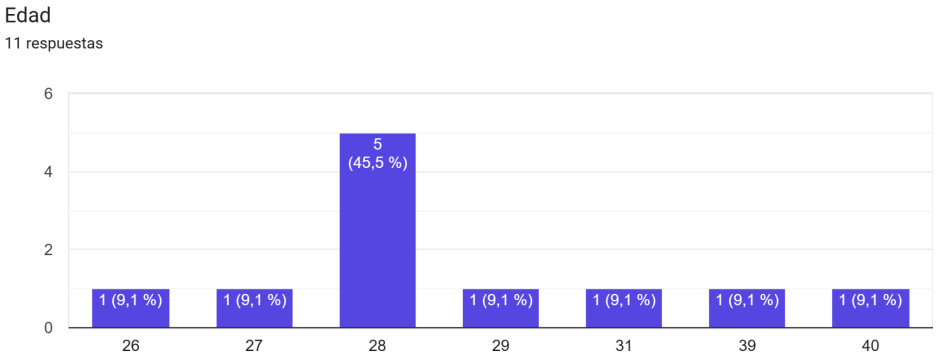
En relación con la ética de la investigación, al comienzo del formulario se les brindó a los participantes información acerca de la finalidad de la investigación, y de la participación anónima y voluntaria. Además, para poder acceder a los cuestionarios, los concurrentes debían prestar consentimiento informado. (anexo 1)

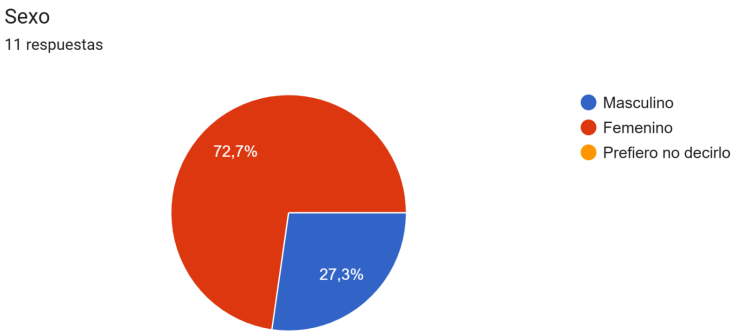
Resultados

a) Análisis cuantitativo

Variables Sociodemográficas

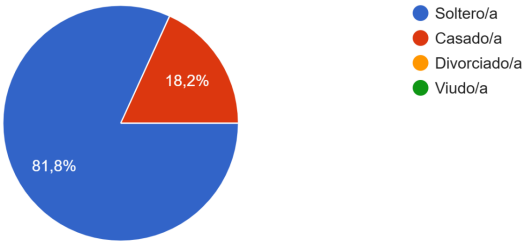
La muestra consta de 11 psicólogos de entre 26 y 40 años, de los cuales 8 son mujeres y 3 son hombres. Todos ellos son profesionales recibidos y matriculados y su experiencia con pacientes va desde los 6 meses hasta los 8 años. Algunos se encuentran realizando especializaciones como diplomaturas, posgrados, maestrías o doctorados, que abordan una diversidad de temáticas, entre ellas: filosofía, trauma, consumos problemáticos, terapia de aceptación y compromiso, psicoterapias cognitivas, y psicoterapias integrativas.





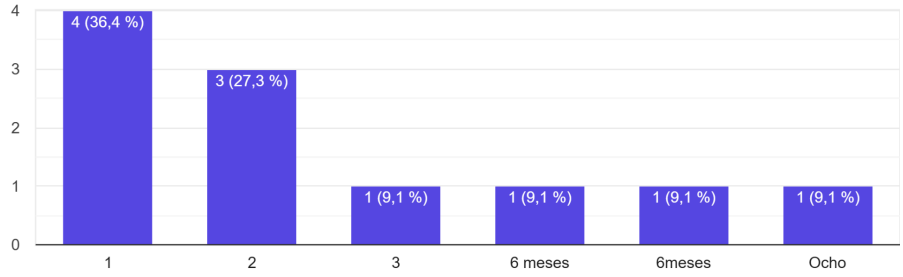
Estado civil

11 respuestas



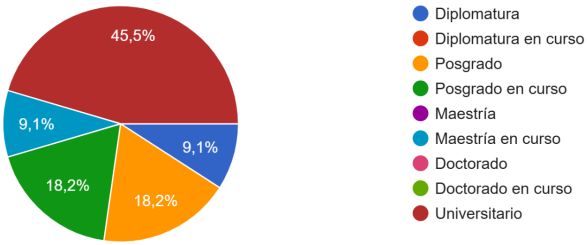
Años de experiencia en trabajo con pacientes

11 respuestas



Formación

11 respuestas



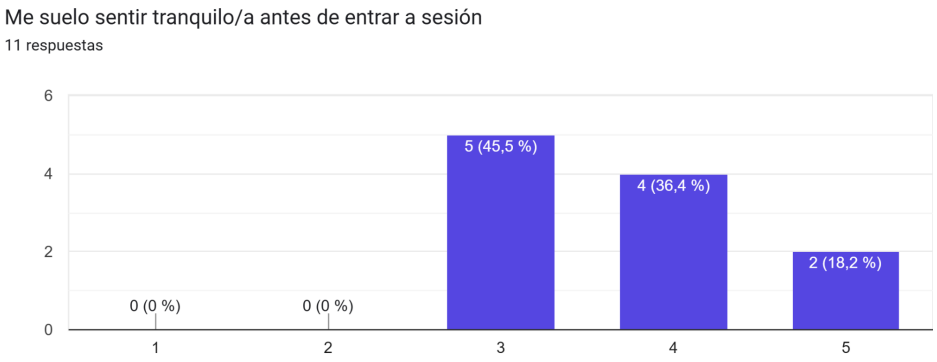
1. **Cuestionario ad.hoc**

Escala de Likert:

1 = Nada
2 = Poco
3 = Moderadamente
4 = Bastante
5 = Mucho

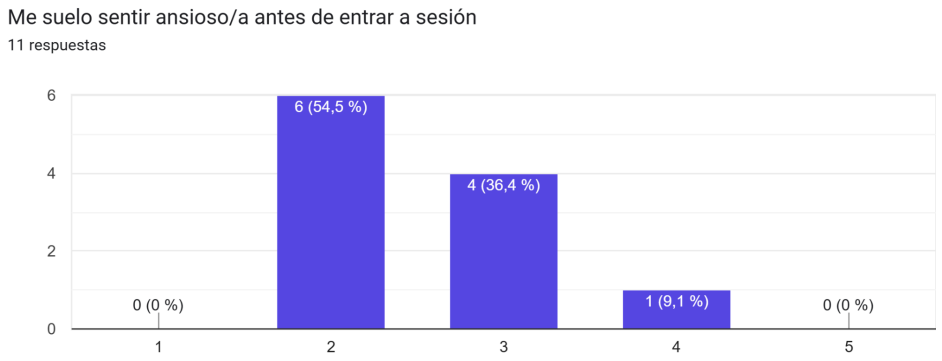
Subescala Antes de la Sesión

Ítem 1



5 contestaron 3 (moderadamente) = 15
4 contestaron 4 (bastante) = 16
2 contestaron 5 (mucho) = 10
TOTAL = 41
MEDIA = 3,72. **En promedio: se sienten bastante tranquilos antes de entrar a sesión.**

Ítem 2



6 contestaron 2 (poco) = 12

4 contestaron 3 (moderadamente) = 12

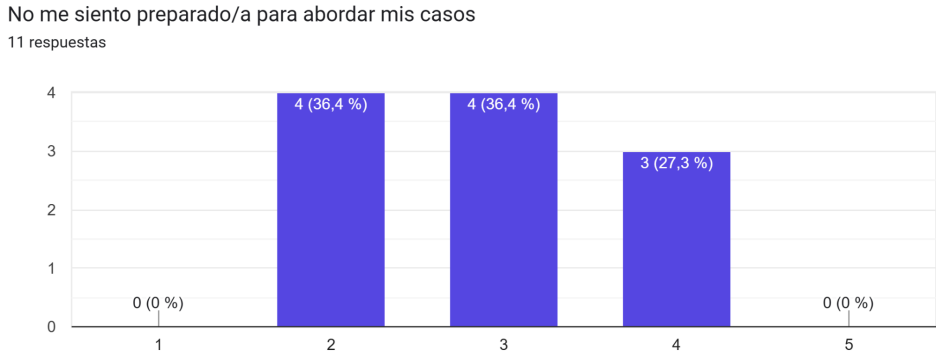
1 contestó 4 (bastante) = 4

TOTAL = 28

MEDIA = 2,54. **En promedio: Se sienten moderadamente ansiosos antes de entrar a sesión.**

Ítem 3

Se invierten puntajes



4 contestaron 2 (poco). Invierte a 4 = 16

4 contestaron 3 (moderadamente) = 12

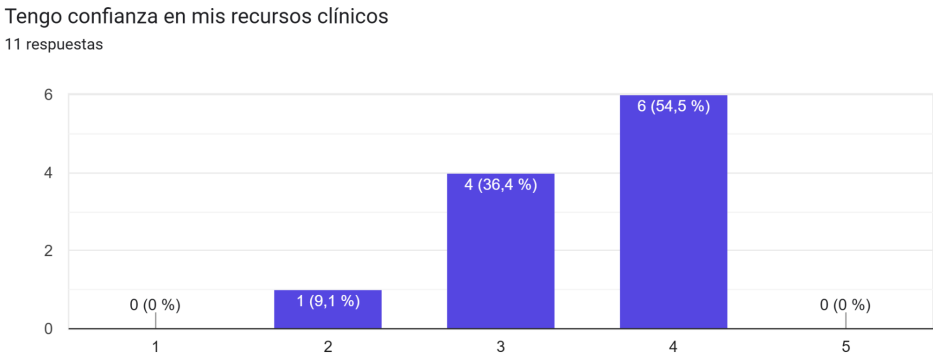
3 contestaron 4 (bastante). Invierte a 2 = 6

TOTAL = 34

MEDIA = 3, 09. **En promedio: se sienten moderadamente preparados para abordar sus casos.**

Subescala Durante la Sesión

Ítem 7



1 contestó 2 (poco) = 2

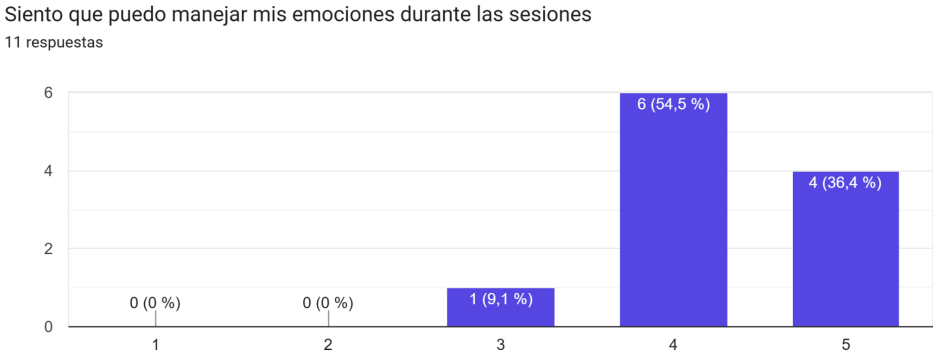
4 contestaron 3 (moderadamente) = 12

6 contestaron 4 (bastante) =24

TOTAL = 38

MEDIA = 3,45. **En promedio: su confianza con respecto a sus recursos clínicos es moderada.**

Ítem 8



1 contestó 3 (moderadamente) = 3

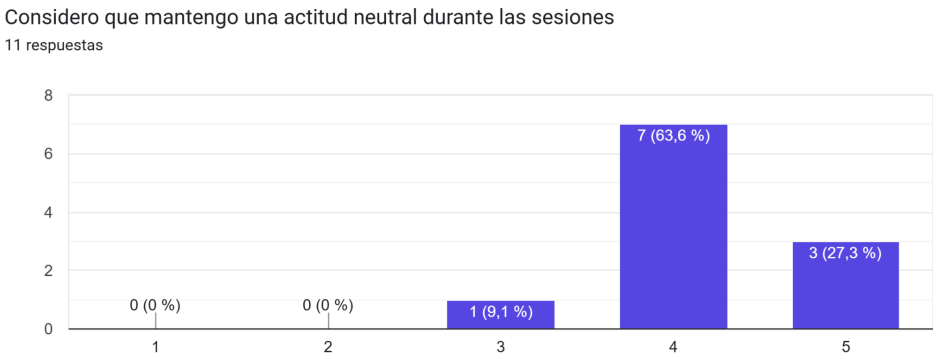
6 contestaron 4 (bastante) = 24

4 contestaron 5 (mucho) = 20

TOTAL = 47

MEDIA = 4,27. **En promedio: sienten que pueden manejar bastante sus emociones durante las sesiones.**

Ítem 9



1 contestó 3 (moderadamente) = 3

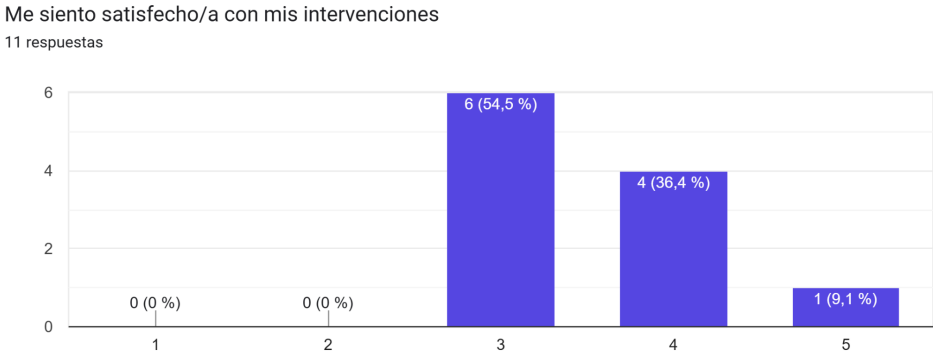
7 contestaron 4 (bastante) = 28

3 contestaron 5 (mucho) = 15

TOTAL = 46

MEDIA = 4,18. **En promedio: consideran que mantienen una actitud bastante neutral durante las sesiones.**

Ítem 10



6 contestaron 3 (moderadamente) = 18

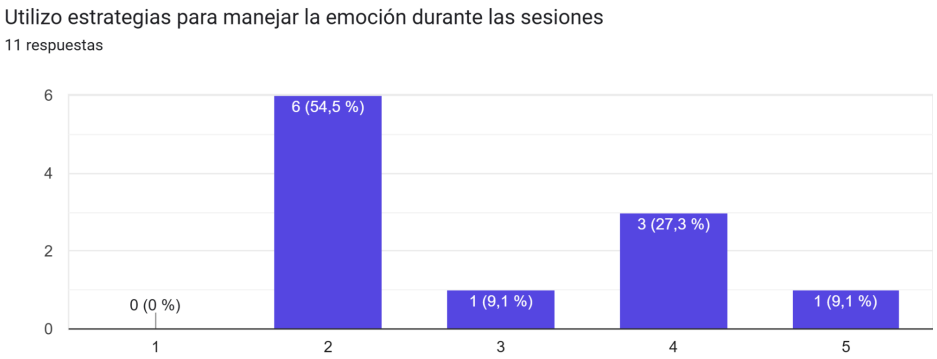
4 contestaron 4 (bastante) = 16

1 contestó 5 (mucho) = 5

TOTAL = 39

MEDIA = 3,54. **En promedio: Se sienten bastante satisfechos con sus intervenciones.**

Ítem 14



6 contestaron 2 (poco) = 12

1 contestó 3 (moderadamente) = 3

3 contestaron 4 (bastante) = 12

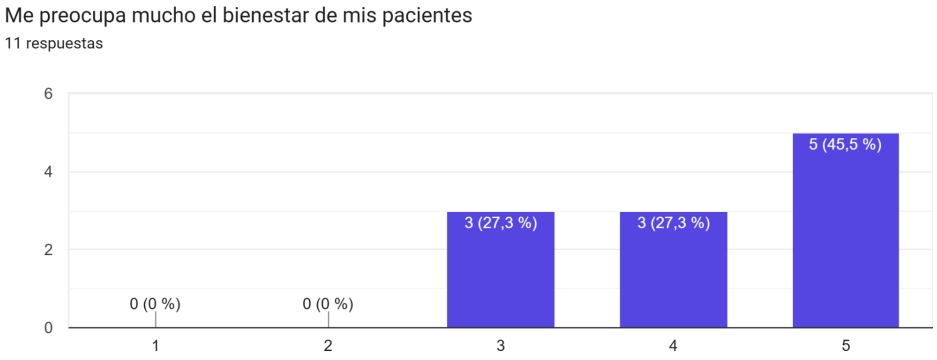
1 contestó 5 (mucho) = 5

TOTAL = 32

MEDIA = 2,90. **En promedio: tienen un uso moderado de estrategias para manejar la emoción durante las sesiones.**

Subescala Impacto Emocional del Caso

Ítem 4



3 contestaron 3 (moderadamente) = 9

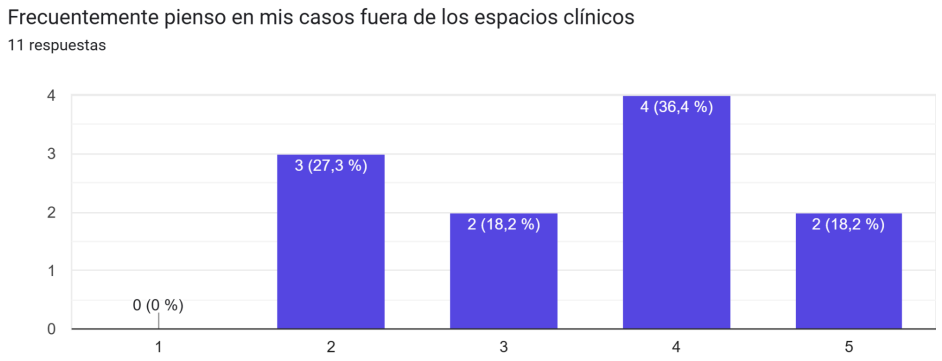
3 contestaron 4 (bastante) = 12

5 contestaron 5 (mucho) = 25

TOTAL = 46

MEDIA = 4,18. **En promedio: se preocupan bastante por el bienestar de sus pacientes.**

Ítem 5



3 contestaron 2 (poco) = 6

2 contestaron 3 (moderadamente) = 6

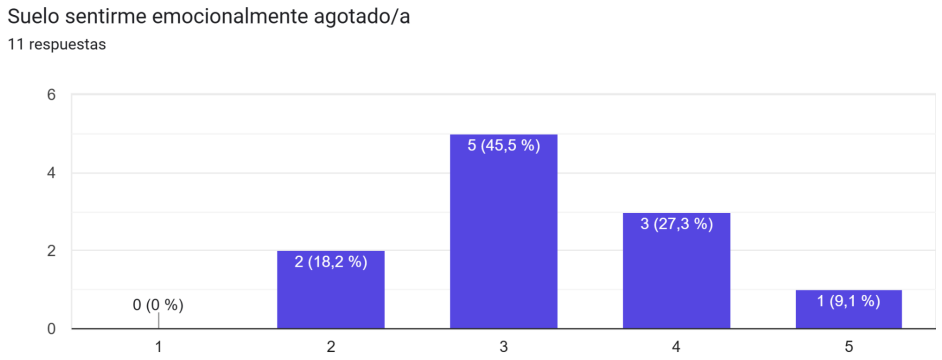
4 contestaron 4 (bastante) = 16

2 contestaron 5 (mucho) = 10

TOTAL = 38

MEDIA = 3,45. **En promedio: Piensan de forma moderada en sus casos fuera de los espacios clínicos.**

Ítem 6



2 contestaron 2 (poco) = 4

5 contestaron 3 (moderadamente) = 15

3 contestaron 4 (bastante) = 12

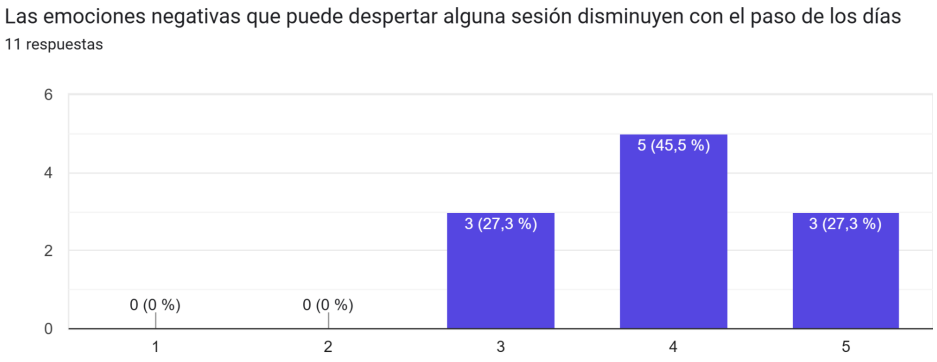
1 contestó 5 (mucho) = 5

TOTAL = 36

MEDIA = 3,27. **En promedio: suelen sentirse agotados emocionalmente de manera moderada.**

Subescala Elaboración Posterior

Ítem 11



3 contestaron 3 (moderadamente) = 9

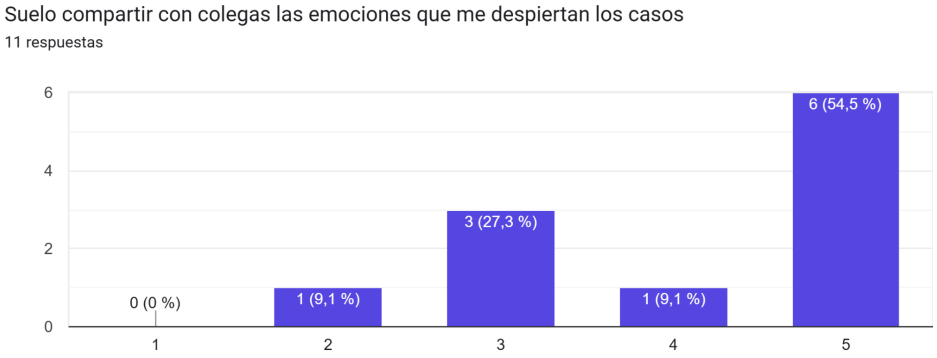
5 contestaron 4 (bastante) = 20

3 contestaron 5 (mucho) = 15

TOTAL = 44

MEDIA = 4. **En promedio: las emociones negativas que puede despertar alguna sesión disminuyen bastante con el paso de los días.**

Ítem 12



1 contestó 2 (poco) = 2

3 contestaron 3 (moderadamente) = 9

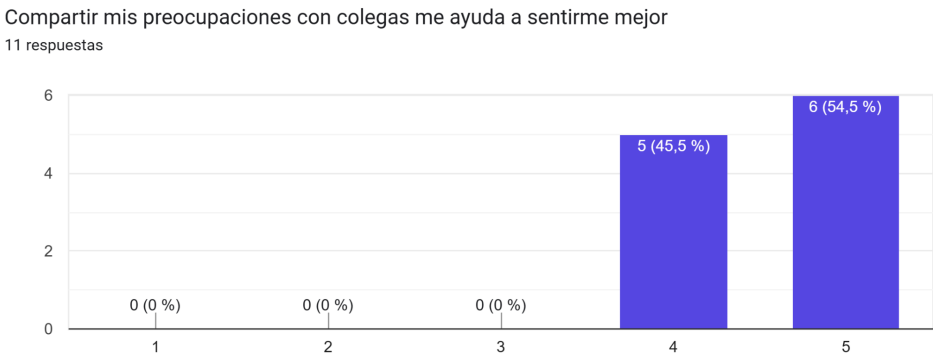
1 contestó 4 (bastante) = 4

6 contestaron 5 (mucho) = 30

TOTAL = 45

MEDIA = 4,09. **En promedio: suelen compartir bastante con colegas las emociones que les despiertan los casos.**

Ítem 13



5 contestaron 4 (bastante) = 20

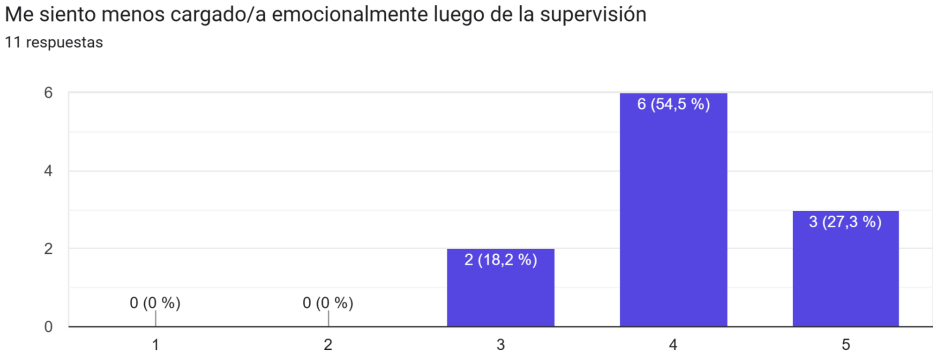
6 contestaron 5 (mucho) = 30

TOTAL = 50

MEDIA = 4,54. **En promedio: compartir sus preocupaciones con colegas los ayuda a sentirse mucho mejor.**

Subescala Supervisión

Ítem 15



2 contestaron 3 (moderadamente) = 6

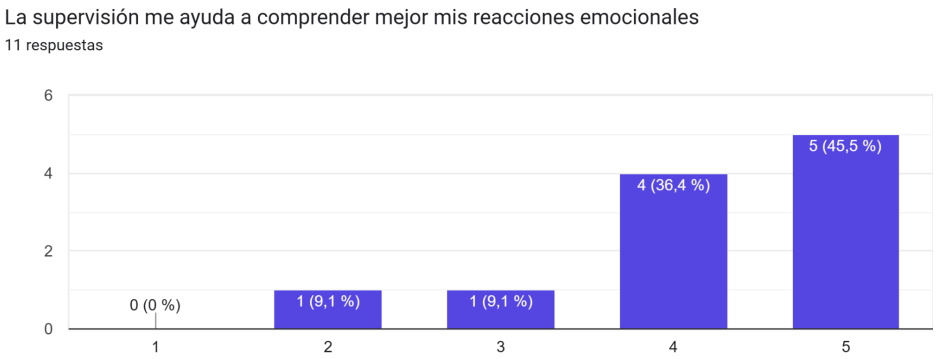
6 contestaron 4 (bastante) = 24

3 contestaron 5 (mucho) = 15

TOTAL = 45

MEDIA = 4,09. **En promedio: se sienten bastante menos cargados emocionalmente luego de la supervisión.**

Ítem 16



1 contestó 2 (poco) = 2

1 contestó 3 (moderadamente) = 3

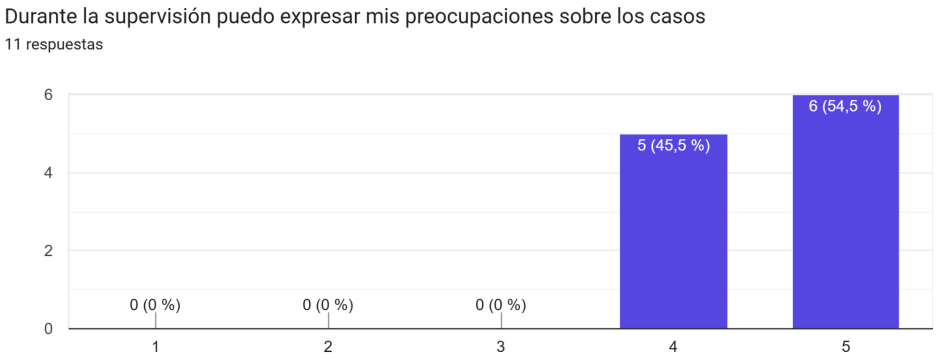
4 contestaron 4 (bastante) =16

5 contestaron 5 (mucho) = 25

TOTAL = 46

MEDIA = 4,18. **En promedio: la supervisión los ayuda bastante a comprender mejor sus reacciones emocionales.**

Ítem 17



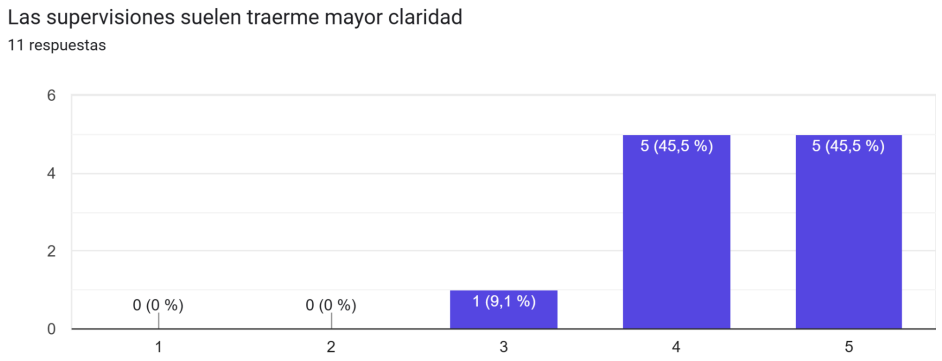
5 contestaron 4 (bastante) = 20

6 contestaron 5 (mucho) = 30

TOTAL = 50

MEDIA = 4,54. **En promedio: sienten que durante la supervisión pueden expresar mucho sus preocupaciones sobre los casos.**

Ítem 18



1 contestó 3 (moderadamente) = 3

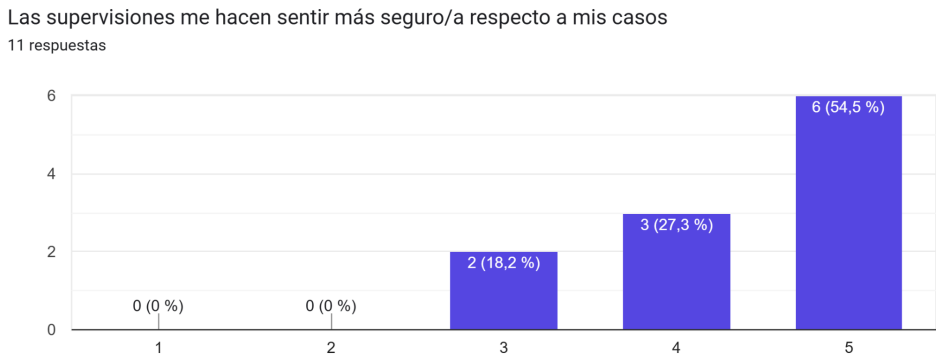
5 contestaron 4 (bastante) = 20

5 contestaron 5 (mucho) = 25

TOTAL = 48

MEDIA = 4,36. **En promedio: las supervisiones les suelen traer bastante claridad.**

Ítem 19



2 contestaron 3 (moderadamente) = 6

3 contestaron 4 (bastante) = 12

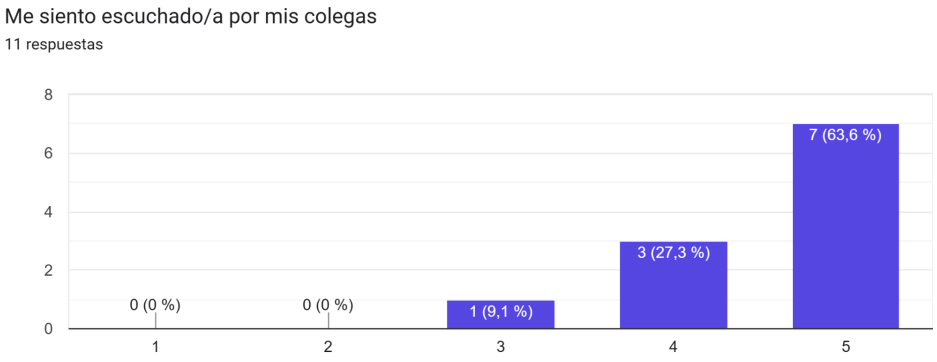
6 contestaron 5 (mucho) = 30

TOTAL = 48

MEDIA = 4,36. **En promedio: las supervisiones los hace sentir bastante más seguros sobre sus casos.**

Subescala Apoyo Interpersonal

Ítem 20



1 contestó 3 (moderadamente) = 3

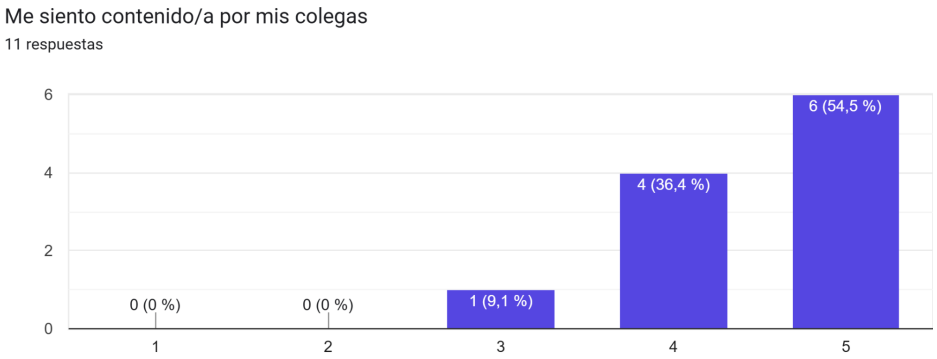
3 contestaron 4 (bastante) = 12

7 contestaron 5 (mucho) = 35

TOTAL = 50

MEDIA = 4,54. **En promedio: se sienten muy escuchados por sus colegas.**

Ítem 21



1 contestó 3 (moderadamente) = 3

4 contestaron 4 (bastante) = 16

6 contestaron 5 (mucho) = 30

TOTAL = 49

MEDIA = 4,54. **En promedio: se sienten muy contenidos por sus colegas.**

Cuestionario Ad.hoc por sujeto

Sujeto 1
Formación: posgrado en trauma.
Profesión: psicólogo
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 2

Tranquilo antes de entrar a sesión	Mucho
Ansioso antes de entrar a sesión	Poco
No se siente preparado para sus casos	Poco
Le preocupa bienestar pacientes	Bastante
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Poco
Se siente emocionalmente agotado	Moderadamente
Confianza en sus recursos clínicos	Bastante
Maneja sus emociones durante la sesión	Mucho
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Mucho
Satisfecho con sus intervenciones	Mucho
Emociones negativas desaparecen	Mucho
Comparte emociones con colegas	Bastante
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Bastante
Estrategias para manejar emoción en sesión	Poco
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Mucho
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Mucho
En supervisión expresa preocupaciones	Bastante
Las supervisiones traen claridad	Bastante
Las supervisiones dan más seguridad	Bastante
Se siente escuchado por sus colegas	Bastante
Se siente contenido por sus colegas	Bastante

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: neutralidad-entusiasmo.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: ninguno, todos tienen sus particularidades.
Emoción que despierta caso que preocupa: curiosidad.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: fastidio.
Sabe regular emociones: sí.
Usa técnica de regulación emocional: no.

Sujeto 2
Formación: posgrado en psicoterapia integrativa (en curso)
Profesión: psicóloga
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 1

Tranquilo antes de entrar a sesión	Moderadamente
Ansioso antes de entrar a sesión	Bastante
No se siente preparado para sus casos	Moderadamente
Le preocupa bienestar pacientes	Mucho
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Mucho
Se siente emocionalmente agotado	Bastante
Confianza en sus recursos clínicos	Moderadamente
Maneja sus emociones durante la sesión	Bastante
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Bastante
Satisfecho con sus intervenciones	Moderadamente
Emociones negativas desaparecen	Bastante
Comparte emociones con colegas	Mucho
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Mucho
Estrategias para manejar emoción en sesión	Poco
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Bastante
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Moderadamente
En supervisión expresa preocupaciones	Mucho
Las supervisiones traen claridad	Bastante
Las supervisiones dan más seguridad	Moderadamente
Se siente escuchado por sus colegas	Bastante
Se siente contenido por sus colegas	Bastante

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: ansiedad.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: depresión o ataques de pánico.
Emoción que despierta caso que preocupa: nervios
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: sí, a veces siente que tiene pocos recursos.
Sabe regular emociones: sí.
Usa técnica de regulación emocional: no.

Sujeto 3
Formación: diplomatura en consumos problemáticos.
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 1

Tranquilo antes de entrar a sesión	Bastante
Ansioso antes de entrar a sesión	Moderadamente
No se siente preparado para sus casos	Moderadamente
Le preocupa bienestar pacientes	Mucho
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Moderadamente
Se siente emocionalmente agotado	Moderadamente
Confianza en sus recursos clínicos	Bastante
Maneja sus emociones durante la sesión	Mucho
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Moderadamente
Satisfecho con sus intervenciones	Moderadamente
Emociones negativas desaparecen	Mucho
Comparte emociones con colegas	Mucho
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Mucho
Estrategias para manejar emoción en sesión	Bastante
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Mucho
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Mucho
En supervisión expresa preocupaciones	Mucho
Las supervisiones traen claridad	Mucho
Las supervisiones dan más seguridad	Mucho
Se siente escuchado por sus colegas	Mucho
Se siente contenido por sus colegas	Mucho

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: generalmente tranquila y con buena disposición. Con casos difíciles siente ansiedad e incertidumbre.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: casos de violencia intrafamiliar y violencia de género.
Emoción que despierta caso que preocupa: incertidumbre, angustia y frustración cuando siente que sus intervenciones no alcanzan, cuando no tiene recursos o cuando no alcanza lo que se puede hacer desde el centro. También siente ansiedad frente a pacientes muy confrontativos.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: angustia, a veces.
Sabe regular emociones: sí
Usa técnica de regulación emocional: respiración, escaneo corporal, nombrar las emociones, mindfulness (trabaja

mucho la conexión con el presente). A veces lo comparte con algún colega, a veces “una lloradita y a seguir”.

Sujeto 4
Formación: universitaria.
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 3
Años de experiencia con pacientes: 3

Tranquilo antes de entrar a sesión	Bastante
Ansioso antes de entrar a sesión	Poco
No se siente preparado para sus casos	Moderadamente
Le preocupa bienestar pacientes	Mucho
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Moderadamente
Se siente emocionalmente agotado	Poco
Confianza en sus recursos clínicos	Poco
Maneja sus emociones durante la sesión	Bastante
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Mucho
Satisfecho con sus intervenciones	Moderadamente
Emociones negativas desaparecen	Bastante
Comparte emociones con colegas	Mucho
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Mucho
Estrategias para manejar emoción en sesión	Poco
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Bastante
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Bastante
En supervisión expresa preocupaciones	Bastante
Las supervisiones traen claridad	Mucho
Las supervisiones dan más seguridad	Bastante
Se siente escuchado por sus colegas	Mucho
Se siente contenido por sus colegas	Mucho

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: me siento valiente.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: casos en los que hubo intento de suicidio o ideación, o enfermedad.
Emoción que despierta caso que preocupa: tristeza, ansiedad.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: sentirse insuficiente e insegura.
Sabe regular emociones: generalmente sí.
Usa técnica de regulación emocional: disociación instrumental durante la sesión, supervisión post sesión y hablar

con colegas.

Sujeto 5
Formación: universitaria.
Profesión: psicólogo.
Años de recibido: 8
Años de experiencia con pacientes: 8

Tranquilo antes de entrar a sesión	Bastante
Ansioso antes de entrar a sesión	Moderadamente
No se siente preparado para sus casos	Bastante
Le preocupa bienestar pacientes	Mucho
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Bastante
Se siente emocionalmente agotado	Moderadamente
Confianza en sus recursos clínicos	Bastante
Maneja sus emociones durante la sesión	Bastante
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Bastante
Satisfecho con sus intervenciones	Bastante
Emociones negativas desaparecen	Moderadamente
Comparte emociones con colegas	Moderadamente
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Bastante
Estrategias para manejar emoción en sesión	Moderadamente
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Bastante
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Bastante
En supervisión expresa preocupaciones	Bastante
Las supervisiones traen claridad	Bastante
Las supervisiones dan más seguridad	Bastante
Se siente escuchado por sus colegas	Bastante
Se siente contenido por sus colegas	Bastante

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: nerviosismo
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: no hay caso que preocupe especialmente.
Emoción que despierta caso que preocupa: ansiedad, impaciencia, rumiación.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí, mucho.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: intranquilidad, “muy en la mente”
Sabe regular emociones: sí.
Usa técnica de regulación emocional: técnicas de respiración, caminar con el perro, hablar con alguien, yoga, relajación.

Sujeto 6
Formación: maestría en filosofía (en curso).
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 6 meses.

Tranquilo antes de entrar a sesión	Moderadamente
Ansioso antes de entrar a sesión	Moderadamente
No se siente preparado para sus casos	Bastante
Le preocupa bienestar pacientes	Moderadamente
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Bastante
Se siente emocionalmente agotado	Moderadamente
Confianza en sus recursos clínicos	Bastante
Maneja sus emociones durante la sesión	Mucho
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Bastante
Satisfecho con sus intervenciones	Bastante
Emociones negativas desaparecen	Moderadamente
Comparte emociones con colegas	Moderadamente
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Mucho
Estrategias para manejar emoción en sesión	Mucho
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Moderadamente
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Bastante
En supervisión expresa preocupaciones	Bastante
Las supervisiones traen claridad	Mucho
Las supervisiones dan más seguridad	Mucho
Se siente escuchado por sus colegas	Mucho
Se siente contenido por sus colegas	Mucho

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: nerviosismo y adrenalina.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: abuso infantil.
Emoción que despierta caso que preocupa: tristeza.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: asco e impotencia
Sabe regular emociones: en sesión sí, fuera del ámbito clínico le cuesta lidiar con algunos casos.
Usa técnica de regulación emocional: respiración y meditación.

Sujeto 7
Formación: posgrado en terapia de aceptación y compromiso.
Profesión: Psicóloga
Años de recibido/a: 1
Años de experiencia con pacientes: 1

Tranquilo antes de entrar a sesión	Moderadamente
Ansioso antes de entrar a sesión	Poco
No se siente preparado para sus casos	Moderadamente
Le preocupa bienestar pacientes	Bastante
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Poco
Se siente emocionalmente agotado	Moderadamente
Confianza en sus recursos clínicos	Moderadamente
Maneja sus emociones durante la sesión	Bastante
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Bastante
Satisfecho con sus intervenciones	Moderadamente
Emociones negativas desaparecen	Moderadamente
Comparte emociones con colegas	Mucho
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Bastante
Estrategias para manejar emoción en sesión	Bastante
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Bastante
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Mucho
En supervisión expresa preocupaciones	Mucho
Las supervisiones traen claridad	Bastante
Las supervisiones dan más seguridad	Mucho
Se siente escuchado por sus colegas	Mucho
Se siente contenido por sus colegas	Bastante

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: ansiedad.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: violencia infantil.
Emoción que despierta caso que preocupa: tristeza.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: no aparecen emociones negativas fuera del espacio clínico.
Sabe regular emociones: sí, sobretodo en el ámbito laboral.
Usa técnica de regulación emocional: respiración.

Sujeto 8
Formación: posgrado en psicoterapias cognitivas.
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 1
Años de experiencia con pacientes: 6 meses.

Tranquilo antes de entrar a sesión	Moderadamente
Ansioso antes de entrar a sesión	Moderadamente
No se siente preparado para sus casos	Poco
Le preocupa bienestar pacientes	Mucho
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Bastante
Se siente emocionalmente agotado	Bastante
Confianza en sus recursos clínicos	Moderadamente
Maneja sus emociones durante la sesión	Moderadamente
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Bastante
Satisfecho con sus intervenciones	Moderadamente
Emociones negativas desaparecen	Bastante
Comparte emociones con colegas	Mucho
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Mucho
Estrategias para manejar emoción en sesión	Poco
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Bastante
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Mucho
En supervisión expresa preocupaciones	Mucho
Las supervisiones traen claridad	Mucho
Las supervisiones dan más seguridad	Mucho
Se siente escuchado por sus colegas	Mucho
Se siente contenido por sus colegas	Mucho

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: calma
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: violencia de género y alimentos.
Emoción que despierta caso que preocupa: preocupación.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: angustia.
Sabe regular emociones: a veces
Usa técnica de regulación emocional: la que más usa es la respiración.

Sujeto 9
Formación: universitaria.
Profesión: psicóloga y docente.
Años de recibido/a: 5
Años de experiencia con pacientes: 2

Tranquilo antes de entrar a sesión	Mucho
Ansioso antes de entrar a sesión	Poco
No se siente preparado para sus casos	Bastante
Le preocupa bienestar pacientes	Moderadamente
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Poco
Se siente emocionalmente agotado	Mucho
Confianza en sus recursos clínicos	Bastante
Maneja sus emociones durante la sesión	Mucho
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Mucho
Satisfecho con sus intervenciones	Bastante
Emociones negativas desaparecen	Bastante
Comparte emociones con colegas	Poco
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Bastante
Estrategias para manejar emoción en sesión	Poco
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Moderadamente
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Poco
En supervisión expresa preocupaciones	Bastante
Las supervisiones traen claridad	Moderadamente
Las supervisiones dan más seguridad	Moderadamente
Se siente escuchado por sus colegas	Moderadamente
Se siente contenido por sus colegas	Moderadamente

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: concentración, curiosidad.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: violencia infantil.
Emoción que despierta caso que preocupa: bronca.
Más tranquilidad luego de supervisión: a veces, depende de la supervisión.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: cansancio, irritabilidad.
Sabe regular emociones: más o menos.
Usa técnica de regulación emocional: no.

Sujeto 10
Formación: universitaria.
Profesión: psicólogo
Años de recibido/a: 4
Años de experiencia con pacientes: 2

Tranquilo antes de entrar a sesión	Bastante
Ansioso antes de entrar a sesión	Poco
No se siente preparado para sus casos	Poco
Le preocupa bienestar pacientes	Moderadamente
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Bastante
Se siente emocionalmente agotado	Poco
Confianza en sus recursos clínicos	Bastante
Maneja sus emociones durante la sesión	Bastante
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Bastante
Satisfecho con sus intervenciones	Bastante
Emociones negativas desaparecen	Mucho
Comparte emociones con colegas	Moderadamente
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Bastante
Estrategias para manejar emoción en sesión	Poco
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Mucho
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Mucho
En supervisión expresa preocupaciones	Mucho
Las supervisiones traen claridad	Mucho
Las supervisiones dan más seguridad	Mucho
Se siente escuchado por sus colegas	Mucho
Se siente contenido por sus colegas	Mucho

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: ansiedad de la buena.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: ideación suicida.
Emoción que despierta caso que preocupa: angustia, por pérdida de control de la situación.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: ansiedad
Sabe regular emociones: sí.
Usa técnica de regulación emocional: respiración.

Sujeto 11
Formación: universitaria.
Profesión: psicóloga
Años de recibido/a: 1
Años de experiencia con pacientes: 1

Tranquilo antes de entrar a sesión	Moderadamente
Ansioso antes de entrar a sesión	Poco
No se siente preparado para sus casos	Poco
Le preocupa bienestar pacientes	Bastante
Piensa en sus casos fuera del espacio clínico	Mucho
Se siente emocionalmente agotado	Bastante
Confianza en sus recursos clínicos	Moderadamente
Maneja sus emociones durante la sesión	Bastante
Mantiene actitud neutral durante sesiones	Bastante
Satisfecho con sus intervenciones	Moderadamente
Emociones negativas desaparecen	Bastante
Comparte emociones con colegas	Mucho
Comparte preocupaciones y se siente mejor	Mucho
Estrategias para manejar emoción en sesión	Bastante
Menos cargado emocionalmente post supervisión	Bastante
Supervisión ayuda a entender reacciones emocionales	Bastante
En supervisión expresa preocupaciones	Mucho
Las supervisiones traen claridad	Bastante
Las supervisiones dan más seguridad	Mucho
Se siente escuchado por sus colegas	Mucho
Se siente contenido por sus colegas	Mucho

Emoción que predomina antes de entrar a sesión: depende de la temática a abordad, a veces calma, a veces ansiedad.
Caso que preocupe especialmente, temática que aborda: violencia, abuso (casos judicializados)
Emoción que despierta caso que preocupa: ansiedad, inseguridad.
Más tranquilidad luego de supervisión: sí.
Emociones negativas fuera del espacio clínico: a veces, si se va “cargada” con el caso puede ser ansiedad o enojo (dependiendo del caso**)**
Sabe regular emociones: en general sí.
Usa técnica de regulación emocional: respiración, mindfulness, actividades recreativas.

2. Cuestionario Burnout. Escala MBI

Escala de Likert:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes

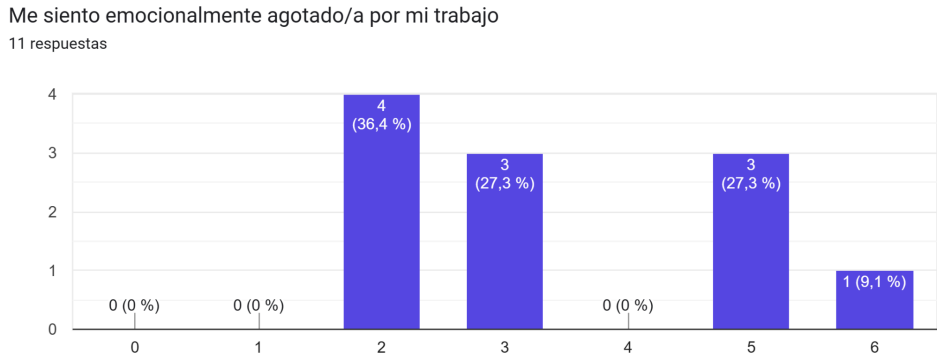
4 = Una vez a la semana

5 = Unas pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Subescala Agotamiento Emocional

Afirmación 1



4 respondieron 2 (una vez al mes o menos) = 8

3 respondieron 3 (unas pocas veces al mes) = 9

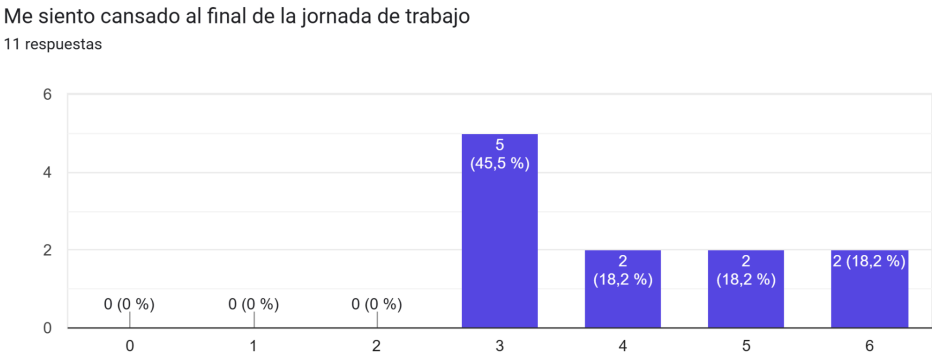
3 respondieron 5 (unas pocas veces a la semana) = 15

1 respondió 6 (todos los días) = 6

TOTAL = 38

MEDIA = 3,45

Afirmación 2



5 respondieron 3 (unas pocas veces al mes) = 15

2 respondieron 4 (una vez a la semana) = 8

2 respondieron 5 (unas pocas veces a la semana) = 10

2 respondieron 6 (todos los días) = 12

TOTAL = 45

MEDIA = 4,09

Afirmación 3



3 respondieron 1 (pocas veces al año o menos) =3

1 respondió 2 (una vez al mes o menos) = 2

4 respondieron 3 (unas pocas veces al mes) =12

1 respondió 4 (una vez a la semana) = 4

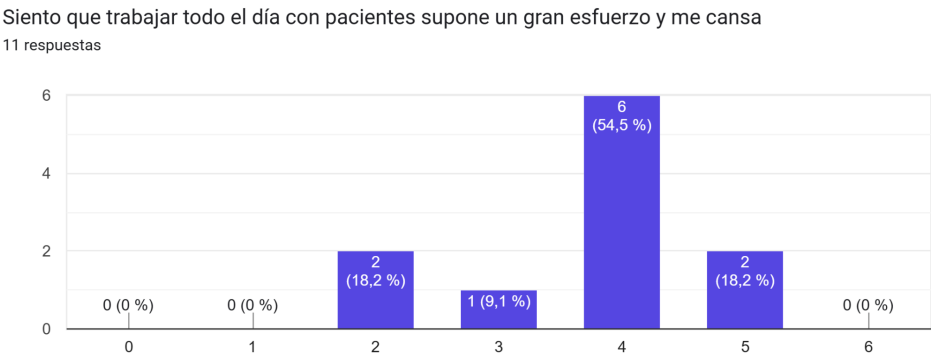
1 respondió 5 (unas pocas veces a la semana) = 5

1 respondió 6 (todos los días) = 6

TOTAL = 32

MEDIA = 2,90

Afirmación 6



2 respondieron 2 (una vez al mes o menos) = 4

1 respondió 3 (unas pocas veces al mes) = 3

6 respondieron 4 (una vez a la semana) = 24

2 respondieron 5 (unas pocas veces a la semana) = 10

TOTAL = 41

MEDIA = 3,72

Afirmación 8



2 respondieron 1 (pocas veces al año o menos) =2

3 respondieron 2 (una vez al mes o menos) = 6

2 respondieron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

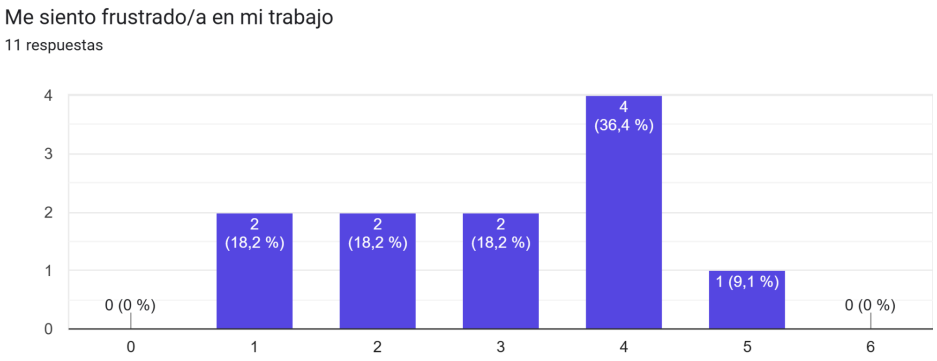
3 respondieron 4 (una vez a la semana) = 12

1 respondió 5 (unas pocas veces a la semana) = 5

TOTAL = 31

MEDIA = 2,81

Afirmación 13



2 contestaron 1 (pocas veces al año o menos) = 2

2 contestaron 2 (una vez al mes o menos) = 4

2 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

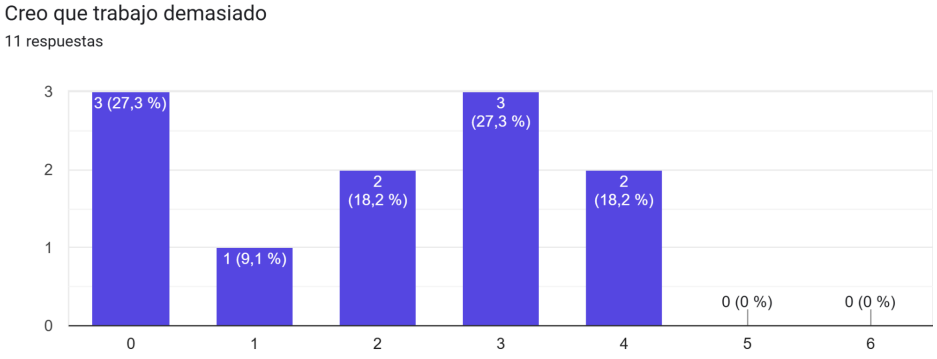
4 contestaron 4 (una vez por semana) = 16

1 contestó 5 (unas pocas veces a la semana) = 5

TOTAL = 33

MEDIA = 3

Afirmación 14



3 contestaron 0 (nunca) = 0

1 contestó 1 (pocas veces al año o menos) = 1

2 contestaron 2 (una vez al mes o menos) = 4

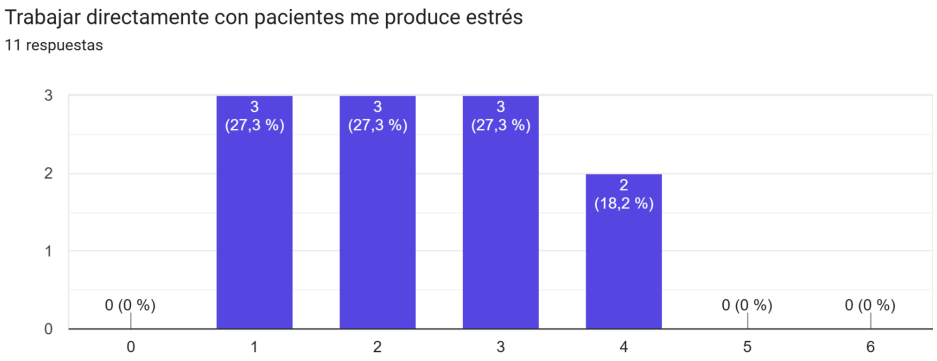
3 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 9

2 contestaron 4 (una vez a la semana) = 8

TOTAL = 22

MEDIA = 2

Afirmación 16



3 contestaron 1 (pocas veces al año o menos) = 3

3 contestaron 2 (una vez al mes o menos) = 6

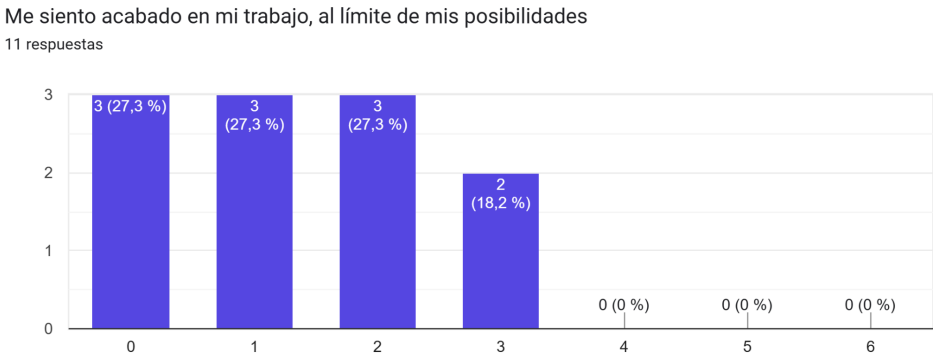
3 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 9

2 contestaron 4 (una vez a la semana) = 8

TOTAL = 26

MEDIA = 2, 36

Afirmación 20



3 contestaron 0 (nunca) = 0

3 contestaron 1 (pocas veces al año o menos) = 3

3 contestaron 2 (una vez al mes o menos) = 6

2 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

TOTAL = 15

MEDIA = 1,36

Promedio Agotamiento Emocional del grupo: 25, 69. Redondea a 26

Por ende, el grupo tiene un Agotamiento Emocional Medio.

Agotamiento Emocional por sujeto:

Sujeto	A1	A2	A3	A6	A8	A13	A14	A16	A20	TOTAL
1	3	3	1	2	2	2	2	2	0	**17**
2	6	6	4	4	4	4	4	3	1	**36**
3	3	5	2	3	1	5	1	3	0	**23**
4	2	4	3	4	2	4	3	2	3	**27**
5	3	3	3	4	3	3	3	3	1	**26**
6	2	3	1	4	2	3	0	2	2	**19**
7	2	3	1	2	4	1	2	1	2	**18**
8	5	3	3	5	4	1	0	1	0	**22**
9	5	6	3	5	5	4	3	4	2	**37**
10	2	4	5	4	1	4	0	1	1	**22**
11	5	5	6	4	3	2	4	4	3	**36**

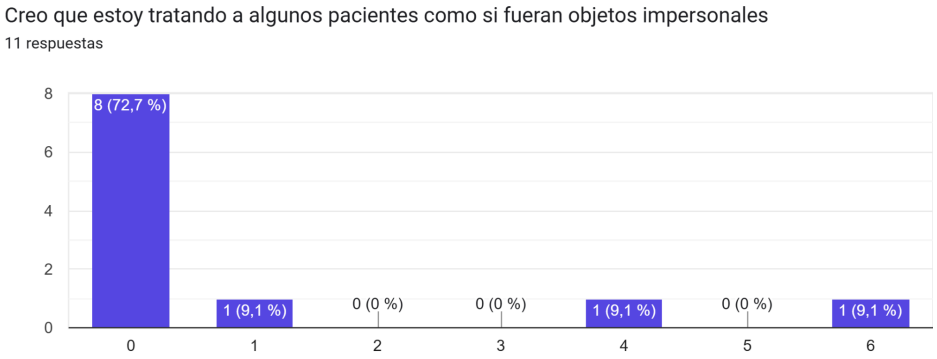
Nota: (A = afirmación)

Agotamiento emocional bajo: sujetos 1 y 7 **(2 sujetos) = 18%**
Agotamiento emocional medio: sujetos 3, 5, 6, 8 y 10 **(5 sujetos) = 45%**
Agotamiento emocional alto: sujetos 2, 4, 9 y 11 **(4 sujetos) = 36%**

Sujeto 1 tiene el Agotamiento Emocional más bajo
Sujeto 9 tiene el Agotamiento Emocional más alto

Subescala Despersonalización

Afirmación 5



8 respondieron 0 (nunca) = 0

1 respondió 1 (pocas veces al año o menos) = 1

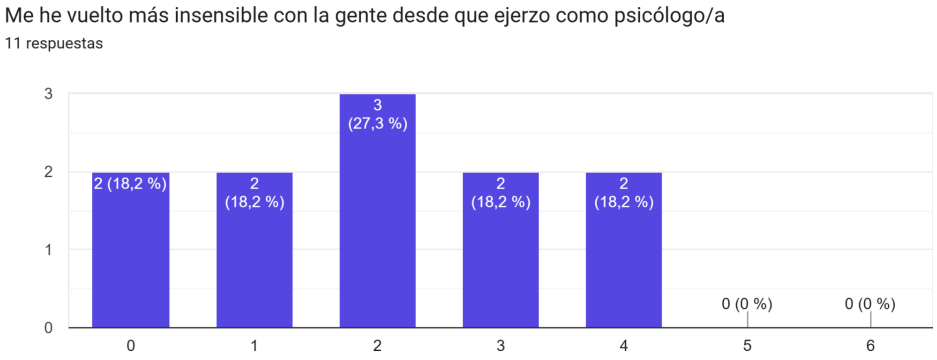
1 respondió 4 (una vez a la semana) = 4

1 respondió 6 (todos los días) = 6

TOTAL = 11

MEDIA = 1

Afirmación 10



2 respondieron 0 (nunca) = 0

2 respondieron 1 (pocas veces al año o menos) = 2

3 respondieron 2 (una vez al mes o menos) = 6

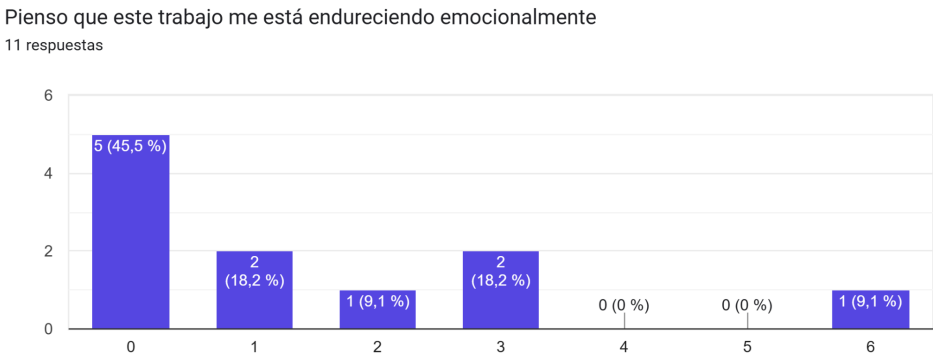
2 respondieron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

2 respondieron 4 (una vez a la semana) = 8

TOTAL = 22

MEDIA = 2

Afirmación 11



5 respondieron 0 (nunca) = 0

2 respondieron 1 (pocas veces al año o menos) =2

1 respondió 2 (una vez al mes o menos) = 2

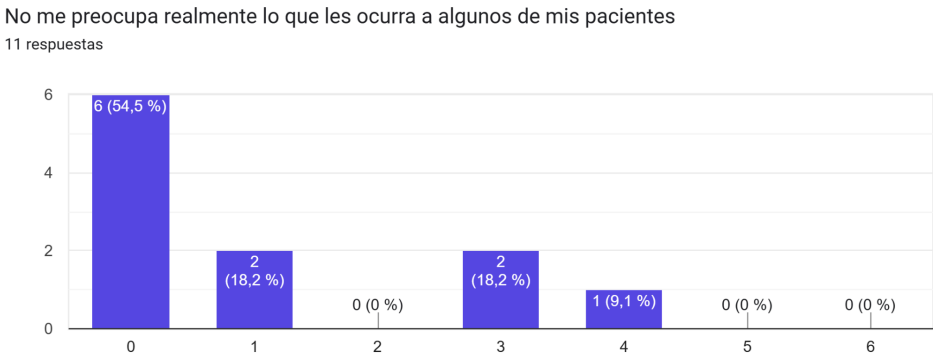
2 respondieron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

1 respondió 6 (todos los días) = 6

TOTAL = 16

MEDIA = 1, 45

Afirmación 15



6 respondieron 0 (nunca) = 0

2 respondieron 1 (pocas veces al año o menos) = 2

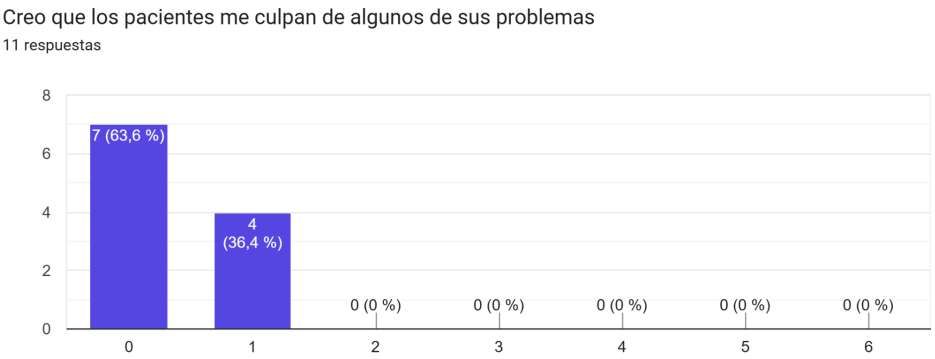
2 respondieron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

1 respondieron 4 (una vez a la semana) = 4

TOTAL = 12

MEDIA = 1,09

Afirmación 22



7 respondieron 0 (nunca) = 0

4 respondieron 1 (pocas veces al año o menos) = 4

TOTAL = 4

MEDIA = 0,36

Promedio Despersonalización del grupo: 5,9. Redondea a 6.

Por ende, el grupo tiene una Despersonalización Media.

Despersonalización por sujeto:

Sujeto	A5	A10	A11	A15	A22	TOTAL
1	0	4	0	3	1	**8**
2	0	1	0	0	0	**1**
3	6	2	0	0	0	**8**
4	1	2	3	1	0	**7**
5	0	2	1	0	1	**4**
6	0	0	1	0	0	**1**
7	0	3	2	4	1	**10**
8	4	4	6	0	1	**15**
9	0	1	0	3	0	**4**
10	0	0	0	1	0	**1**
11	0	3	3	0	0	**6**

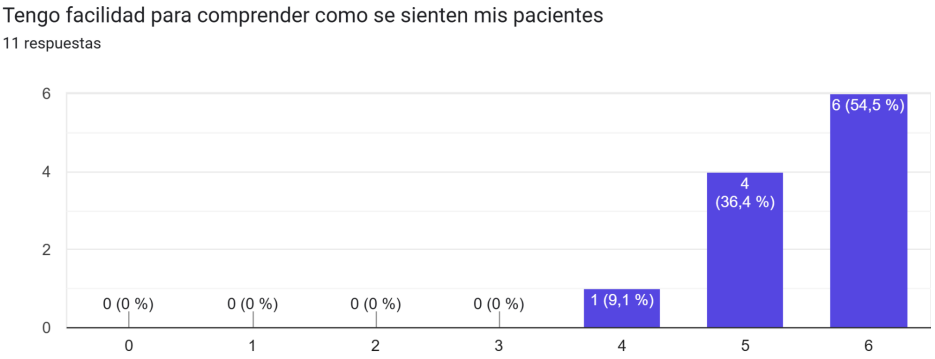
Nota: (A = afirmación)

Despersonalización baja: sujetos 2, 5, 6, 9 y 10 **(5 sujetos) = 45%**
Despersonalización media: sujetos 1, 3, 4 y 11 **(4 sujetos) = 36%**
Despersonalización alta: sujetos 7 y 8 **(2 sujetos) = 18%**

Sujetos 2, 6 y 10 tienen la Despersonalización más baja.
Sujeto 8 tiene la Despersonalización más alta.

Subescala Realización Personal

Afirmación 4



1 contestó 4 (una vez a la semana) = 4

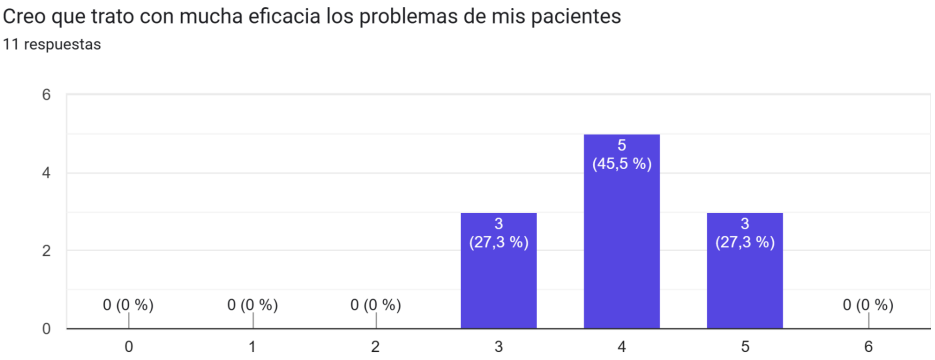
4 contestaron 5 (unas pocas veces a la semana) = 20

6 contestaron 6 (todos los días) = 36

TOTAL = 60

MEDIA = 5,45

Afirmación 7



3 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 9

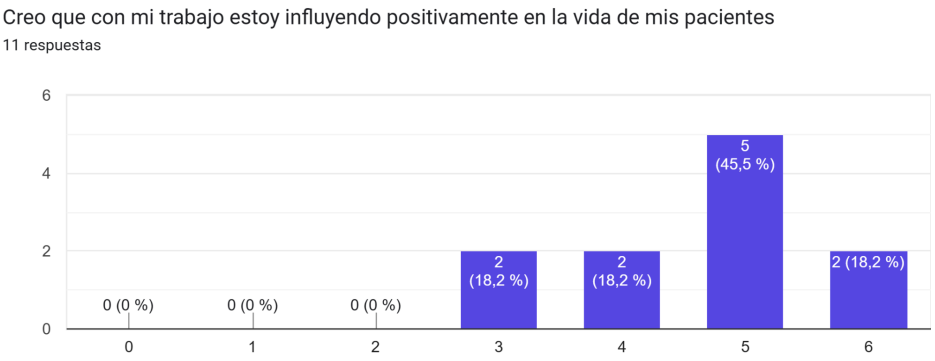
5 contestaron 4 (una vez a la semana) = 20

3 contestaron 5 (unas pocas veces a la semana) = 15

TOTAL = 44

MEDIA = 4

Afirmación 9



2 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

2 contestaron 4 (una vez a la semana) = 8

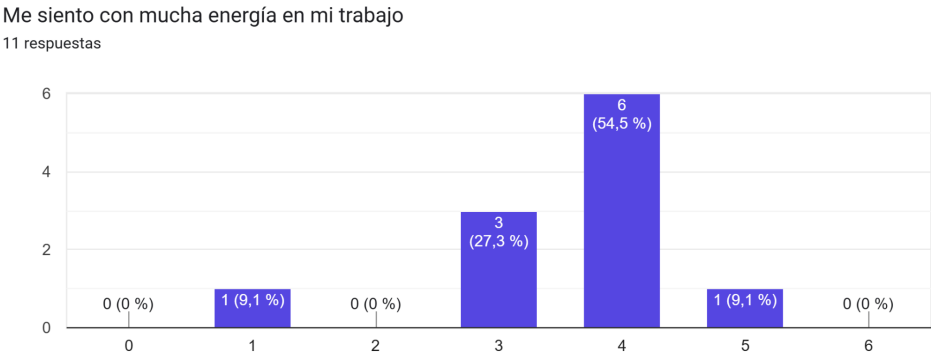
5 contestaron 5 (unas pocas veces a la semana) = 25

2 contestaron 6 (todos los días) =12

TOTAL = 51

MEDIA = 4,63

Afirmación 12



1 contestó 1 (pocas veces al año o menos) = 1

3 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 9

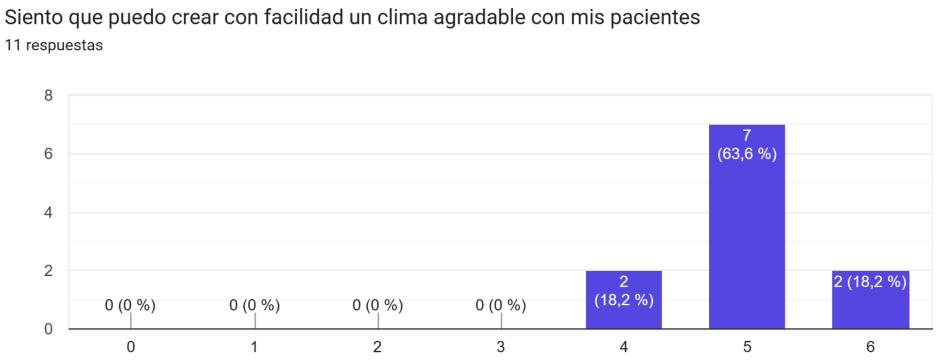
6 contestaron 4 (una vez a la semana) = 24

1 contestó 5 (unas pocas veces a la semana) = 5

TOTAL = 39

MEDIA = 3,54

Afirmación 17



2 contestaron 4 (una vez a la semana) = 8

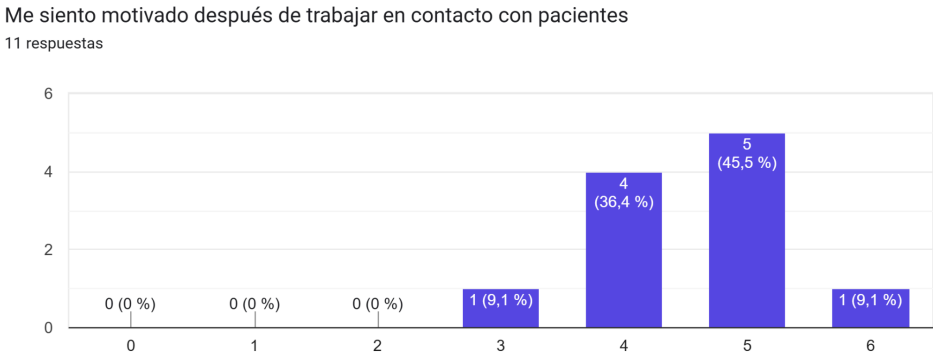
7 contestaron 5 (unas pocas veces a la semana) = 35

2 contestaron 6 (todos los días) = 12

TOTAL = 55

MEDIA = 5

Afirmación 18



1 contestó 3 (unas pocas veces al mes) = 3

4 contestaron 4 (una vez a la semana) = 16

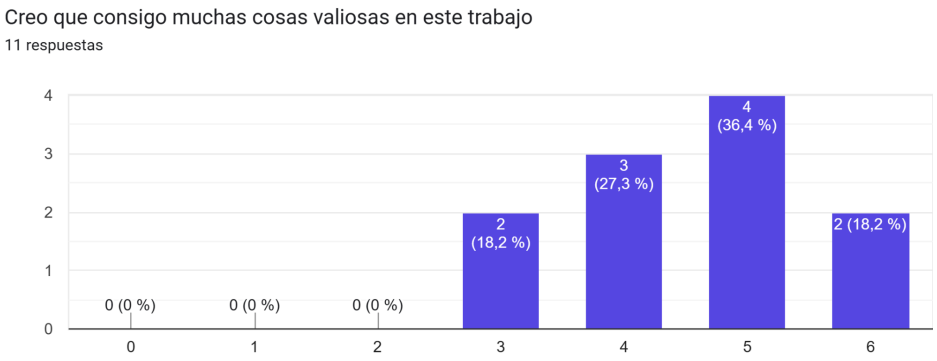
5 contestaron 5 (unas pocas veces a la semana) = 25

1 contestó 6 (todos los días) = 6

TOTAL = 50

MEDIA = 4,54

Afirmación 19



2 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 6

3 contestaron 4 (una vez a la semana) = 12

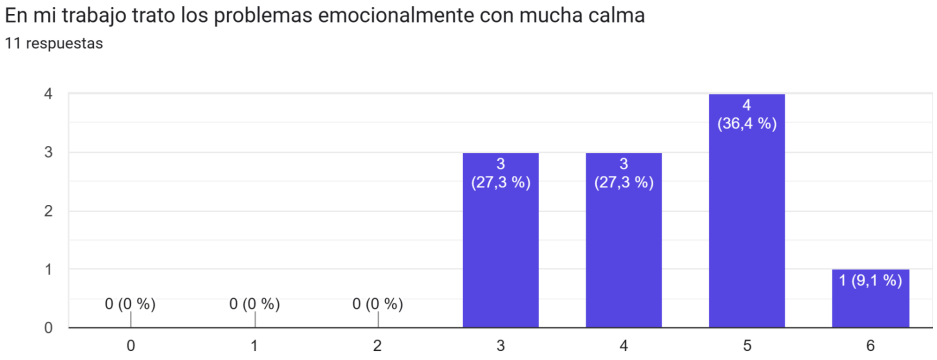
4 contestaron 5 (unas pocas veces a la semana) = 20

2 contestaron 6 (todos los días) = 12

TOTAL = 50

MEDIA = 4,54

Afirmación 21



3 contestaron 3 (unas pocas veces al mes) = 9

3 contestaron 4 (una vez a la semana) = 12

4 contestaron 5 (unas pocas veces a la semana) = 20

1 contestó 6 (todos los días) = 6

TOTAL = 47

MEDIA = 4,27

Promedio Realización Personal del grupo: 35,97. Redondea a 36.

Por ende, el grupo tiene una Realización Personal Media.

Realización Personal por sujeto:

Sujeto	A4	A7	A9	A12	A17	A18	A19	A21	TOTAL
1	6	4	6	4	6	3	3	5	**37**
2	5	5	5	4	5	4	4	3	**35**
3	6	5	5	4	5	5	6	4	**40**
4	5	3	5	3	5	4	5	4	**34**
5	6	4	6	3	6	4	5	6	**40**
6	5	3	3	4	4	5	4	3	**31**
7	6	3	4	3	5	5	5	5	**36**
8	4	4	5	4	5	6	4	3	**35**
9	5	4	3	1	5	5	3	5	**35**
10	6	5	5	5	5	5	5	5	**41**
11	6	4	4	4	4	4	6	4	**36**

Nota: A= Afirmación

Realización Personal baja: sujeto 6 **(único sujeto) = 9%**
Realización Personal media: sujetos 1, 2, 4, 7, 8, 9 y 11 **(7 sujetos) = 64%**
Realización Personal alta: sujetos 3, 5 y 10 **(3 sujetos) = 27%**

Sujeto 10 tiene la Realización Personal más alta.
Sujeto 6 tiene la Realización Personal más baja.

Media del grupo
Agotamiento Emocional **Medio (26), Límite con Agotamiento Emocional alto. Más de 26 sería Burnout.**
Despersonalización **Media (6). Más de 9 sería indicios de Burnout**
Realización Personal **Media (36). Menos de 34 seria indicio de Burnout.**

No indicaría Burnout porque no hay puntuaciones altas en Agotamiento Emocional y Despersonalización, ni baja en Realización Personal.

Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D) y Realización Personal (RP) por sujeto:

Sujeto	AE	D	RP	**Burnout** (altas AE y D, baja RP)
1	**17** (bajo)	**8** (medio)	**37** (medio)	NO
2	**36 (alto, indicios Burnout)**	**1** (bajo)	**35** (medio)	NO
3	**23** (medio)	**8** (medio)	**40** (alta)	NO
4	**27 (alto, indicios Burnout)**	**7** (medio)	**34** (medio)	NO
5	**26** (medio)	**4** (bajo)	**40** (alta)	NO
6	**19** (medio)	**1** (bajo)	**31 (baja, indicios Burnout))**	NO
7	**18** (bajo)	**10 (alto, indicios Burnout)**	**36** (medio)	NO
8	**22** (medio)	**15 (alto, indicios Burnout)**	**35** (medio)	NO
9	**37 (alto, indicios Burnout)**	**4** (bajo)	**35** (medio)	NO
10	**22** (medio)	**1** (bajo)	**41** (alta)	NO
11	**36 (alto, indicios Burnout)**	**6** (medio)	**36** (medio)	NO

3. Cuestionario Regulación Emocional. Escala ERQ

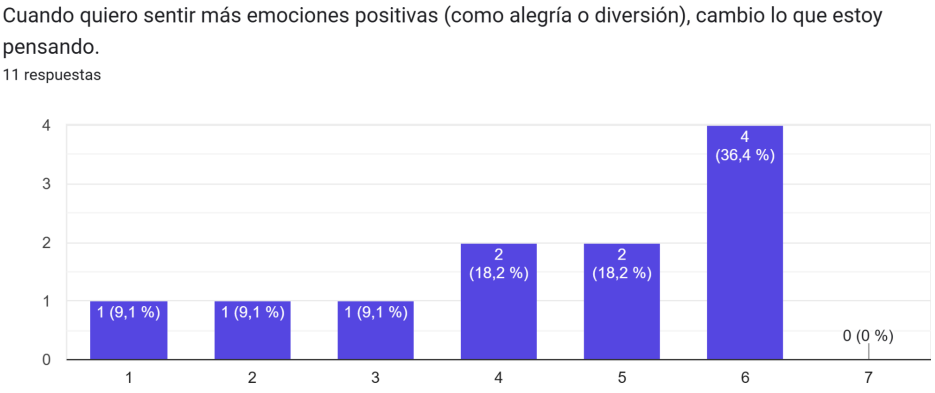
Escala de Likert

1 = Totalmente en desacuerdo

7 = Totalmente de acuerdo

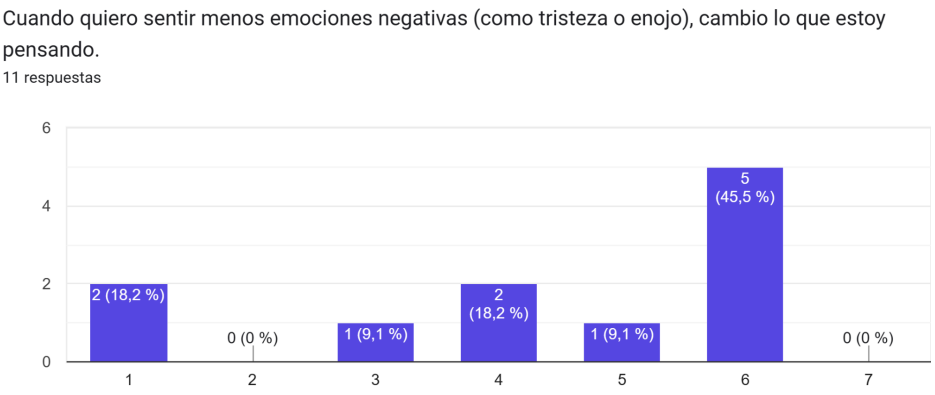
Subescala de Reevaluación Cognitiva

Ítem 1



La mayoría se inclinó a estar de acuerdo

Ítem 3

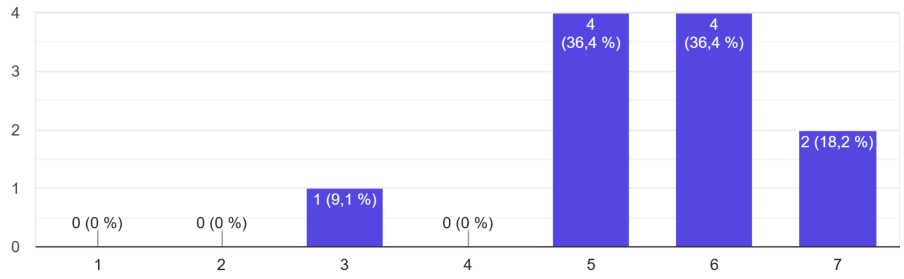


Un 45,5% (mayoría) estuvo de acuerdo

Ítem 5

Cuando me encuentro en una situación estresante, trato de pensar en ella de un modo que me permita estar en calma.

11 respuestas

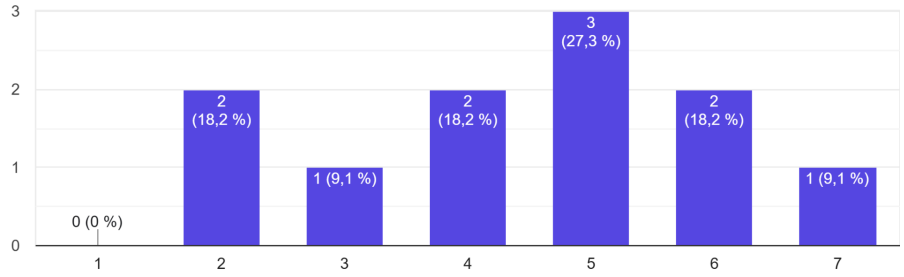


Una gran mayoría se inclinó a estar de acuerdo

Ítem 7

Cuando quiero sentir una emoción más positiva, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación.

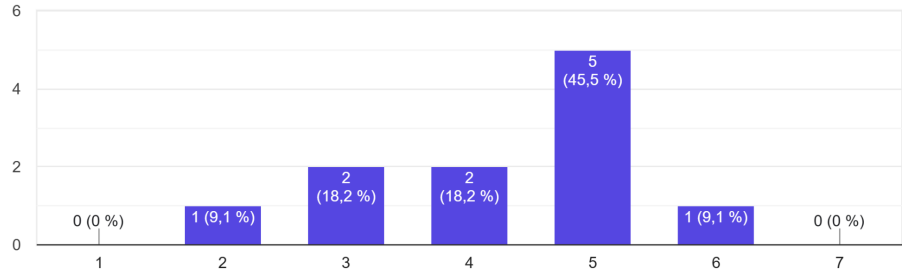
11 respuestas



Ítem 8

Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar acerca de la situación en la que me encuentro.

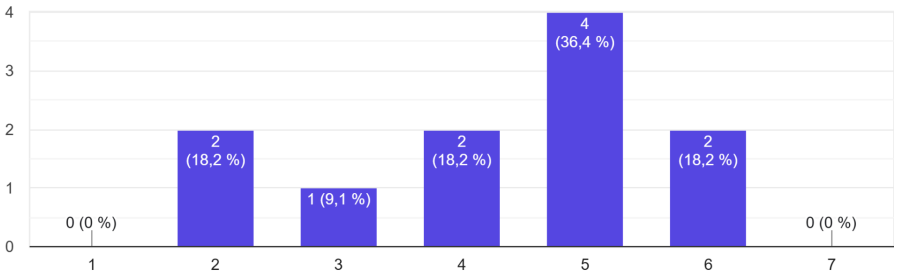
11 respuestas



Ítem 10

Cuando quiero sentir una emoción menos negativa, cambio la manera de pensar sobre esa situación

11 respuestas

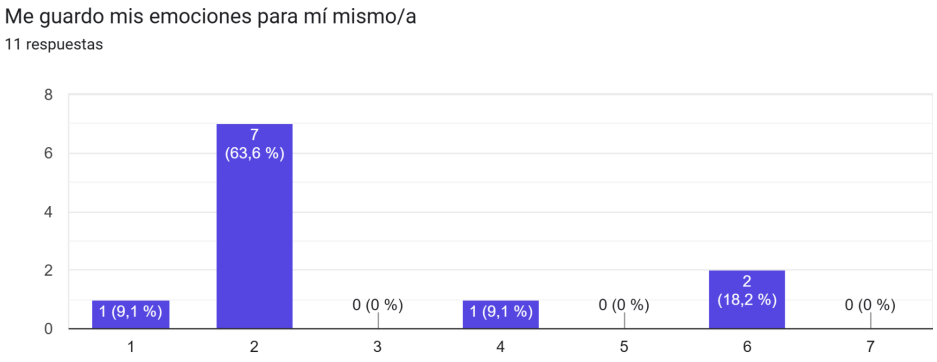


Reevaluación Cognitiva (RC) por sujeto:

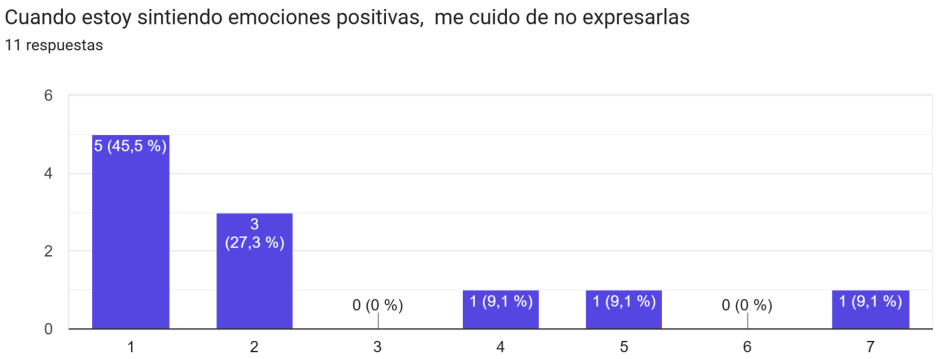
Sujetos	Ítem 1	Ítem 3	Ítem 5	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 10	TOTAL RC
1	5	5	6	3	3	4	**16**
2	1	1	5	5	5	5	**22**
3	6	6	6	6	5	6	**35**
4	5	6	6	5	4	5	**31**
5	6	6	7	4	4	2	**29**
6	4	4	7	5	5	4	**29**
7	3	1	3	2	3	2	**14**
8	6	6	5	7	5	5	**34**
9	2	4	5	2	2	5	**20**
10	6	6	6	6	6	6	**36**
11	4	3	5	4	5	3	**24**

Subescala Supresión Expresiva

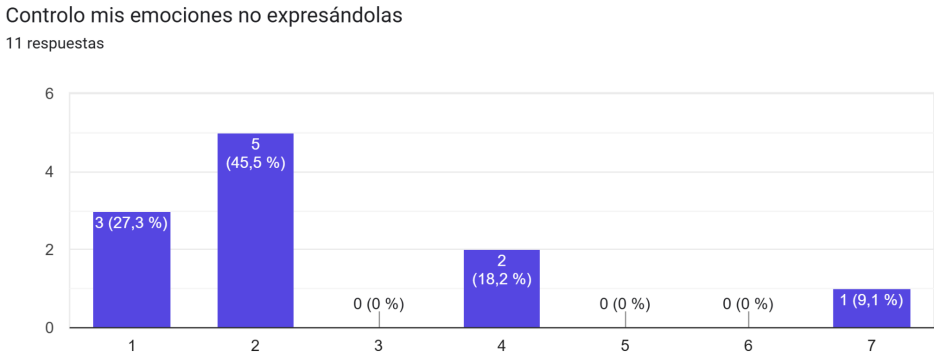
Ítem 2



Ítem 4



Ítem 6



Tanto en el ítem 2, 4 y 6, la mayoría se inclinó a estar en desacuerdo.

Ítem 9



Se expresa una mayor inclinación a estar en desacuerdo con el ítem 9

Supresión Expresiva (SE) por sujeto:

Sujeto	Ítem 2	Ítem 4	Ítem 6	Ítem 9	TOTAL SE
1	2	5	4	5	**16**
2	2	1	2	2	**7**
3	2	1	1	1	**5**
4	2	1	2	3	**8**
5	1	2	2	2	**7**
6	4	1	2	2	**9**
7	2	2	1	1	**6**
8	6	7	7	1	**21**
9	6	4	4	4	**18**
10	2	1	2	3	**8**
11	2	2	1	2	**7**

Regulación Emocional (RE) por sujeto:

Sujetos	Masculino/ Femenino	RC	Percentil RC	SE	Percentil SE
1	Masculino	16	**Entre 5 y 10**	16	**Entre 75 y 85**
2	Femenino	22	**15**	7	**35**
3	Femenino	35	**75**	5	**20**
4	Femenino	31	**60**	8	**40**
5	Masculino	29	**60**	7	**10**
6	Femenino	29	**50**	9	**Entre 45 y 50**
7	Femenino	14	**Menos de 5**	6	**Entre 25 y 30**
8	Femenino	34	**70**	21	**100**
9	Femenino	20	**Entre 10 y 15**	18	**95**
10	Masculino	36	**Entre 90 y 95**	8	**Entre 15 y 20**
11	Femenino	24	**20**	7	**35**

Nota: Media hombre en RC es 26,98 (desvío 6,51) y en SE es 12,07 (desvío 3,90)
Media mujeres en RC es 29,13 (desvío 7,15) y en SE es 9,77 (desvío 4,65)

Hay **4 sujetos (36% de la muestra) con perfiles tendientes a mayor bienestar**, según Gross y John (2003), esto es: Reevaluación Cognitiva alta y Supresión Expresiva baja.

Sujeto 10 tiene la Reevaluación Cognitiva más alta
Sujeto 7 tiene la Reevaluación Cognitiva más baja.

Sujeto 8 tiene la Supresión Expresiva más alta
Sujeto 5 tiene la Supresión Expresiva más baja

4. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. Escala ProQOL

Escala de Likert que figura en cuestionario administrado:

1 = Muy a menudo

2 = A menudo

3 = A veces

4 = Casi nunca

5 = Nunca

Escala de Likert de la Escala de Vida Profesional -5 (Pro QOL):

1 = Nunca

2 = Casi nunca

3 = A veces

4 = A menudo

5 = Muy a menudo

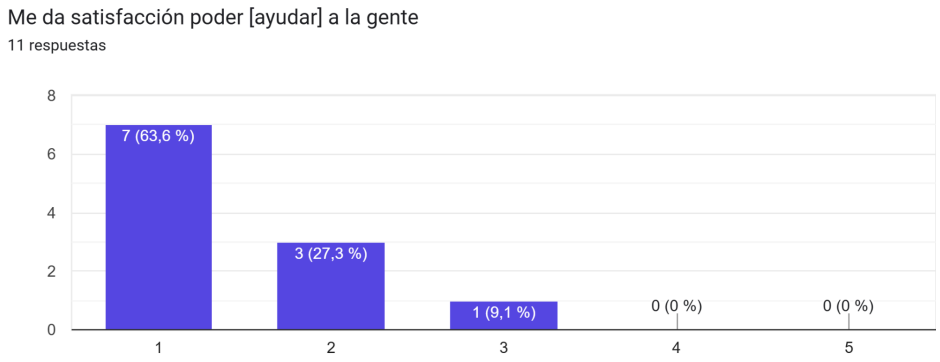
Por tanto se invirtieron los puntajes.

No se deben invertir puntajes de los ítems 1, 4, 15, 17 y 29 (subescala Burnout)

Subescala Satisfacción por Compasión

Se invierten puntajes

Ítem 3



7 contestaron 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 35

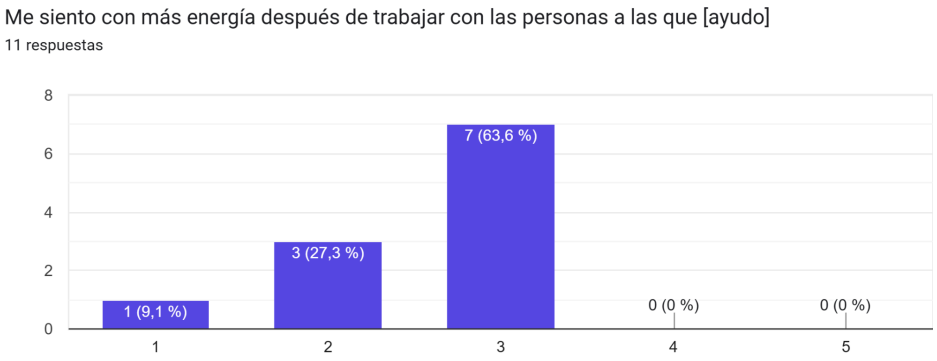
3 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 12

1 contestó 3 (a veces) =3

TOTAL = 50

MEDIA = 4,54

Ítem 6



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

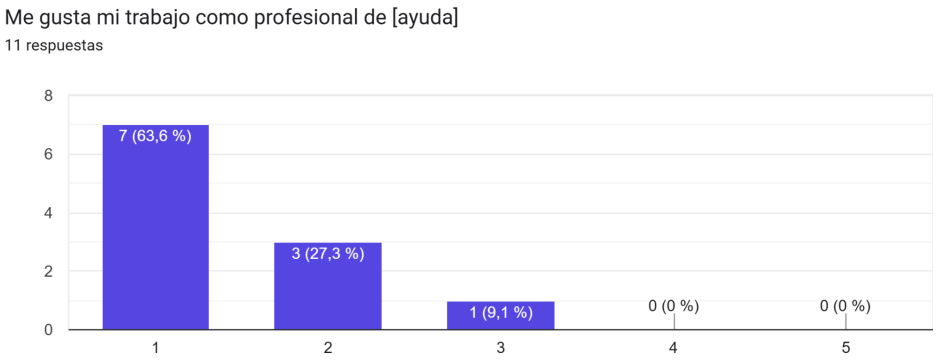
3 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 12

7 contestaron 3 (a veces) = 21

TOTAL = 38

MEDIA = 3,45

Ítem 12



7 contestaron 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 35

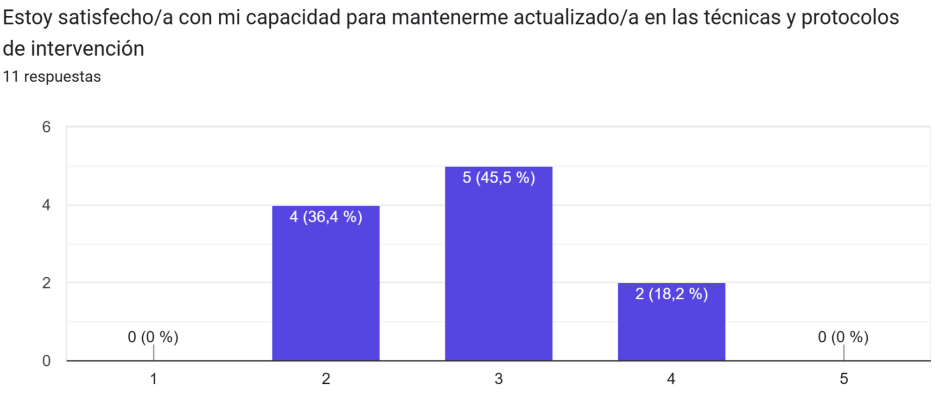
3 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 12

1 contestó 3 (a veces) = 3

TOTAL = 50

MEDIA = 4,54

Ítem 16



4 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 16

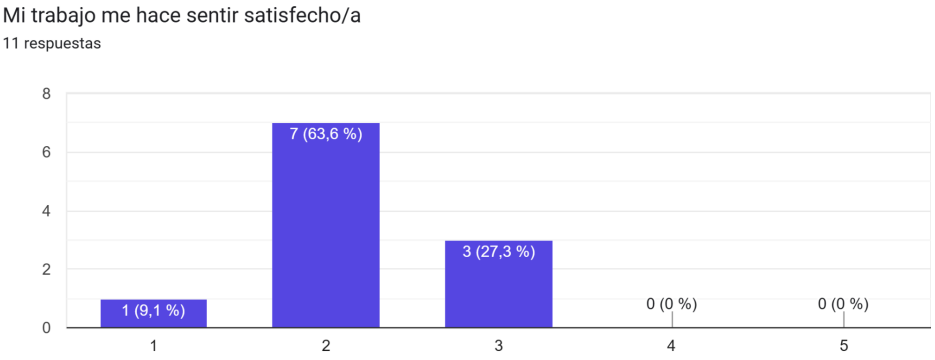
5 contestaron 3 (a veces) = 15

2 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 4

TOTAL = 35

MEDIA = 3,18

Ítem 18



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

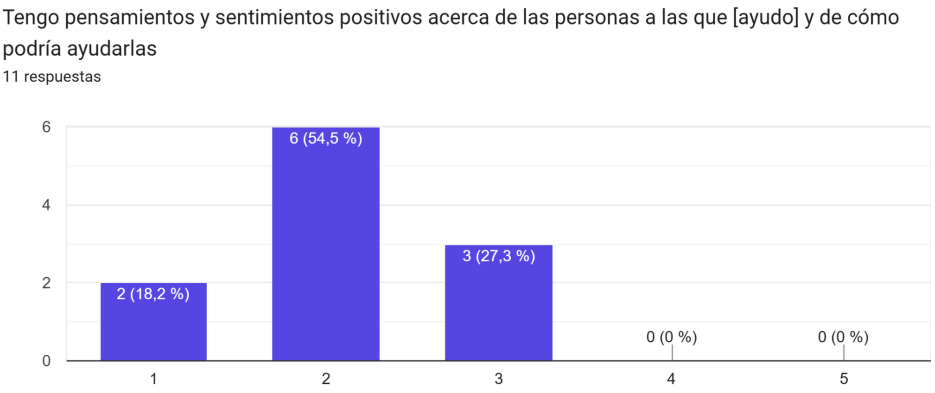
7 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 28

3 contestaron 3 (a veces) = 9

TOTAL = 42

MEDIA = 3,81

Ítem 20



2 contestaron 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 10

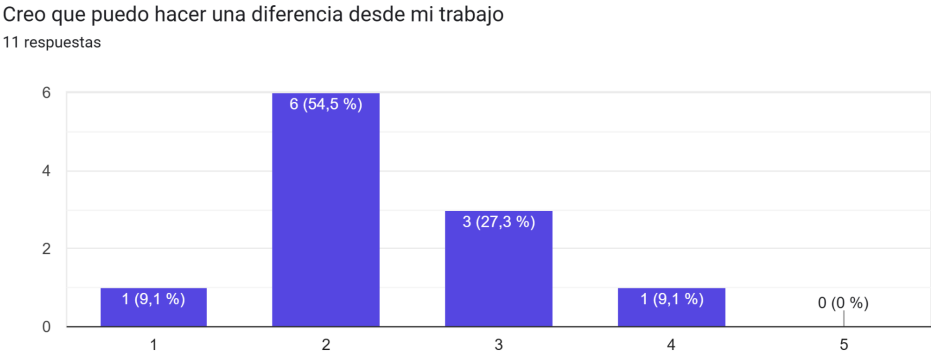
6 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 24

3 contestaron 3 (a veces) = 9

TOTAL = 43

MEDIA = 3,90

Ítem 22



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

6 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 24

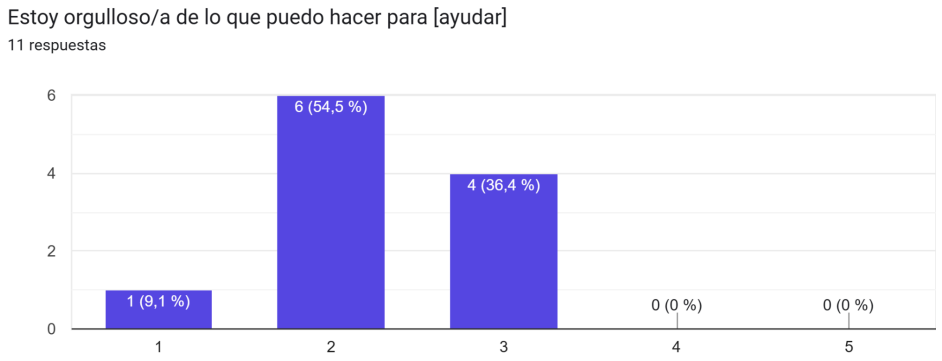
3 contestaron 3 (a veces) = 9

1 contestó 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 2

TOTAL = 40

MEDIA = 3,63

Ítem 24



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

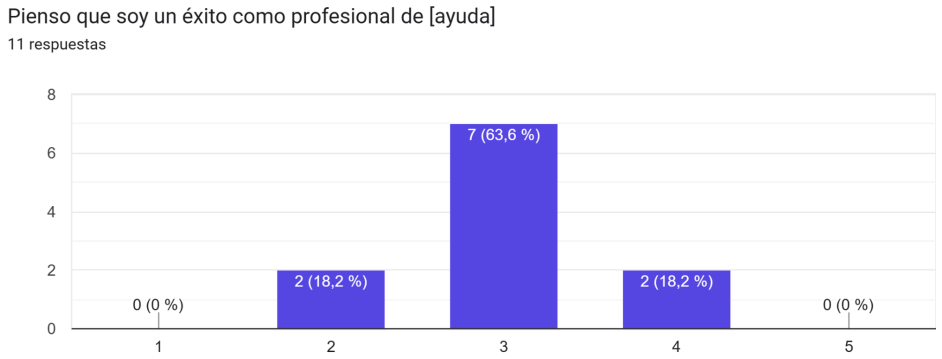
6 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 24

4 contestaron 3 (a veces) = 12

TOTAL = 41

MEDIA = 3,72

Ítem 27



2 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 8

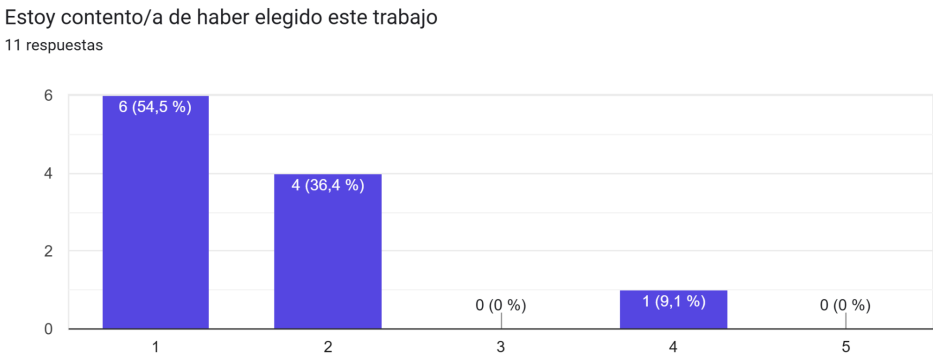
7 contestaron 3 (a veces) = 21

2 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 4

TOTAL = 33

MEDIA = 3

Ítem 30



6 contestaron 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 30

4 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 16

1 contestó 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 2

TOTAL = 48

MEDIA = 4,36

Promedio del grupo Subescala Satisfacción por Compasión: 38,13. Moderada (23 a 41)

Satisfacción por Compasión por sujeto:
Se invirtieron los puntajes

Suejto	Ítem 3	Ítem 6	Ítem 12	Ítem 16	Ítem 18	Ítem 20	Ítem 22	Ítem 24	Ítem 27	Ítem 30	TOTAL
1	5	4	5	4	4	3	5	5	4	5	**44**
2	5	3	5	2	3	4	3	3	3	4	**35**
3	5	3	5	3	5	4	3	3	3	5	**39**
4	4	3	5	3	4	4	4	4	2	4	**37**
5	5	3	4	3	4	5	4	4	3	4	**39**
6	5	4	5	4	4	4	4	3	2	4	**39**
7	5	5	5	3	4	3	3	4	3	5	**40**
8	3	3	5	2	3	4	4	4	3	5	**36**
9	4	3	3	4	3	3	2	3	3	2	**30**
10	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	**42**
11	5	3	4	3	4	4	4	4	3	5	**39**

Satisfacción por Compasión Baja: no hay sujetos con Satisfacción por Compasión Baja.
Satisfacción por Compasión Moderada: sujetos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 11 **(9 sujetos) = 81,81%**
Satisfacción por Compasión Alta: sujeto 1 y 10 **(2 sujetos) = 18,18%**

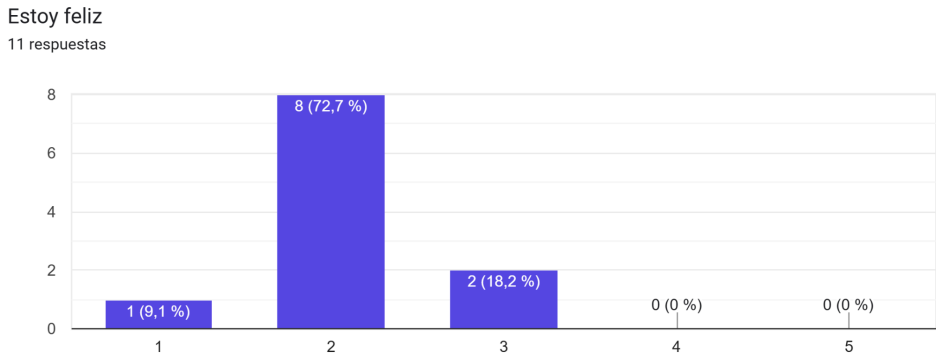
Sujeto 1 tiene la Satisfacción por Compasión más alta
Sujeto 9 tiene la Satisfacción por Compasión más baja (Dentro de los moderados)

Subescala Burnout

No se deben invertir puntajes de los ítems 1, 4, 15, 17 y 29

Ítem 1

No se invierte puntaje



1 contestó 1 (muy a menudo) = 1

8 contestaron 2 (a menudo) = 16

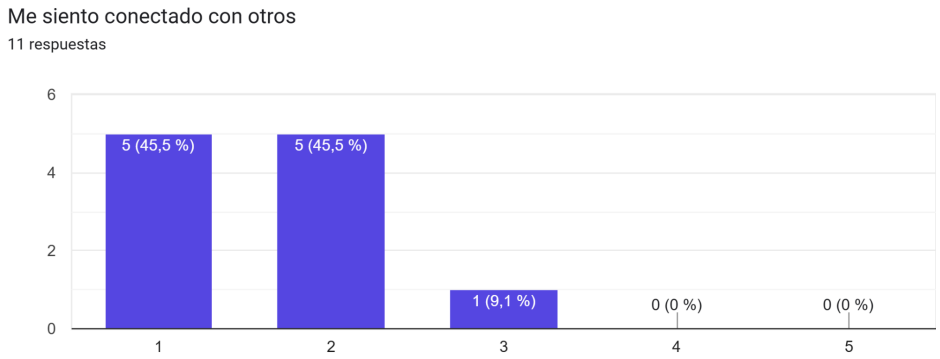
2 contestaron 3 (a veces) = 6

TOTAL = 23

MEDIA = 2,09

Ítem 4

No se invierte puntaje



5 contestaron 1 (muy a menudo) = 5

5 contestaron 2 (a menudo) = 10

1 contestó 3 (a veces) = 3

TOTAL = 18

MEDIA = 1,63

Ítem 8



1 contestó 2 (a menudo). Se invierte puntaje a 4 = 4

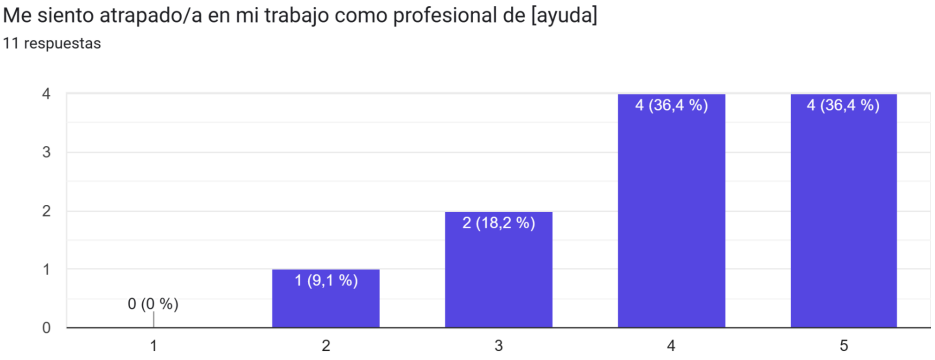
3 contestaron 4 (casi nunca). Se invierte puntaje a 2 = 6

7 contestaron 5 (nunca). Se invierte puntaje a 1 = 7

TOTAL = 17

MEDIA = 1,54

Ítem 10



1 contestó 2 (a menudo). Se invierte a 4 = 4

2 contestaron 3 (a veces) = 6

4 contestaron 4 (casi nunca). Se invierte a 2 = 8

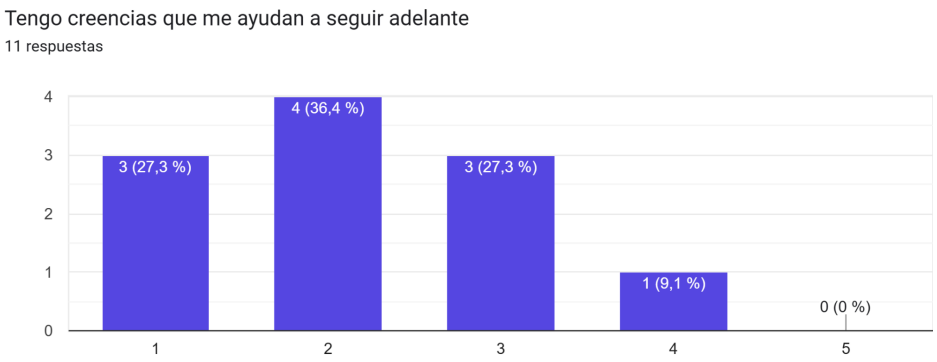
4 contestaron 5 (nunca). Se invierte a 1 = 4

TOTAL = 22

MEDIA = 2

Ítem 15

No se invierten puntajes



3 contestaron 1 (muy a menudo) = 3

4 contestaron 2 (a menudo) = 8

3 contestaron 3 (a veces) = 9

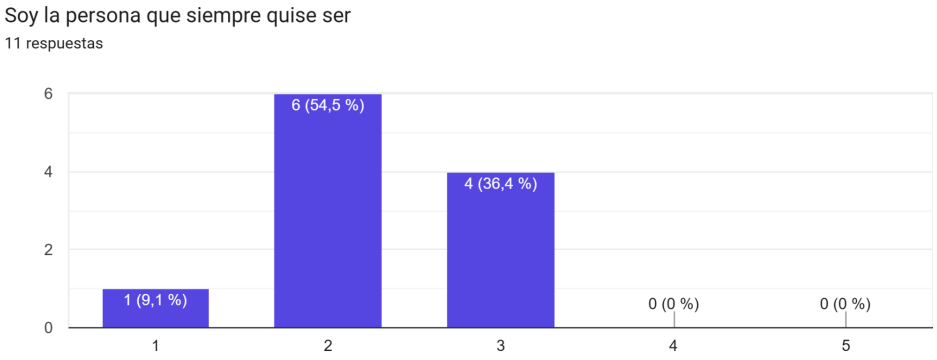
1 contestó 4 (casi nunca) = 4

TOTAL = 24

MEDIA = 2,18

Ítem 17

No se invierten puntajes



1 contestó 1 (muy a menudo) = 1

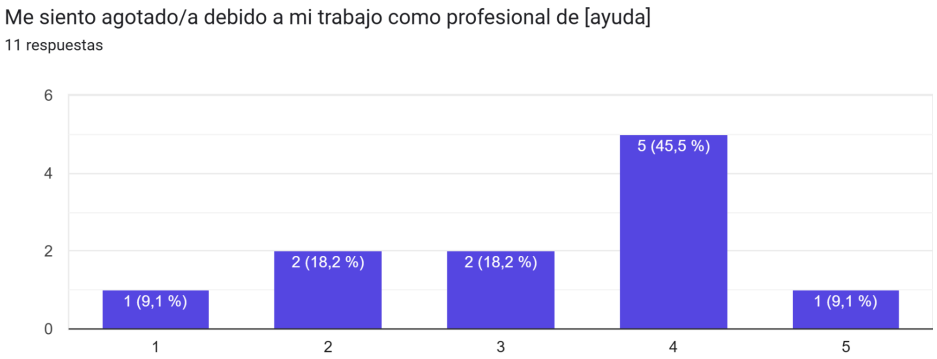
6 contestaron 2 (a menudo) =12

4 contestaron 3 (a veces) = 12

TOTAL = 25

MEDIA = 2,27

Ítem 19



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

2 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 8

2 contestaron 3 (a veces) = 6

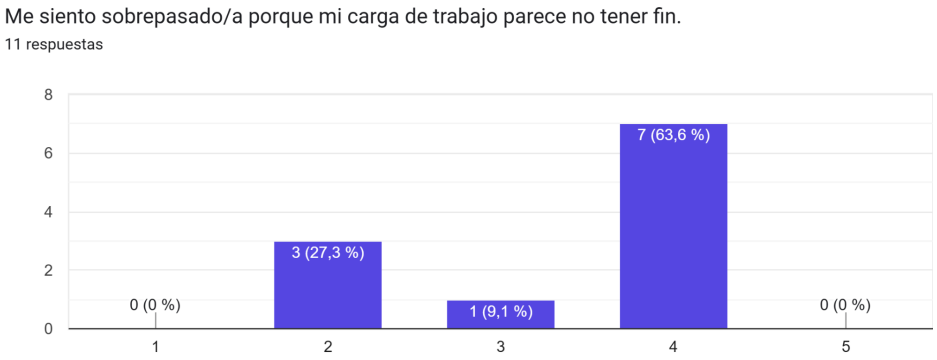
5 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 10

1 contestó 5 (nunca). Invierte a 1 = 1

TOTAL = 30

MEDIA = 2,72

Ítem 21



3 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 12

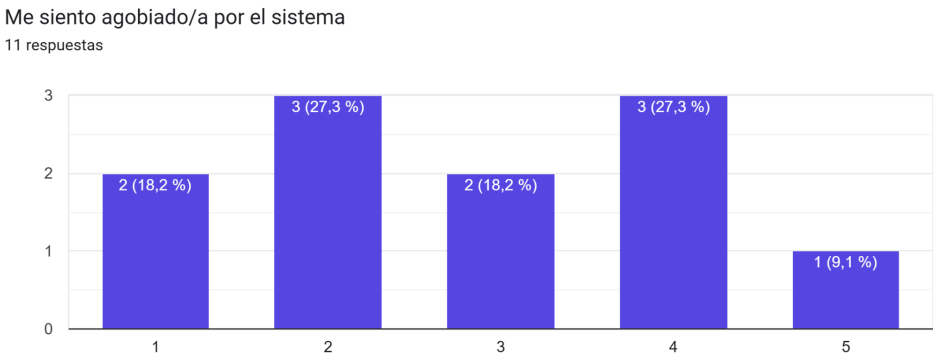
1 contestó 3 (a veces) = 3

7 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 14

TOTAL = 29

MEDIA = 2,63

Ítem 26



2 contestaron 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 10

3 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 12

2 contestaron 3 (a veces) = 6

3 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 6

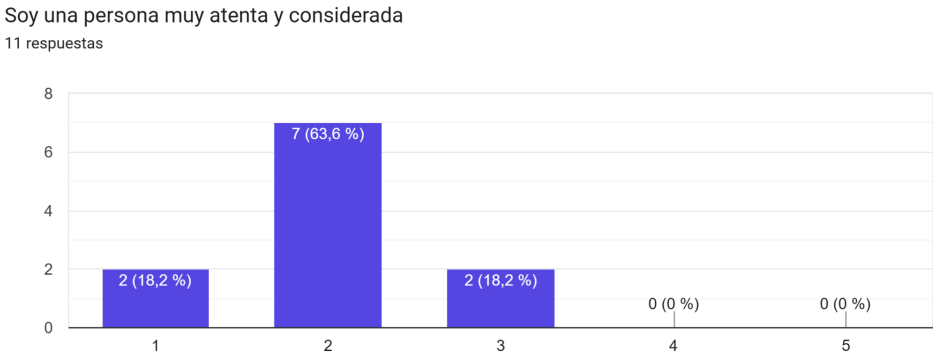
1 contestó 5 (nunca). Invierte a 1 = 1

TOTAL = 35

MEDIA = 3,18

Ítem 29

No se invierten los puntajes



2 contestaron 1 (muy a menudo) =2

7 contestaron 2 (a menudo) = 14

2 contestaron 3 (a veces) = 6

TOTAL = 22

MEDIA = 2

Promedio del grupo Subescala Burnout = 22,24. Bajo (22 o menos)

Subescala Burnout por persona:

No se invierten puntajes de ítems 1, 4, 15, 17 y 29

Sujeto	Ítem 1	Ítem 4	Ítem 8	Ítem 10	Ítem 15	Ítem 17	Ítem 19	Ítem 21	Ítem 26	Ítem 29	TOTAL
1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	**16**
2	2	2	2	2	2	3	4	4	3	3	**27**
3	2	1	2	1	1	2	3	3	2	2	**19**
4	2	2	1	2	3	3	1	2	4	2	**22**
5	2	2	1	3	1	2	2	4	4	2	**23**
6	3	1	4	3	3	2	3	2	1	2	**24**
7	2	1	1	1	2	2	2	2	5	1	**19**
8	1	2	2	4	3	3	4	2	5	3	**29**
9	3	2	1	2	4	3	2	2	4	2	**25**
10	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	**17**
11	2	3	1	1	2	1	5	4	3	2	**24**

Burnout bajo: sujetos 1, 3, 4, 7 y 10 **(5 sujetos) = 45,45%**

Burnout moderado: sujetos 2, 5, 6, 8, 9 y 11 **(6 sujetos) = 54,54%**

Burnout alto: no hay sujetos con burnout alto.

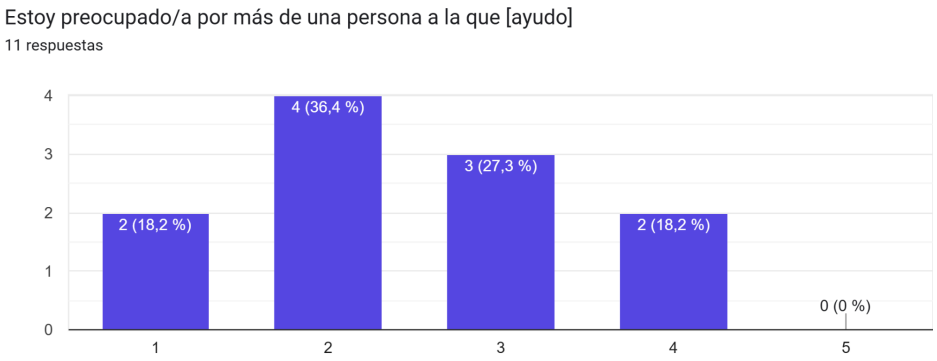
Sujeto 1 tiene el Burnout más bajo.

Sujeto 8 tiene el Burnout más alto

Subescala Estrés Traumático Secundario (Fatiga por Compasión)

Se invierten puntajes

Ítem 2



2 contestaron 1 (muy a menudo). Se invierte a 5 = 10

4 contestaron 2 (a menudo). Se invierte a 4 = 16

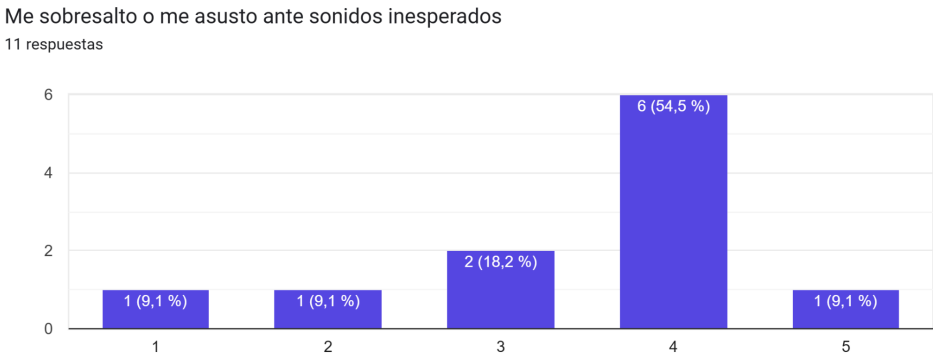
3 contestaron 3 (a veces) = 9

2 contestaron 4 (casi nunca). Se invierte a 2 = 4

TOTAL = 39

MEDIA = 3.54

Ítem 5



1 contestó 1 (muy a menudo). Se invierte a 5 = 5

1 contestó 2 (a menudo). Se invierte a 4 = 4

2 contestaron 3 (a veces) = 6

6 contestaron 4 (casi nunca). Se invierte a 2 = 12

1 contestó 5 (nunca). Se invierte a 1 = 1

TOTAL = 28

MEDIA = 2,54

Ítem 7



1 contestó 1 (muy a menudo). Se invierte a 5 = 5

1 contestó 2 (a menudo). Se invierte a 4 = 4

4 contestaron 3 (a veces) = 12

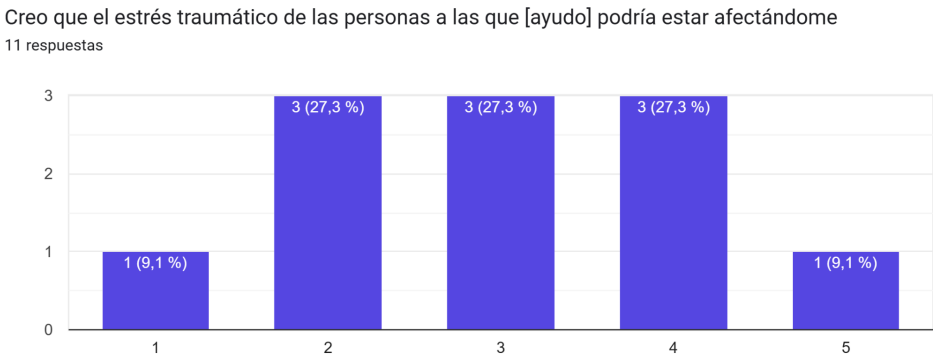
4 contestaron 4 (casi nunca). Se invierte a 2 = 8

1 contestó 5 (nunca). Se invierte a 1 = 1

TOTAL = 30

MEDIA = 2,72

Ítem 9



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

3 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 12

3 contestaron 3 (a veces) = 9

3 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 6

1 contestó 5 (nunca). Invierte a 1 = 1

TOTAL = 33

MEDIA = 3

Ítem 11



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

2 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 8

3 contestaron 3 (a veces) = 9

4 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 8

1 contestó 5 (nunca). Invierte a 1 = 1

TOTAL = 31

MEDIA = 2,81

Ítem 13



1 contestó 2 (a menudo). Invierte a 4 = 4

2 contestaron 3 (a veces) = 6

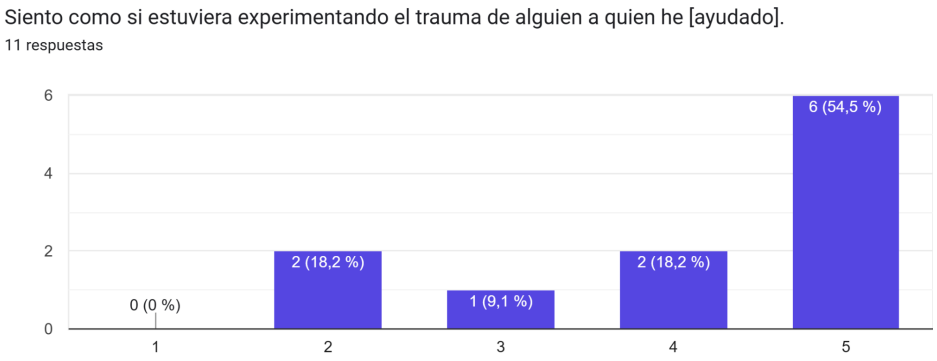
2 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 4

6 contestaron 5 (nunca). Invierte a 1 = 6

TOTAL = 20

MEDIA = 1,81

Ítem 14



2 contestaron 2 (a menudo). Invierte a 4 = 8

1 contestó 3 (a veces) = 3

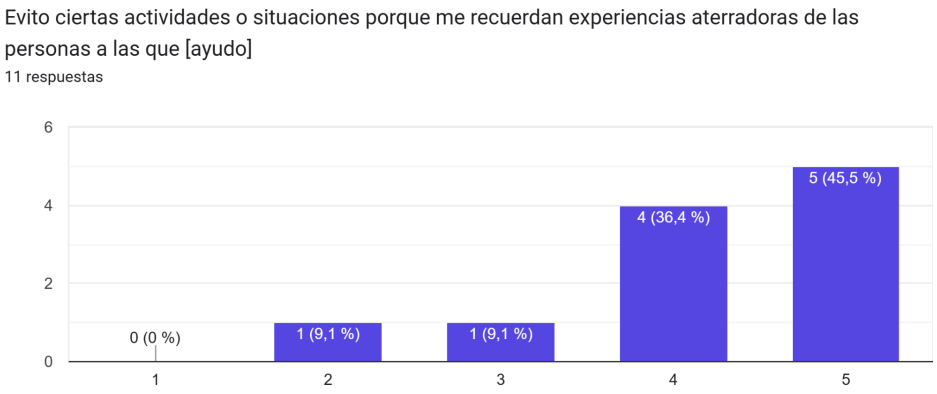
2 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 4

6 contestaron 5 (nunca). Invierte a 1 = 6

TOTAL = 21

MEDIA = 1,90

Ítem 23



1 contestó 2 (a menudo). Invierte a 4 = 4

1 contestó 3 (a veces) = 3

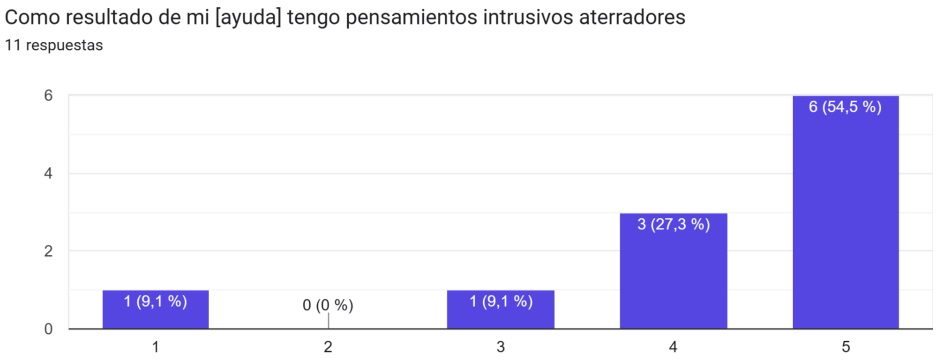
4 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 8

5 contestaron 5 (nunca). Invierte a 1 = 5

TOTAL = 20

MEDIA = 1,81

Ítem 25



1 contestó 1 (muy a menudo). Invierte a 5 = 5

1 contestó 3 (a veces) =3

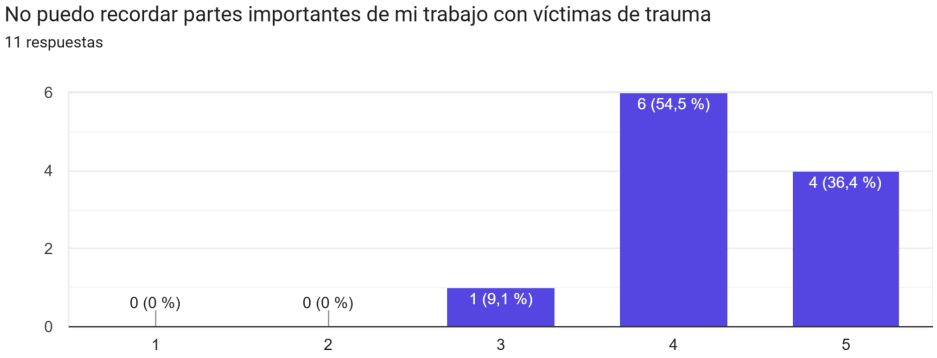
3 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 6

6 contestaron 5 (nunca). Invierte a 1 = 6

TOTAL = 20

MEDIA = 1,81

Ítem 28



1 contestó 3 (a veces) = 3

6 contestaron 4 (casi nunca). Invierte a 2 = 12

4 contestaron 5 (nunca). Invierte a 1 = 4

TOTAL = 19

MEDIA = 1,72

Promedio del grupo Subescala Estrés Traumático Secundario: 23,66. Moderada (23 a 41).

Estrés Traumático Secundario (Fatiga por Compasión) por sujeto:

Se invirtieron puntajes

Sujeto	Ítem 2	Ítem 5	Ítem 7	Ítem 9	Ítem 11	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 23	Ítem 25	Ítem 28	TOTAL
1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	**16**
2	4	2	4	4	2	1	1	1	2	2	**23**
3	5	1	3	4	2	3	3	1	1	1	**24**
4	2	2	2	2	3	1	1	2	1	3	**19**
5	4	2	3	3	3	2	2	2	2	2	**35**
6	4	3	5	5	4	3	4	2	3	2	**35**
7	3	3	2	1	3	1	2	3	1	2	**21**
8	4	5	3	4	5	4	4	4	5	2	**40**
9	3	4	1	3	4	2	1	1	1	1	**21**
10	3	2	2	2	1	1	1	2	2	1	**17**
11	5	2	3	3	2	1	1	1	1	1	**20**

Estrés Traumático Secundario bajo: sujeto 1, 4, 7, 9, 10 y 11 **(6 sujetos) = 54,54%**

Estrés Traumático Secundario moderado: sujetos 2, 3, 5, 6 y 8 **(5 sujetos) = 45,45 %**

Estrés Traumático Secundario alto: no hay sujetos.

El **sujeto 1** tiene el Estrés Traumático Secundario más bajo.

El **sujeto 8** tiene el Estrés Traumático Secundario más alto (dentro de los moderados).

b) Análisis Inferencial

El cuadro expuesto busca unificar y sintetizar los datos obtenidos por los 11 participantes en cada una de las escalas administradas. Se debe señalar que en el cuestionario de elaboración propia solo se optó por unificar las emociones percibidas por los participantes.

Sujetos	**Cuestionario ad.hoc**	**MBI**			**ERQ**		**ProQOL**		
	Emociones Antes de entrar a sesión	**AE**	**D**	**RP**	**RC**	**SE**	**SPC**	**B**	**ETS**
1	Neutralidad, entusiasmo	**17** (bajo)	**8** (medio)	**37** (medio)	16	16	44	16	16
2	Ansiedad	**36 (alto)**	**1** (bajo)	**35** (medio)	22	7	35	27	23
3	Tranquilidad (salvedad casos difíciles)	**23** (medio)	**8** (medio)	**40** (alta)	35	5	39	19	24
4	Valentía	**27 (alto)**	**7** (medio)	**34** (medio)	31	8	37	22	19
5	Nervios	**26** (medio)	**4** (bajo)	**40** (alta)	29	7	39	23	35
6	Nervios, adrenalina	**19** (medio)	**1** (bajo)	**31 (baja)**	29	9	39	24	35
7	Ansiedad	**18** (bajo)	**10 (alto)**	**36** (medio)	14	6	40	19	21
8	Calma	**22** (medio)	**15 (alto)**	**35** (medio)	34	21	36	29	40
9	Curiosidad	**37 (alto)**	**4** (bajo)	**35** (medio)	20	18	30	25	21
10	Ansiedad de la buena	**22** (medio)	**1** (bajo)	**41** (alta)	36	8	42	17	17
11	Calma/ansiedad (depende del caso)	**36 (alto)**	**6** (medio)	**36** (medio)	24	7	39	24	20

1. Emociones predominantes en psicólogos concurrentes ante la atención de casos de violencia intrafamiliar

A través del análisis del cuestionario ad.hoc de cada uno de los concurrentes, se podrán describir las emociones presentes en cada uno de ellos frente a la atención de casos de violencia intrafamiliar, pudiendo así distinguir cuáles son las que predominan antes de la sesión, cuáles frente al caso que les preocupa y cuáles aparecen fuera del espacio clínico.

Cuando se les pregunta a los concurrentes por la emoción que predomina antes de entrar a sesión, parece prevalecer la ansiedad junto con algunas de sus variantes. Sin embargo, en algunos casos aparece también la calma y hasta el entusiasmo.

En un primer grupo, que se denominará los "inquietos", aparecen tanto los sujetos 2 y 7, que expresan sentir "ansiedad", como el sujeto 10, quien especifica sentir "ansiedad de la buena". Por su parte, el sujeto 5 comunica que siente "nerviosismo", y el sujeto 6 "nerviosismo" pero a la vez "adrenalina", encontrando este último cierta similitud con la respuesta del sujeto 10. Los "inquietos" representan un 46% de la muestra.

En el lado opuesto tenemos al grupo de los "serenos", en el que el sujeto 8 siente "calma", y el sujeto 3 manifiesta sentir "tranquilidad y buena disposición", advirtiendo que puede llegar a sentir ansiedad o incertidumbre ante casos difíciles. Una salvedad similar hace el sujeto 11, quien explica que puede sentir tanto calma como ansiedad, dependiendo de la temática a abordar. Los "serenos" representan un 27% de la muestra.

Finalmente, está el grupo de los "fervientes", integrado por el sujeto 1, que si bien habla de cierta "neutralidad", también expresa sentir "entusiasmo". Le sigue el sujeto 9, que comunica sentir "concentración y curiosidad", y finalmente el sujeto 4, que sorprende por su originalidad respondiendo "valentía". Los "fervientes" representan otro 27% de la muestra.

Siguiendo con el análisis emocional, frente a los casos que les preocupan, un panorama general permite pensar que predomina la ansiedad y la angustia. Los sujetos 3 y 8 (ambos del grupo de los "serenos") identifican la violencia intrafamiliar/violencia de género como los casos que les preocupan, pero mientras el sujeto 8 solamente refiere a sentir "preocupación", el sujeto 3 se explaya y comunica que le genera "incertidumbre, angustia y frustración". Los sujetos 6, 7 (ambos del grupo los "inquietos") y 9 (del grupo "fervientes") manifiestan que los casos que les preocupan son aquellos que tratan temáticas de abuso/violencia infantil, con la diferencia de que a los dos primeros les genera "tristeza", y al concurrente 9 le despierta "bronca". El sujeto 11 (del grupo de los "serenos"), con cierta semejanza pero sin mucha especificación, expresa que le preocupan casos en los que hay "violencia o abuso" (incluyendo también los "casos judicializados"), los cuales le generan ansiedad e inseguridad.

Por su parte, los sujetos 4 (grupo de los "fervientes") y 10 (grupo de los "inquietos") coinciden en que los casos con ideación suicida son los que más les preocupan, pero mientras al primero le generan

tristeza y ansiedad, el segundo explica sentir “angustia por la pérdida de control”.

En cambio, el sujeto 2 (del grupo de los “inquietos”) es el único que menciona la depresión o los ataques de pánico como temáticas que abordan los casos que más le preocupan. Por último, los sujetos 1 (grupo de los “fervientes”) y 5 (grupo de los “inquietos”) concuerdan en no identificar ninguna temática específica que les preocupe, aunque frente a casos que los afligen, el primero dice sentir “curiosidad” y el otro “ansiedad, impaciencia o rumiación”.

Para terminar, también se les pidió a los concurrentes que identificaran las emociones que aparecen fuera del espacio clínico, y es en este punto donde aparece un escenario más heterogéneo. Se podría, sin embargo, agrupar a aquellos que sintieron ansiedad o sus variantes. En este primer grupo, coincidentemente aparecen dos integrantes del grupo de los “inquietos”: el sujeto 5 dice sentir “intranquilidad” y estar “muy en la mente”, mientras que el concurrente 10 solo menciona “ansiedad”. El listado continúa con aquellos sujetos que sintieron emociones más cercanas al enojo. Aquí aparecen dos miembros del grupo de los “fervientes”: el sujeto 1 con “fastidio”, y el sujeto 9 con “irritabilidad” y “cansancio”. También se incluye al sujeto 6 (del grupo de los “inquietos”) con “impotencia” y “asco”. El sujeto 11 (del grupo de los “serenos”), en un intermedio, manifiesta sentir ansiedad o enojo “dependiendo el caso” o “si se va cargada”.

La angustia aparece en los sujetos 3 (a veces) y 8, ambos del grupo de los “serenos”. Aparecen también emociones ligadas a la baja autoeficacia: el sujeto 2 (grupo de los “inquietos”) comunica la “sensación de pocos recursos”, y la concurrente 4 (grupo de los “fervientes”) expresa sentirse “insuficiente e insegura”.

En último término, el sujeto 7 (del grupo de los “inquietos”) es el único que no reporta ninguna emoción negativa fuera del espacio clínico.

2. Niveles de burnout en psicólogos concurrentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal

A través de la escala MBI se pudo conocer el nivel de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal de cada uno de los concurrentes. Según el Maslach Burnout Inventory (MBI), altos puntajes en las dos primeras subescalas (Agotamiento Emocional y Despersonalización) y puntuaciones bajas en la tercera subescala (Realización Personal) determinarán la presencia de Burnout (Omint, s.f.).

Para comenzar, la primera subescala referida al Agotamiento Emocional es tanto la dimensión que muestra más variabilidad como también la que presenta más casos con niveles altos. En el grupo estudiado, hay 4 sujetos con niveles altos de Agotamiento Emocional: los sujetos 2, 4, 9 y 11. Sin embargo, existen algunas diferencias entre ellos. Mientras que el sujeto 9 presenta el Agotamiento

Emocional más alto con 37 puntos, los sujetos 2 y 11 empatan con 36 puntos cada uno. Finalmente, el sujeto 4, con 27 puntos, está justo en el límite en donde inicia el rango de puntajes altos.

En cuanto a esta primera subescala, el resto de los sujetos se distribuyen entre los niveles medios y bajos. Así, los sujetos 3, 5, 6, 8 y 10 se posicionan en el rango medio, y los sujetos 1 y 7 son los únicos que se ubican en el nivel bajo con 17 (Agotamiento Emocional más bajo del grupo) y 18 (límite con el rango medio) puntos respectivamente.

La siguiente subescala es la de Despersonalización, y pareciera ser la más protegida ya que todos los sujetos muestran niveles bajos y medios salvo dos excepciones. De esta manera, los sujetos 1, 3, 4 y 11 se ubican en los niveles medios, mientras que los sujetos 2, 5, 6, 9 y 10 se ubican en el nivel bajo, siendo los sujetos 2, 6 y 10 los que tienen la Despersonalización más baja con solo 1 punto en esta subescala. En una situación opuesta, los sujetos 7 y 8 se encuentran en el rango alto con 10 (justo el límite) y 15 puntos cada uno.

La tercera subescala referida a la Realización Personal tampoco parece significar riesgos, ya que la mayoría de los sujetos muestra niveles medios o altos, quedando solo un sujeto en el rango bajo. Los sujetos que se ubican en el rango medio son el 1, 2, 4, 7, 8, 9 y 11 (siendo claramente mayoría), y los sujetos 3, 5 y 10 se posicionan en el rango alto, siendo el concurrente 10 el que tiene la Realización Personal más alta. El sujeto 6 es el único que tiene puntaje bajo en esta dimensión.

Si bien ningún sujeto demuestra padecer el síndrome de burnout, ya que ninguno tiene las tres subescalas alteradas en simultáneo, algunos obtuvieron puntajes riesgosos en por lo menos una de las dimensiones analizadas. Un 64%, es decir siete de los once sujetos (sujetos 2, 4, 6, 7, 8, 9 y 11) poseen por lo menos una subescala alterada. Aunque en la mayoría el riesgo aparece en el Agotamiento Emocional, los problemas también se presentan en la subescala de Despersonalización o Realización Personal. Por otro lado, un 36%, es decir cuatro de los once sujetos (los sujetos 1, 3, 5 y 10) no tienen ninguna dimensión comprometida, constituyéndose como los perfiles más “funcionales” de la muestra, según la escala MBI.

Por último, pero no menos importante, la subescala de Agotamiento Emocional es la que se ve alterada en la mayor cantidad de sujetos, por lo que se podría inferir que el malestar en esta muestra se expresa mayoritariamente como cansancio emocional. La Despersonalización y la Realización Personal se ven menos comprometidas en el grupo, con tan solo dos y un sujeto con puntajes riesgosos respectivamente. Como conclusión al respecto, a nivel general, el agotamiento no llegaría a traducirse en este grupo como distanciamiento o cinismo hacia los pacientes, ni como baja sensación de logro.

3. Regulación emocional en los concurrentes del grupo AGFP: reevaluación cognitiva y supresión expresiva

La escala ERQ permite obtener información sobre el uso de dos mecanismos de regulación emocional: la Reevaluación Cognitiva y la Supresión Expresiva. La primera estrategia refiere a reinterpretar cognitivamente una situación para modular la respuesta emocional, en tanto que la segunda se centra en inhibir la expresión conductual una vez que la emoción ya se ha generado. Según Gross y John (2003), la Reevaluación Cognitiva se asocia a un mayor bienestar y afecto positivo, mientras que la Supresión Expresiva se asocia a un menor bienestar y mayor afecto negativo. Es por este motivo que en el siguiente análisis interpreta que los perfiles con mayor bienestar emocional esperado son aquellos con una Reevaluación Cognitiva igual o por encima de la media y una Supresión Expresiva igual o por debajo de la media.

Para ordenar los resultados obtenidos por los concurrentes en la escala ERQ, se optó por dividir a los sujetos en distintos grupos según las estrategias de regulación emocional prevalentes. De esta manera, los sujetos 3, 4, 5 y 10 integran el grupo de los sujetos con Reevaluación Cognitiva alta, mientras los concurrentes 1 y 9 se agrupan por tener altos niveles de Supresión Expresiva. Según la teoría de Gross y John (2003), el primer grupo incluye a los perfiles más adaptativos en cuanto regulación emocional, ya que ponen en práctica la reevaluación en etapas cognitivas, pudiendo repensar la interpretación inicial de la situación. En cambio, el segundo grupo integra los perfiles más desadaptativos, que se caracterizan por inhibir la expresión conductual una vez que la respuesta emocional ya ha iniciado su curso.

Los cuatro sujetos con Reevaluación Cognitiva alta poseen al mismo tiempo una Supresión Expresiva baja, lo cual según este análisis, corresponde a los perfiles con mayor bienestar emocional esperado. En cuanto a los sujetos 1 y 9, ambos acompañan la Supresión Expresiva alta con una Reevaluación Cognitiva baja, constituyendo perfiles que se asocian más a lo desadaptativo o lo riesgoso.

Por otra parte, aparecen sujetos con ambas estrategias de regulación emocional en niveles bajos, como sucede con los concurrentes 2, 7 y 11. En este caso aparece un vacío teórico, por lo que las consecuencias de estos mecanismos de regulación solo se podrán analizar comparándolos, en una etapa posterior, con los resultados obtenidos en otros cuestionarios.

En oposición a este último grupo, el sujeto 8 presenta ambas estrategias de regulación emocional en niveles altos. A través de una investigación de Cutuli (2014), se puede inferir que una Reevaluación Cognitiva alta no alcanza para neutralizar una Supresión Expresiva alta porque cada estrategia se produce en momentos distintos del proceso emocional. El mismo estudio agrega que la Supresión Expresiva requiere de que el individuo gestione activamente sus respuestas emocionales a

medida que ocurren, por lo que estos esfuerzos repetidos agotan los recursos cognitivos en detrimento del desempeño social. Si entonces se entiende que existirá un costo cognitivo y social para suprimir la propia conducta, independientemente de cuánto utilice el sujeto la Reevaluación Cognitiva, entonces el concurrente 8 también se posicionará como un perfil de riesgo.

Finalmente el sujeto 6 expresa ambas estrategias de regulación emocional en niveles correspondientes a la media, constituyendo un perfil más bien neutro. Por tanto, según la teoría de Gross y John (2003), sus resultados de la escala ERQ no logran asociarse ni a un perfil de mayor bienestar, ni tampoco a un perfil de mayor malestar.

4. Calidad de vida profesional de los concurrentes del grupo AGFP en la atención de casos de violencia intrafamiliar

De acuerdo con el ProQOL, cuestionario que mide la Calidad de Vida Profesional a través de tres subescalas, la Satisfacción por Compasión representa el contenido positivo de la evaluación (por lo que resultados altos significarán mayor bienestar), mientras que las subescalas de Burnout y Estrés Traumático Secundario responden a componentes negativos (por lo que los puntajes bajos se vincularán a mayor bienestar).

En la primera subescala, Satisfacción por Compasión, ningún sujeto expone resultados que lo coloquen en el nivel bajo. No obstante, solo dos sujetos alcanzan el nivel alto: el sujeto 1 con 44 puntos (lo más alto del grupo), y el sujeto 10 con 42 puntos. El resto de la muestra ocupa el nivel intermedio con resultados moderados, en donde el sujeto 9 se posicionó en el extremo inferior de ese rango con 30 puntos (lo más bajo dentro de los puntajes moderados), y el sujeto 7 se ubicó en el techo de los puntajes moderados con 40 puntos.

Seguidamente, en la subescala de Burnout, los sujetos con los mejores puntajes, es decir aquellos que ocuparon el nivel bajo, fueron los sujetos 1, 3, 4, 7 y 10. Dentro de este primer grupo, el sujeto 1 tiene el Burnout más bajo con 16 puntos, y el sujeto 4 se encuentra en el límite con 22 puntos. El resto de la muestra obtiene puntajes moderados que los ubica en un nivel intermedio, con el sujeto 8 con la puntuación más alta de este rango (29 puntos, igualmente alejado del nivel alto), y el sujeto 5 con la puntuación más baja (23, justo en el límite con el nivel bajo). Por lo tanto, según esta subescala ningún sujeto de la muestra padece Burnout (al igual que lo expuesto por la escala MBI).

Finalmente, en la subescala de Estrés Traumático Secundario, los resultados de los concurrentes se ubicaron tanto en niveles medios como en niveles bajos, sin llegar a niveles altos que significarían un riesgo. Los sujetos con mejores puntajes, es decir que se posicionaron en el sector bajo,

fueron el 1, el 4, el 7, el 9, el 10 y el 11 (el 1 con el puntaje más bajo con 16 puntos, y el 7 y el 9 con los puntajes más altos del rango con 21 puntos). El resto de los concurrentes se distribuyeron en el sector intermedio, siendo el sujeto 2 el de menor puntaje del rango con 23 puntos, y el sujeto 8 el de mayor puntaje con 40 puntos (casi al límite del rango moderado).

Asimismo, también se pueden distinguir a los sujetos 1 y 10 como los perfiles más favorables ya que ambos obtuvieron puntuaciones altas en la Satisfacción por Compasión y, al mismo tiempo, puntajes bajos en Burnout y Estrés Traumático Secundario. Por otro lado, si bien ninguno de los concurrentes obtuvo puntajes bajos en la Satisfacción por Compasión, ni llegó a niveles altos de Burnout o Estrés Traumático Secundario, cabe destacar que el sujeto 8 tiene el Burnout y el Estrés Traumático Secundario más altos de la muestra, y el sujeto 9 la Satisfacción por Compasión más baja del grupo.

Discusión

Con el fin de organizar la información recolectada por los 4 cuestionarios administrados a los 11 concurrentes, se procederá a relacionar a los sujetos entre sí y se tratará de encontrar los motivos que los llevaron a obtener los resultados correspondientes en cada escala. Asimismo, para facilitar la lectura se decidió articular siguiendo el orden en el que se estableció la administración cotejando, además, datos relevantes que aportó el cuestionario ad hoc. Por otro lado, se debe mencionar que se adjunta en el anexo 6 el análisis individual de cada sujeto.

En relación al MBI los sujetos con **Agotamiento Emocional alto** son el 2, 4, 9 y 11. Los dos primeros sujetos manifiestan que fuera del espacio de trabajo, las emociones negativas que aparecen se relacionan con la baja autoeficacia. El sujeto 2 dice que “a veces se siente con pocos recursos”, y el sujeto 4 manifiesta sentirse “insuficiente e insegura” (al tiempo que añade que confía “poco” en sus recursos).

El 2 y el 11 coinciden en pensar “mucho” en sus casos fuera del espacio clínico, sugiriendo cierta dificultad de desconexión con el trabajo. Ambos sujetos tienen tan solo un año de experiencia atendiendo pacientes.

El sujeto 9 tiene el Agotamiento Emocional más alto de toda la muestra, y resalta por ser el sujeto que expresó bajo apoyo entre colegas, al tiempo que le dio poco valor al espacio de supervisión.

La experiencia con pacientes no parece ser un motivo que responda a los niveles altos de Agotamiento Emocional, ya que no sigue un mismo patrón: los sujetos 2 y 11 tienen 1 año de experiencia; el sujeto 4 lleva 3 años atendiendo personas; y el sujeto 9, 2 años. Sin embargo, según Minuchin (2021), todos los concurrentes con Agotamiento Emocional alto se encuentran en el primer período de iniciación, ya que aún no superan los 5 años como profesionales.

Por otra parte, los sujetos con **Agotamiento Emocional bajo** son el 1 y el 7. Ambos sujetos se encuentran realizando posgrados y concuerdan en pensar “poco” en sus casos fuera del espacio clínico.

Ninguno de los dos sujetos tiene una gran trayectoria atendiendo pacientes: el sujeto 1 tiene 2 años de experiencia con consultantes; y el sujeto 7, 1 año. Es decir, estos concurrentes con el Agotamiento Emocional más bajo de la muestra, también se encuentran en lo que Minuchin (2021) denomina etapa de iniciación. Mientras que el sujeto 1 dice que no hay casos que le preocupen especialmente, el sujeto 7 afirma que no aparecen emociones negativas fuera del ámbito laboral.

Se diferencian en que el concurrente 1 dice no utilizar estrategias específicas de regulación emocional, y el sujeto 7, en cambio, sí.

Coinciden en valorar mucho el apoyo entre colegas y el espacio de supervisión.

En relación a la subescala de Despersonalización del MBI, únicamente los sujetos 7 y 8 manifiestan una **Despersonalización alta** que, pese a que la teoría sobre Burnout lo entiende como un

mecanismo defensivo, no se acompaña por un Agotamiento Emocional alto en ninguno de los dos sujetos. Como se dijo anteriormente el sujeto 7 es uno de los concurrentes con el Agotamiento Emocional más bajo de la muestra, y el sujeto 8 tiene un Agotamiento Emocional medio.

Sin embargo, el sujeto 8 se destaca por tener la Supresión Expresiva (inhibición conductual una vez que la emoción ya ha iniciado) más alta de la muestra, lo que quizás se pueda relacionar con cierto distanciamiento o frialdad hacia sus consultantes. El sujeto 7, por su parte, expresa pensar "poco" en sus casos fuera del espacio. En ambos concurrentes, la Despersonalización podría estar actuando como un mecanismo para tomar distancia afectiva de sus consultantes.

En cuanto a l**a subescala de Realización Personal del MBI,** se encontró que los sujetos con **Realización Personal alta** son el 3, el 5 y el 10. Todos ellos coinciden en tener "bastante" confianza en sus recursos clínicos y estar "bastante" (salvo el 3 "moderadamente") satisfechos con sus intervenciones.

Además concuerdan en dar mucha importancia al apoyo entre colegas y al espacio de supervisión para expresar sus emociones y preocupaciones, y así lograr sentirse mejor. Los tres sujetos coinciden con un mismo patrón de regulación emocional según la escala ERQ: Reevaluación Cognitiva por encima de la media, y Supresión Expresiva por debajo de la media (el perfil más favorable y tendiente al mayor bienestar según la teoría)

La alta Realización Personal en estos casos no parece explicarse por la experiencia laboral, ya que todos difieren en cantidad de años atendiendo pacientes: el sujeto 3 tiene apenas 1 año de experiencia, el sujeto 5, en cambio, 8 años de experiencia; y el sujeto 10 lleva 2 años trabajando con consultantes.

El único sujeto con **Realización Personal baja** es el 6. La concurrente tiene tan solo 6 meses de experiencia con pacientes, y el cuestionario ad.hoc aporta que se siente "bastante" no preparada para sus casos. Añade además que "fuera del ámbito clínico le cuesta lidiar con algunos casos".

Respecto al **ERQ** se evidenció por un lado, un primer grupo con **Reevaluación Cognitiva alta - Supresión Expresiva baja.** Los sujetos que lo integran, como ya se mencionó anteriormente, poseen los perfiles tendientes a un mayor bienestar según Gross y John (2003), y son los siguientes: 3, 4, 5 y 10. Solamente el sujeto 3 manifiesta utilizar "bastante" estrategias para regular sus emociones en sesión, el resto respondió "moderadamente" o "poco". No obstante, todos afirman saber regular sus emociones y nombran técnicas específicas a las que recurren para conseguirlo.

Por otra parte, los años de experiencia no parecen incidir en lo que la escala ERQ considera un perfil favorable de regulación emocional, ya que los sujetos no coinciden en trayectoria atendiendo pacientes: la concurrente 3 lleva tan solo 1 años; la concurrente 4, en cambio, 3 años; el sujeto 5 es el que tiene más experiencia de toda la muestra con 8 años; y el sujeto 10 tiene 2 años de experiencia.

A pesar de que estos sujetos tienen los mejores perfiles en la escala ERQ, según sus autores

(Gross y John, 2003), ello no los excluye de tener ciertas dimensiones alteradas en la escala MBI o en el ProQOL. Por ejemplo, el sujeto 4 aún teniendo una buena regulación emocional según lo que dicta la escala ERQ, presenta un alto Agotamiento Emocional en la escala MBI. El sujeto 5, por su parte, obtuvo una de las puntuaciones más altas en la subescala Estrés Traumático Secundario (ProQOL). Esto último sugeriría que ni el mejor mecanismo de regulación emocional puede asegurar que el profesional no reciba el impacto de los traumas relatados por sus pacientes.

No obstante, es importante también destacar que tres de los cuatro sujetos con los perfiles más favorables según el ERQ son los únicos que obtuvieron puntuaciones altas en la subescala de Realización Personal del MBI: los sujetos 3, 5 y 10.

Asimismo, el sujeto 10 fue uno de los dos únicos sujetos con un perfil totalmente limpio según el ProQOL, el cuestionario de Calidad de Vida Profesional. Sus resultados mostraron una Satisfacción por Compasión alta, junto con un Burnout y un Estrés Traumático Secundario bajos.

Todos los sujetos de este grupo coinciden en valorar el apoyo entre colegas y los espacios de supervisión para expresar sus emociones y preocupaciones y sentirse mejor.

En relación a la puntuación del **ERQ** con **Reevaluación Cognitiva baja - Supresión Expresiva alta** los sujetos de la muestra que aparecen en esta sección son el 1 y el 9. Según Gross y John (2003), este grupo integra los perfiles tendientes a un mayor malestar, de acuerdo a lo considerado por la escala.

No obstante, luego de una detenida lectura a través de los cuatro cuestionarios administrados, las diferencias entre ambos concurrentes son notables.

Primeramente, el sujeto 1 presenta el Agotamiento Emocional (MBI) más bajo de toda la muestra, junto con uno de los mejores perfiles según el ProQOL: presenta una Satisfacción por Compasión alta, junto con un Burnout y Estrés Traumático Secundario bajo. Como se mencionó anteriormente, el sujeto 1 expresa no utilizar técnicas específicas de regulación emocional, pero afirma saber regular sus emociones. A pesar de solo tener dos años de experiencia con pacientes, presenta una sensación de autoeficacia manifestando que confía “bastante” en sus recursos y que está “muy” satisfecho con su intervenciones. Además, valora mucho el apoyo entre colegas y los espacios de supervisión para compartir sus emociones y preocupaciones y sentirse mejor. Todo ello permitiría suponer que una Reevaluación Cognitiva baja no se convierte en una sentencia al bienestar del sujeto, ya que el concurrente puede aún encontrar niveles altos de satisfacción a partir de la sensación de autoeficacia y el apoyo entre compañeros.

La situación del sujeto 9, en cambio, es totalmente diferente. Su perfil desfavorable del ERQ coincide con presentar el Agotamiento Emocional (MBI) más alto de la muestra. Sin embargo, el cuestionario ad.hoc también permite observar otros datos que la distinguen del sujeto 1.

Mientras que el sujeto 1 expresaba sentirse “poco” no preparado para sus casos, el sujeto 9 declara sentirse “bastante” no preparado para sus casos. Esta falta de confianza en sí mismo coincide con los resultados bajos obtenidos en la subescala de Satisfacción por Compasión del ProQOL. Por lo

tanto, la primera distinción que encontramos entre ambos sujetos, es que la concurrente 9 no tiene una sensación de autoeficacia sólida como el sujeto 1.

Asimismo, el sujeto 9 es el que menor valor le da al apoyo entre colegas y a los espacios de supervisión en toda la muestra. Comunica que se siente “moderadamente” escuchada y contenida por sus compañeros, y que la supervisión le trae tranquilidad solo “a veces, depende de la supervisión”.

Todo esto confirma que la confianza en uno mismo y la percepción de apoyo entre colegas, el sentirse escuchado y contenido y tener espacios donde expresar las preocupaciones, son de suma importancia, quizás incluso más que el poseer los mejores mecanismos de regulación emocional.

Ambos sujetos tienen 2 años de experiencia atendiendo pacientes, por tanto los dos se encuentran en los que Minuchin (2021) denomina etapa de iniciación.

En la escala **ProQOL** se observó, por un lado, **Perfiles protegidos en las tres subescalas:** los sujetos 1 y 10 obtuvieron los mejores resultados en el cuestionario, con puntuaciones altas en la subescala de Satisfacción por Compasión, y puntajes bajos en la subescala de Burnout y Estrés Traumático Secundario. Ambos sujetos tienen apenas 2 años de experiencia, por tanto se encuentran en una etapa de iniciación, según la teoría de Minuchin (2021).

A pesar de que el sujeto 1 tiene un perfil tendiente al malestar según el ERQ (Reevaluación Cognitiva baja y Supresión Expresiva alta) y el sujeto 10, en cambio, un perfil tendiente al bienestar según esa misma escala (Reevaluación Cognitiva alta y Supresión Expresiva baja) ambos parecen obtener satisfacción de su trabajo de ayuda, sin llegar al agotamiento característico del Burnout ni al Estrés Secundario que podrían provocar los relatos traumáticos de pacientes.

En lo que refiere a la escala MBI, ninguno de los dos posee ninguna dimensión en niveles altos, y hasta poseen una o más escalas en los mejores niveles: el sujeto 1 tiene el Agotamiento Emocional más bajo de todo el grupo, y el sujeto 10 tiene una de las Despersonalizaciones más bajas, junto con la Realización Personal más alta del grupo.

Los dos sujetos concuerdan en una sensación fuerte de autoeficacia, y en el percibir un importante sostén institucional, proveniente tanto del apoyo entre colegas, como de los espacios de supervisión.

Cabe destacar que los sujetos 1 y 10 fueron los únicos de toda la muestra que obtuvieron puntuaciones altas en la subescala de Satisfacción por Compasión.

Por otro lado, respecto a los **Perfiles protegidos de Burnout y Estrés Traumático Secundario del PROQOL,** si bien los sujetos que integran este grupo no alcanzaron niveles altos de Satisfacción por Compasión, sí lograron alcanzar niveles medios en dicha subescala. Asimismo, exponen niveles bajos de Burnout y Estrés Traumático Secundario. Los concurrentes que integran este grupo son el 4 y el 7.

En lo que respecta al perfil del ERQ, ambos coinciden en tener una Supresión Expresiva por

debajo de la media, pero mientras el sujeto 4 la acompaña con una Reevaluación Cognitiva por encima de la media (constituyendo un perfil tendiente al bienestar), el sujeto 7, en cambio, muestra una Reevaluación Cognitiva por debajo de la media.

Ambos coinciden en tener por lo menos una dimensión alterada en la escala MBI: el sujeto 4 tiene un Agotamiento Emocional alto, y el sujeto 7 tiene una Despersonalización alta. Sin embargo, es importante también resaltar que este último es uno de los sujetos con un Agotamiento Emocional bajo.

Ninguno de los dos sujetos muestra demasiada confianza en sí mismo: el sujeto 4 dice tener "poca" confianza en sus recursos clínicos, mientras que el sujeto 7 opta por responder con un "moderadamente" a dicho ítem; ambos expresan estar "moderadamente" satisfechos con sus intervenciones.

El sujeto 4 menciona la ideación suicida como temática que le preocupa, y el sujeto 7 la violencia infantil. Pese al gran contenido traumatizante que ambos temas pueden acarrear, los dos concurrentes lograron mantener niveles bajos de Estrés Traumático Secundario. Lo mismo no podría explicarse por una única manera de regulación, según lo entendido por la escala ERQ, ya que no obtuvieron los mismos resultados en esa medición. Sin embargo, ambos sujetos afirman saber regularse y mencionan estrategias específicas para lograrlo.

Ambos sujetos concuerdan en dar una valoración importante al apoyo entre colegas y a la supervisión como espacios para descargar sus emociones y preocupaciones, al tiempo que les ayuda a traer claridad y seguridad.

En cuanto a la experiencia, mientras el sujeto 4 lleva 3 años atendiendo pacientes, el sujeto 7 apenas lleva solo 1 pero, a su vez, se encuentra realizando un posgrado.

En conclusión, luego de cotejar los resultados de los cuatro cuestionarios, los sujetos que presentan los perfiles con mayor bienestar son el 1 y el 10. Lo primero que se debe destacar es que ambos tienen tan solo dos años de experiencia atendiendo pacientes, posicionándose en una etapa de iniciación profesional, por lo que una extensa trayectoria no parecería ser primordial. No obstante, presentaron perfiles totalmente limpios en el ProQOL (Satisfacción por Compasión alta, junto con Burnout y Estrés Traumático Secundario bajos), al tiempo que en el MBI, el sujeto 1 obtuvo el Agotamiento Emocional más bajo de toda la muestra y el sujeto 10 la Realización Personal más alta de toda la muestra.

Por su parte, la escala ERQ mostró dos perfiles muy distintos entre sí. Mientras que el sujeto 10 expresó lo que según la teoría representa un perfil ideal de regulación emocional (Reevaluación Cognitiva alta y Supresión Expresiva baja), junto con el uso de técnicas específicas de regulación emocional (respiración), el sujeto 1 rompe con estos estereotipos mostrando lo que, según los autores de la escala, representa un perfil tendiente a un mayor malestar (Reevaluación Cognitiva baja y Supresión Expresiva alta).

Sin embargo, estos dos concurrentes coinciden en demostrar confianza en sí mismos (autoeficacia), y en valorar la importancia del apoyo entre colegas y los espacios de supervisión como formas para expresar sus emociones o preocupaciones para obtener seguridad y claridad.

Desde un escenario totalmente opuesto, el sujeto 9 mostró el perfil con mayor malestar de toda la muestra (tiene el Agotamiento Emocional más alto, junto con la Satisfacción por Compasión más baja de todo el grupo). Pese a tener la misma cantidad de años de experiencia que los sujetos 1 y 10 (2 años), la concurrente 9 parece no contar con los mismos factores protectores con los que disponen los psicólogos de la muestra con los perfiles tendientes a un mayor bienestar. La principal diferencia radica en que el sujeto 9 percibe una baja autoeficacia y no otorga demasiado valor o utilidad al apoyo entre colegas o los espacios de supervisión.

Alcances y limitaciones

La presente investigación se propuso analizar cómo influyen los casos de violencia intrafamiliar en la regulación emocional y en el bienestar de los psicólogos concurrentes del año 2026 del grupo familia “AGFP” del Hospital Ramón Carrillo de San Isidro. Para lograrlo, se tomaron como variables relevantes las emociones, el burnout, los mecanismos de regulación emocional, y la calidad de vida profesional, que se pudieron operacionalizar y medir a través de la administración de diferentes cuestionarios.

Un primer cuestionario ad.hoc buscó determinar las emociones predominantes en el grupo de psicólogos estudiado. Seguidamente, la escala MBI se encargó de determinar la presencia o ausencia de Burnout en cada uno de los participantes. A continuación, la escala ERQ examinó los mecanismos de regulación emocional prevalentes en cada sujeto de la muestra. Finalmente, el ProQOL-5 tuvo como meta analizar la calidad de vida profesional percibida por los concurrentes. El diseño descriptivo, correlacional y transversal del estudio constó de una primera fase centrada en la descripción de las características de cada uno de los concurrentes, a partir de lo cual se pudieron construir distintos perfiles para luego continuar con la correlación de las variables.

Sin embargo, al tratarse de un estudio transversal de la investigación solo nos permitió acceder a datos e información correspondientes a un momento preciso y acotado de los sujetos de la muestra. Esto marca un límite, ya que impide llevar a cabo un seguimiento de cada uno de los perfiles para estudiar cambios y evoluciones.

El trabajo recolectó información valiosa a partir de cuestionarios estandarizados administrados a través de google forms. Si bien esta manera de proceder se optó por cuestiones de agilidad y disponibilidad, la inclusión de entrevistas semi dirigidas podría haber enriquecido el material aportando más detalles respecto a la emocionalidad de los concurrentes en su trabajo.

Finalmente, quedan por aclarar algunas limitaciones en cuanto a los cuestionarios administrados. El ProQOL se administró en su versión n° 5 por poseer ítems con mejores propiedades psicométricas que versiones anteriores. Sin embargo, luego de verificar la información, se comprobó que la adaptación argentina se hizo sobre la versión n° 4. Asimismo, al momento de transcribir el cuestionario en el google forms, la escala de likert fue invertida por lo que al momento de trasladar las respuestas debieron invertirse los resultados de algunos ítems.

Conclusión

El presente trabajo partió de la pregunta de investigación que buscaba dilucidar si los psicólogos concurrentes con más años de experiencia atendiendo pacientes regulan mejor sus emociones y alcanzan, por tanto, mayores niveles de bienestar que aquellos con una menor trayectoria. Para ello se tomó como muestra a los 11 psicólogos concurrentes del grupo familia “AGFP” del Hospital Ramón Carrillo de San Isidro, que atienden casos de violencia intrafamiliar.

Los objetivos propuestos se cumplieron mediante la administración de cuatro instrumentos a los 11 concurrentes, que permitieron abordar las emociones predominantes, la presencia o ausencia de burnout, las estrategias de regulación emocional y los niveles de calidad de vida profesional, así como establecer las relaciones entre estas dimensiones.

Tras un análisis cuantitativo y cualitativo, la hipótesis no encontró sustento en los datos: los años de experiencia no resultaron ser un factor determinante en la regulación emocional de los psicólogos concurrentes. La investigación permitió reconocer, en cambio, la relevancia de otros factores señalados en estudios previos, como la autoeficacia, el apoyo entre colegas, los espacios de supervisión y la capacidad de establecer límites entre lo laboral y lo personal. De este modo, el trabajo aporta evidencia preliminar sobre el peso de estos recursos de sostén por encima de la antigüedad, en un grupo poco estudiado como son los psicólogos concurrentes que atienden violencia intrafamiliar.

Se propone que futuras investigaciones avancen hacia estudios longitudinales que incluyan entrevistas semidirigidas, con el fin de conocer con mayor profundidad los perfiles de los psicólogos concurrentes. Asimismo, podría explorarse un diseño experimental, con manipulación controlada de variables, que permita avanzar hacia un enfoque explicativo del funcionamiento de las variables estudiadas.

Referencias Bibliográficas

Álvarez, L., Gómez Gallardo, C., & Fuentes Álvarez, M. (2023). Síndrome de burnout y formas de afrontamiento en psicólogos trabajadores de un Hospital Público. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(2), 389–412. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.6041

Beck, A., Emery, G., Rush,J., & Shaw, B. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19ª. ed.). Descleé de Brouwer.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa

Benavides Pereira, A., Moreno Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., & González Gutiérrez, J. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: El inventario de burnout de psicólogos. *Clínica y Salud, 13*(3), 257–283. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618090002

Calero Elvira, A., Froján Parga, M. X., Ruiz Sancho, E. M., & Vargas-de la Cruz, I. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología, 28*(2), 133–150. https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631003.pdf

Crocamo, L., & Benatuil, D. (2025). La utilización de la supervisión clínica en psicoterapeutas argentinos y su vinculación con las competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia. *Revista de Psicología, 21*(41), 7–22. https://doi.org/10.46553/RPSI.21.41.2025.p7-22

Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: an overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience, 8*, artículo 175. https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00175

García Izquierdo, M., Saéz Navarro, C., & Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16*(29), 215–228. https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63241.pdf

Gilla, M., Giménez, S., Moran, V., & Olaz, F. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit, 25*(2), 179–193. https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04

Gross, J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Iparraguirre Baltazar, P., & Salazar Vargas, G. (2021). Satisfacción laboral según factores organizacionales y personales en un centro de atención psicológica de Lima. *Psique Mag: Revista Científica Digital de Psicología, 11*(1), 109–126. http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/

Jiménez Gómez, L., Oñate Peralta, L., & Tatis Mendoza, M. (2023). Factores de riesgo psicosocial asociados al síndrome de burnout en trabajadores de la salud. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 13*(1), 1–10. https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.2.2023.10839

Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria, 18*(2), 129–136. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000200008

Méndez, R., Figueroa, R., Poma, T., Márquez, E., Padilla Castro, L., Pinto Flores, I., & Rojas Gamboa, A. (2019). Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. *Horizonte Médico, 19*(4), 41–49. https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n4.06

Minuchin, A. (2021). *La persona del terapeuta*. Ediciones UC.

NovoPsych. (s.f.). *Escala de Calidad de Vida Profesional - 5 (ProQOL).* https://novopsych.com/es-us/evaluaciones/autoevaluacion-del-profesional-sanitario/la-escala-de-calidad-de-vida-profesional-5-proqol-/

Obregón, C. (2020). *Vivir plenamente*. Ediciones Universitarias.

Omint. (s.f.). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento.* https://www.omint.com.ar/website2/default.aspx?tabid=4798

Otero, B., García Grajeda, G., Bosch Canto, V., Méndez Venegas, J., & Luque, C. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: Características laborales relacionadas. *Psicología y Salud, 23*(2), 217–226. https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.503

Pagano, A., & Vizioli, N. (2021). Adaptación del cuestionario de regulación emocional (ERQ) en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. *Psicodebate, 21*(1), 18–32. https://doi.org/10.18682/pd.v21i1.3881

Paris, L. (2015). *Estrés laboral en trabajadores de la salud*. Teseo.

Pérez, S. (2016). *El arte de gestionar tus emociones*. Mestas Ediciones.

Pujol Cols, L. (2025). Demandas emocionales, vocación y bienestar ocupacional en profesionales de la salud de Argentina. *Revista Salud Pública, 27*(1), 1–9. https://doi.org/10.15446/rsap.V27n1.109330

Rivera Ávila, D., Rivera Hermosillo, J., & González Galindo, C. (2016). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en Educación Médica, 6*(21), 1–6. https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010

Salessi, S., & Omar, A. (2017). Capital psicológico y regulación emocional en el trabajo: El rol mediador de la satisfacción laboral. *Estudios de Psicología, 22*(1), 89–98. https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170010

Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo, 29*(1), 59–67. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829108

Urzúa, A., Caqueo Urizar, A., Araya, G., Celedón, C., Lacouture, N., Quiroz, L., & Guzmán, M. (2016). Calidad de vida y dificultades de regulación emocional en la vida adulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25*(2), 135–144. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946990004

Vargas Gutiérrez, R., & Muñoz Martínez, A. (2013). La regulación emocional: Precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conceptual. *Psicología USP, 24*(2), 225–240. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305128932003

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, ¿cómo estás?

Mi nombre es Clara Fernández Vidiri y me encuentro realizando el trabajo final de carrera de la Licenciatura en Psicología.

El objetivo de mi investigación es conocer cómo experimentan y regulan sus emociones los concurrentes de psicología que trabajan en casos de violencia intrafamiliar en el ámbito de la salud mental.

La participación es completamente voluntaria y consiste en completar 5 cuestionarios (4 de opción múltiple y 1 de preguntas abiertas).

Los datos recolectados serán tratados de manera confidencial. La información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos.



Anexo 2: Cuestionario ad.hoc

Complete el siguiente cuestionario teniendo en cuenta que:

1 = Nada

2 = Poco

3 = Moderadamente

4 = Bastante

5 = Mucho

1. Me suelto sentir tranquilo/a antes de entrar a sesión
2. Me suelo sentir ansioso/a antes de entrar a sesión
3. No me siento preparado/a para abordar mis casos
4. Me preocupa el bienestar de mis pacientes
5. Frecuentemente pienso en mis casos fuera del espacio clínico
6. Suelo sentirme emocionalmente agotado/a
7. Tengo confianza en mis recursos clínicos
8. Siento que puedo manejar mis emociones durante las sesiones
9. Considero que mantengo una actitud neutral durante las sesiones
10. Me siento satisfecho/a con mis intervenciones
11. Las emociones negativas que puede despertar alguna sesión disminuyen con el paso de los días
12. Suelo compartir con colegas las emociones que me despiertan los casos
13. Compartir mis preocupaciones con colegas me ayuda a sentirme mejor
14. Utilizo estrategias para manejar la emoción durante las sesiones
15. Me siento menos cargado/a emocionalmente luego de la supervisión
16. La supervisión me ayuda a comprender mejor mis reacciones emocionales
17. Durante la supervisión puedo expresar mis preocupaciones sobre los casos
18. Las supervisiones suelen traerme mayor claridad
19. Las supervisiones me hacen sentir más seguro/a respecto a mis casos
20. Me siento escuchado/a por mis colegas
21. Me siento contenido/a por mis colegas

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué emoción sentís que predomina antes de entrar a sesión?
2. ¿Hay algún caso que te preocupe especialmente? ¿Qué temática aborda?
3. ¿Qué emoción despierta el caso que te preocupa?
4. ¿Te sentís más tranquilo/a luego de la supervisión de tus casos?
5. ¿Aparecen emociones negativas fuera del espacio clínico? ¿Cuáles?
6. ¿Considerás que sabes regular tus emociones?
7. ¿Usás alguna técnica de regulación emocional? ¿Cuál?

Anexo 3: MBI

A continuación se presenta una adaptación elaborada por Gilla et al. (2019) del cuestionario **Maslach Burnout Inventory (MBI)** creado por Maslach y Jackson en el año 1981. Está compuesto de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Su función es medir el desgaste profesional.

Señale el número que crea oportuno según lo que describe cada enunciado, teniendo en cuenta que:
0 = Nunca
1 = Pocas veces al año o menos
2 = Una vez al mes o menos
3 = Unas pocas veces al mes
4 = Una vez a la semana
5 = Unas pocas veces a la semana
6 = Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo
2. Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado/a
4. Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pacientes
5. Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa
7. Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8. Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado/a por mi trabajo.
9. Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo como psicólogo/a
11. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo
13. Me siento frustrado/a en mi trabajo
14. Creo que trabajo demasiado
15. No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes
16. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18. Me siento motivado/a después de trabajar en contacto con pacientes
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20. Me siento acabado/a en mi trabajo, al límite de mis posibilidades
21. En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma
22. Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas

Anexo 4: ERQ

A continuación se presenta una adaptación elaborada por Pagano y Vizioli (2021) del cuestionario de **Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)** creado por Gross y John en el año 2003. Consta de 10 ítems que buscan evaluar la frecuencia con que una persona utiliza dos estrategias específicas para gestionar sus emociones.

Responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta que:

1 = Totalmente en desacuerdo

7 = Totalmente de acuerdo

1. Cuando quiero sentir más emociones positivas (como alegría o diversión), cambio lo que estoy pensando
2. Me guardo mis emociones para mí mismo/a
3. Cuando quiero sentir menos emociones negativas (como tristeza o enojo), cambio lo que estoy pensando
4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, me cuido de no expresarlas
5. Cuando me encuentro en una situación estresante, trato de pensar en ella de un modo que me permita estar en calma
6. Controlo mis emociones no expresándolas
7. Cuando quiero sentir una emoción más positiva, cambio la manera en que estoy pensando sobre la situación
8. Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar acerca de la situación en la que me encuentro
9. Cuando siento emociones negativas, me cuido de no expresarlas
10. Cuando quiero sentir una emoción menos negativa, cambio la manera de pensar sobre esa situación

Anexo 5: ProQOL

Como se presentó en el material administrado

A continuación se presenta una adaptación del cuestionario **Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5)** creado por Stamm en el año 2019. Consta de 30 ítems y fue diseñado para medir la fatiga por compasión, la satisfacción laboral y el agotamiento en profesionales de ayuda.

Responda a las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta que:

1 = Muy a menudo

2 = A menudo

3 = A veces

4 = Casi nunca

5 = Nunca

Cuando usted [ayuda] a las personas, tiene un contacto directo con sus vidas. Como probablemente haya observado, la compasión hacia aquellas personas a quienes [ayuda] puede afectarlo tanto de manera positiva como negativa. A continuación, encontrará una serie de preguntas sobre sus experiencias como profesional de [ayuda], tanto positivas como negativas. Considere cada una de las siguientes preguntas en relación con usted y su situación laboral actual. Seleccione la respuesta que refleje honestamente la frecuencia con la que ha experimentado estas situaciones durante los últimos 30 días. Al responder, si lo considera adecuado, puede reemplazar la palabra "ayuda" por otra que describa mejor su trabajo.

1. Estoy feliz
2. Estoy preocupado/a por más de una persona a la que [ayudo]
3. Me da satisfacción poder [ayudar] a la gente
4. Me siento conectado con otros
5. Me sobresalto o me asusto ante sonidos inesperados
6. Me siento con más energía después de trabajar con las personas a las que [ayudo]
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida como profesional de [ayuda]
8. Mi productividad en el trabajo disminuye porque las experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo] me quitan el sueño
9. Creo que el estrés traumático de las personas a la que [ayudo] podría estar afectándome
10. Me siento atrapado/a en mi trabajo como profesional de [ayuda]
11. Debido a mi trabajo [ayudando] a otras personas, me he sentido en estado de alerta ante diversas situaciones
12. Me gusta mi trabajo como profesional de [ayuda]
13. Me siento deprimido/a debido a experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo]
14. Siento como si estuviera experimentando el trauma de alguien a quien he [ayudado]

15. Tengo creencias que me ayudan a seguir adelante
16. Estoy satisfecho/a con mi capacidad para mantenerme actualizado/a en las técnicas y protocolos de intervención
17. Soy la persona que siempre quise ser
18. Mi trabajo me hace sentir satisfecho/a
19. Me siento agotado/a debido a mi trabajo como profesional de [ayuda]
20. Tengo pensamientos y sentimientos positivos acerca de las personas a las que [ayudo] y de cómo podría ayudarlas
21. Me siento sobrepasado/a porque mi carga de trabajo parece no tener fin
22. Creo que puedo hacer una diferencia desde mi trabajo
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan experiencias aterradoras de las personas a las que [ayudo]
24. Estoy orgulloso/a de lo que puedo hacer para [ayudar]
25. Como resultado de mi [ayuda] tengo pensamientos intrusivos aterradores
26. Me siento agobiado/a por el sistema
27. Pienso que soy un éxito como profesional de [ayuda]
28. No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de trauma
29. Soy una persona muy atenta y considerada
30. Estoy contento/a de haber elegido este trabajo

Anexo 6: Análisis individual de cada sujeto

Sujeto 1

Formación: posgrado en trauma.
Profesión: psicólogo
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 2

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 17 (bajo). Tiene el agotamiento emocional más bajo del grupo.
- Subescala Despersonalización: 8 (media).
- Subescala Realización Personal: 37 (media)

Por tanto no tiene Burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 16 (por debajo de la media). Percentil entre el 5 y el 10.
- Supresión Expresiva: 16 (por encima de la media). Percentil entre el 75 y el 85.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 44 (alta). Tiene la Satisfacción por Compasión más alta del grupo.
- Subescala Burnout: 16 (bajo). Tiene el burnout más bajo del grupo.
- Subescala Estrés Traumático Secundario: 16 (bajo). Tiene el estrés traumático secundario más bajo del grupo.

De acuerdo con la escala MBI, el sujeto 1 no sufre Burnout porque para padecerlo debería tener altas puntuaciones en las dos primeras subescalas (Agotamiento Emocional y Despersonalización) y puntaje bajo en la última (Realización Personal). Por el contrario, este primer concurrente tiene un puntaje bajo en Agotamiento Emocional (de hecho, el más bajo de todo el grupo), lo cual es positivo, y un nivel medio en Despersonalización, que no llega a ser señal de alarma. En cuanto a Realización Personal, si bien no accede a las puntuaciones más altas, el sujeto consigue un nivel medio en esta subescala.

Por todo ello, a partir del análisis de esta primera escala y repasando las definiciones ya comentadas sobre el Burnout, podríamos inferir que el sujeto parecería contar con recursos para hacer frente a las demandas que se le presentan, por lo que no aparecería ese cansancio crónico en el trabajo, característico del Burnout.

No obstante, es importante también recordar aquí que algunos de los factores protectores contra el Burnout son el apoyo social, la confianza en uno mismo, el establecimiento de límites entre el trabajo y la vida personal y la satisfacción laboral (Jiménez Gómez et al., 2023). Para evaluar estas dimensiones podemos recurrir al cuestionario ad. hoc, en el que el concurrente dice sentirse escuchado y contenido por sus colegas, al tiempo que da un lugar importante a las supervisiones, que le traen bastante seguridad y claridad, a la vez que se constituye como un espacio en el que puede expresar sus

emociones. De esta forma podemos ver cubierta el área de apoyo social. Continuando con la lista, la confianza en sí mismo puede verse reflejada en su confianza en sus recursos clínicos y en la alta satisfacción que siente con sus intervenciones (según lo indicado en el cuestionario ad.hoc). Por otra parte, el efectivo establecimiento de límites entre trabajo y vida personal puede verse reflejado en que el concurrente indica pensar “poco” en sus casos fuera del ámbito clínico, y señala que las emociones negativas que pueden surgir en el trabajo desaparecen “mucho” con el paso de los días.

Por último, otro de los factores protectores mencionados es la satisfacción laboral. Más allá de los resultados positivos obtenidos en lo que es la Realización Personal percibida por el sujeto, para evaluar la satisfacción en el trabajo del sujeto 1 podemos recurrir a los resultados que arrojó el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (ProQOL-5). Allí nos encontramos con resultados alentadores, ya que el concurrente presentaría una Satisfacción por Compasión alta (la más alta del grupo) y un Burnout y Estrés Traumático Secundario bajos (los más bajos del grupo).

Siguiendo con lo que aportan Otero et al, la Realización Personal que surge de la satisfacción laboral actúa como un amortiguador, que repercutirá directamente en la obtención del Agotamiento Emocional (MBI), el Burnout (ProQOL-5) y el Estrés Traumático Secundario (ProQOL-5) más bajo del grupo, junto con la Satisfacción por Compasión (ProQOL-5) más alta del mismo.

Sin embargo, a pesar de que el sujeto muestra indicadores de bienestar tanto en el MBI como en el ProQOL-5, no parecería suceder lo mismo con la escala del ERQ. El primer sujeto evaluado mostró una reevaluación cognitiva baja y una supresión expresiva alta, lo contrario al “ideal” según lo expuesto por los creadores de la escala. Esta contradicción invita a pensar que quizás, en este caso, la supresión expresiva no está operando como un mecanismo disfuncional sino como parte de lo que el sujeto expresa como su capacidad de “manejar mucho sus emociones durante sesión” y “mantener una actitud neutral” en las mismas. Es decir, podría estar operando como un estrategia funcional y deliberada de control de las emociones por parte del concurrente.

Siguiendo con los puntos contradictorios, el sujeto también expresa en el cuestionario ad.hoc utilizar pocas estrategias para manejar la emoción en sesión, al tiempo que declara expresamente que no utiliza ninguna técnica específica para regular sus emociones. Sin embargo, afirma que cree saber regular sus emociones, por lo que se podría inferir un proceso de regulación emocional más intuitivo o implícito, que uno basado en técnicas aprendidas a partir de la teoría.

En cuanto a las emociones, el sujeto 1 afirma sentir mucha tranquilidad y poca ansiedad antes de entrar a sesión. Así, la emoción que predomina antes de ingresar al espacio terapéutico con su paciente es la neutralidad y hasta incluso el entusiasmo. Expresa que no hay un caso que le preocupe especialmente, que todos tienen sus particularidades, y que despiertan en él curiosidad.

A partir del análisis podríamos inferir que este primer concurrente se aproxima más a lo que Minuchin establece como un terapeuta “personaje”, quien prima la neutralidad por sobre la emocionalidad y genuinidad en sesión. A pesar de que el autor advierte que este tipo de profesional que

se esconde detrás de una “máscara” podría sufrir cierto malestar a largo plazo, en el presente este primer sujeto no parecería expresarlo.

En este caso, la supervisión parece jugar un rol importante ya que el sujeto 1 comunica sentirse “mucho” menos cargado luego de compartir este espacio, además de que le ayuda a entender “mucho” sus reacciones emocionales. De esta manera, se podría hipotetizar que a pesar de suprimir su conducta en niveles muy altos, el espacio de supervisión le brindaría a este concurrente la oportunidad de expresar sus emociones, contribuyendo a que aquella supresión que ocurre en sesión no provoque un malestar posterior.

Resumen: Supresión Expresiva alta, que no es lo ideal, pero sin embargo parece coincidir con la neutralidad que mantiene en sesión. Agotamiento Emocional, Burnout y Estrés Traumático Secundario más bajo del grupo. Satisfacción por Compasión más alta del grupo. Se apoya en lo social: compartir con colegas, descarga emocional en supervisión.

Sujeto 2

Formación: posgrado en psicoterapia integrativa (en curso)
Profesión: psicóloga
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 1

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 36. Alta.
- Subescala Despersonalización: 1. Baja. Junto con los sujetos 6 y 10 tienen la despersonalización más baja del grupo.
- Subescala Realización Personal: 35. Media.

Por tanto no hay Burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 22 (por debajo de la media). Percentil 15.
- Supresión Expresiva: 7 (por debajo de la media). Percentil 35.

Escala ProQOL-5:

- Subescala de Satisfacción por Compasión: 35. Moderada.
- Subescala Burnout: 27. Moderado.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (Fatiga por Compasión): 23. Moderado.

Si bien el sujeto 2 no cumple con la regla propuesta por la escala MBI para determinar la existencia de Burnout (porque no posee una Despersonalización alta ni una Realización Personal baja), es importante resaltar que este concurrente muestra niveles altos de Agotamiento Emocional. Podríamos decir aquí que una Realización Personal media, junto con una Despersonalización baja (de las más bajas del grupo) no alcanzarían para obtener puntajes bajos en el Agotamiento Emocional.

En cuanto a las estrategias de regulación emocional descritas a través de los resultados de la

escala ERQ, el sujeto muestra tanto una Reevaluación Cognitiva y una Supresión Expresiva bajas. La segunda concurrente expresa no utilizar técnicas de regulación emocional, además de especificar que se siente “bastante” agotada emocionalmente.

Finalmente, las tres subescalas del ProQOL-5 se expresan en un nivel moderado, en donde un Burnout y un Estrés Traumático Secundario con puntajes medios podrían tener alguna relación con el Agotamiento Emocional alto registrado en la escala MBI. Por su parte, la Satisfacción por Compasión moderada también podría relacionarse con los niveles medios de Realización Personal (MBI).

Gracias a la información extraída del cuestionario ad.hoc se podrían inferir los motivos por los que este concurrente posee altos niveles de Agotamiento Emocional (MBI) y niveles moderados de Burnout y Estrés Traumático Secundario (ProQOL). Para empezar, el sujeto 2 expresa que antes de entrar a sesión siente “bastante” ansiedad y una tranquilidad “moderada”. Esto parecería sería coherente con los resultados obtenidos en el MBI y en el ProQOL.

Como ya se ha mencionado anteriormente, algunos de los factores protectores contra el Burnout son: la relación positiva con jefes y compañeros de trabajo, el apoyo social, la satisfacción laboral, la confianza en uno mismo, habilidades de afrontamiento y el establecimiento de límites saludables entre el trabajo y la vida personal (Jiménez Gómez et al., 2023). A través del cuestionario ad.hoc del sujeto 2 se puede observar que muchas de estas dimensiones se encuentran alteradas. Por ejemplo, la concurrente declara sentirse “moderadamente” preparada para sus casos, al tiempo que expresa tener una confianza “moderada” en sus recursos, y estar satisfecha “moderadamente” con sus intervenciones. Esto parece repercutir directamente en la confianza en sí misma, por la que aquel factor protector contra el Burnout no parecería estar presente.

Siguiendo con el establecimiento de límites saludables entre el trabajo y la vida personal, el sujeto 2 reporta pensar “mucho” en sus casos fuera del espacio clínico, lo cual también parecería ser coherente con su alto nivel de Agotamiento Emocional por la incapacidad de desconexión con su trabajo.

Otro de los factores protectores es la satisfacción laboral, la cual podría analizarse a partir de los puntajes medios de Realización Personal y los resultados obtenidos con el Cuestionario de Calidad de Vida Profesiona. Este último muestra las tres subescalas en niveles moderados: a pesar de que una Satisfacción por Compasión moderada podría leerse como un buen indicio, no ocurre lo mismo con un Burnout y un Estrés Traumático Secundario también en niveles medios, por lo que la satisfacción laboral de esta concurrente no parecería mostrar niveles favorables que la protejan contra el desgaste profesional.

Por otra parte, y si bien el sujeto 2 demuestra tener una Reevaluación Cognitiva y una Supresión Expresiva por debajo de la media, al mismo tiempo expresa manejar “bastante” sus emociones y mantener “bastante” una actitud neutral durante las sesiones. Sin embargo, manifiesta usar “poco” las estrategias de regulación emocional y declara no usar ninguna técnica específica para regular sus emociones, aunque sí cree saber cómo autorregularse. Por lo que aquí podría verse una regulación emocional más bien intuitiva y no tanto técnica.

La buena relación con los jefes y los compañeros de trabajo son factores protectores que, en cambio, sí parecerían estar presentes en esta concurrente, ya que dice compartir “mucho” sus emociones con colegas, y agrega que al comunicar sus preocupaciones se siente “mucho” mejor. Al mismo tiempo se siente “bastante” escuchada y contenida por sus colegas.

En cuanto a la supervisión, la concurrente comunica que a pesar de que la ayuda a expresar “mucho” sus preocupaciones, el espacio la ayuda a comprender “moderadamente” sus emociones. Si bien esto le trae “bastante” claridad, sigue sintiendo una “moderada” seguridad. Esto sugiere que si bien la supervisión ofrece un espacio para compartir inquietudes, el mismo no garantiza un alivio emocional. Para lograr esto último podrían ser significantes la utilización de técnicas específicas de regulación emocional o la percepción de autoeficacia por parte del profesional (la concurrente 2 parecería no contar con ninguna de las dos)

Resumen: Agotamiento Emocional alto, Satisfacción Laboral media que no alcanza para evitar sentirse “bastante” agotada emocionalmente. Se apoya en lo social. Supervisión no garantiza alivio emocional. No hay técnica específica de regulación emocional, más bien intuitiva (lo mismo que el 1, pero aquel tenía el Agotamiento Emocional más bajo del grupo). Baja autoeficacia percibida.

Sujeto 3

Formación: diplomatura en consumos problemáticos.
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 1

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 23. Medio.
- Subescala Despersonalización: 8. Media.
- Subescala Realización Personal: 40. Alta.

Por tanto, no hay burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 35 (por encima de la media). Percentil 75.
- Supresión Expresiva: 5 (por debajo de la media). Percentil 20.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 39. Moderada.
- Subescala Burnout: 19. Bajo.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 24. Moderado

La escala MBI del sujeto 3 muestra niveles medios de Agotamiento Emocional y Despersonalización, pero niveles altos de Realización Personal. Esto significa que, a pesar de percibir cierto desgaste y distanciamiento para evitar el contacto con el malestar y así proteger su estado psicoemocional, la concurrente también expresa sentir satisfacción con el propio desempeño, lo cual

actuaría como factor protector contra el burnout.

Siguiendo con el ProQOL-5, la concurrente obtuvo puntuaciones medias tanto en la subescala de Satisfacción por Compasión como en la de Estrés Traumático Secundario, y puntuaciones bajas en la subescala de Burnout.

En lo que refiere a la escala ERQ, los resultados obtenidos son muy alentadores, ya que el sujeto 3 manifiesta una Reevaluación Cognitiva alta y una Supresión Expresiva baja, que según la bibliografía (Gross y John, 2003) se asocian a un mayor bienestar y afecto positivo. En este punto, se podría decir que si bien el sujeto 3 no muestra ninguna dimensión (tanto del MBI como del ProQOL) con una alteración grave, el perfil ideal del ERQ tampoco asegura evitar cierto grado de Agotamiento Emocional, Despersonalización o Estrés Traumático Secundario.

La concurrente, además, manifiesta manejar “mucho” sus emociones y usar “bastante” estrategias de regulación emocional durante la sesión. Además, amplía esta información al comunicar que utiliza técnicas específicas para regular sus emociones, como la respiración, el escaneo corporal, el nombrar las emociones y el mindfulness. Agrega que también le es útil compartir sus emociones con algún colega, siendo que además se siente muy escuchada y contenida por los mismos. A la vez, también menciona que “una lloradita y a seguir” es otra forma que encuentra para regularse.

Así, se puede inferir que una Reevaluación Cognitiva alta es lograda, entre otras cosas, por lo que la concurrente manifiesta como “nombrar emociones”. Esto mismo podría trasladarse a la Reestructuración Cognitiva de Beck, en la que primero se debe identificar un pensamiento disfuncional y la emoción que despierta para evaluarlo y reconfigurarlo (Beck, 2011). El sujeto 3, entonces, identificaría la emoción para, a través de una alta Reevaluación Cognitiva, lograr un cambio a nivel cognitivo que ayudará a modelar mentalmente una situación antes de que se desarrolle (Gross y John, 2003).

Al mismo tiempo, la Supresión Expresiva baja que reporta la concurrente 3, coincidiría con que manifiesta mantener “moderadamente” una actitud neutral durante las sesiones. Esto parecería estar más cerca del tipo de terapeuta “congruente” del que habla Minuchin (2021) cuando cita a Rogers (un terapeuta que “logra ser sin temores”) que del terapeuta como “personaje” con máscara de neutralidad total.

Sin embargo, aunque antes de entrar a sesión la concurrente suele sentirse “bastante” tranquila, esto no ocurre cuando se trata de casos difíciles, frente a los que se le despiertan sensaciones de ansiedad e incertidumbre (coincidente con los niveles moderados de Estrés Traumático Secundario). El sujeto 3, entonces, aclara que aquellos casos que le preocupan especialmente son los que abordan temáticas de violencia intrafamiliar y violencia de género, llegando a sentir angustia “a veces” fuera del espacio clínico.

Por tanto, aquí es importante destacar que, a pesar de que la concurrente cuenta con una buena regulación emocional, la exposición a ciertos casos con contenidos traumáticos siguen generando un impacto en su persona generando sensaciones como “ansiedad, incertidumbre y frustración”, según lo que comunica en el cuestionario ad.hoc. Entonces, el malestar que puede aparecer en la formación

clínica temprana dependería no solo de los recursos personales con los que cuente el concurrente, sino también de los factores externos a su persona, como el contenido de los casos abordados o la posibilidades que ofrece la institución en la que trabaja (la concurrente agrega que las emociones negativas también aparecen cuando “no alcanza lo que se puede hacer desde la institución”).

Por otra parte, es una concurrente que parece apoyarse mucho en su jefe y colegas, ya que además de compartir sus inquietudes con aquellos que la rodean, afirma que la supervisión la ayuda sentirse “mucho” menos cargada emocionalmente, le trae “mucha” claridad, seguridad, le permite expresar “mucho” sus emociones y la ayuda “mucho” a entender sus reacciones emocionales. Repasando los datos obtenidos en el MBI, donde no aparece un Agotamiento Emocional ni una Despersonalización en niveles altos, sumando una Realización Personal alta, y agregando que el ProQOL determinó un Burnout bajo junto con una Satisfacción por Compasión media, se podría inferir que la supervisión está cumpliendo con la función protectora que posee según la bibliografía. Es decir, que la supervisión en este caso, efectivamente ayuda a mejorar los resultados del proceso terapéutico, favoreciendo el desarrollo personal y la satisfacción laboral, a la vez que protege al profesional del estrés laboral y el agotamiento emocional (Andreucci Annunziata y Bock Gálvez, 2015; Carless et al., 2012; Knudsen et al., 2013; Wallace et al., 2010 en Crocamo y Benatuil, 2025).

Resumen: posee recursos para autorregularse pero los estímulos externos siguen generando un impacto a nivel psicoemocional, se apoya en sus colegas y la supervisión cumple un rol clave. Ninguna dimensión presenta una alteración grave.

Sujeto 4

Formación: universitaria.
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 3
Años de experiencia con pacientes: 3

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 27. Alto.
- Subescala Despersonalización: 7. Media.
- Subescala Realización Personal: 34. Media.

Por lo tanto, no hay Burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 31 (por encima de la media). Percentil 60.
- Supresión Expresiva: 8 (por debajo de la media). Percentil 40.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 37. Moderada.
- Subescala Burnout: 22. Bajo.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 19. Bajo.

Si bien los resultados obtenidos por el sujeto 4 en la escala MBI no determinan la presencia de Burnout según lo que determina la teoría, es importante resaltar que se observa un Agotamiento Emocional alto. Junto con ello, la Despersonalización y la Realización aparecen en niveles medios, por tanto tampoco se encuentran en estados por demás favorables.

En referencia a la escala ERQ, la concurrente 4 expone una Reevaluación Cognitiva por encima de la media, y una Supresión Expresiva por debajo de la media, lo cual según la teoría de Gross y John (2003) configura una estrategia adaptativa de regulación emocional.

Finalmente el ProQOL-5 expone un perfil favorable en las tres subescalas, con una Satisfacción por Compasión moderada, junto con un Burnout y Estrés Traumático Secundario bajos. Es importante señalar aquí una discrepancia entre la información obtenida a partir de distintos instrumentos: mientras que el MBI registró un Agotamiento Emocional alto, el ProQOL registró un Burnout y Estrés Traumático Secundario bajos. Se podría suponer que cada escala mide diferentes aspectos del malestar y conviene entonces combinar esta información con los datos que aporta el cuestionario ad.hoc.

La concurrente afirma sentirse “poco” agotada emocionalmente, a la vez que expresa sentirse “bastante” tranquila y “poco” ansiosa antes de entrar a sesión. Agrega, además, que antes de entrar al espacio terapéutico se siente valiente, que sugiere más bien una posición activa y de afrontamiento más que una posición pasiva o neutral.

Posiblemente, la tranquilidad y valentía que comunica esta concurrente se relacionen con el perfil favorable que arroja la escala ERQ, con una Reevaluación Cognitiva alta y una Supresión Expresiva baja (aunque también manifiesta un Agotamiento Emocional alto). El sujeto 4 dice manejar “bastante” sus emociones y mantener “mucho” una actitud neutral durante las sesiones, al tiempo que especifica que las estrategias de regulación emocional que utiliza son la disociación instrumental en sesión, supervisión post sesión y hablar con colegas. En su teoría, Minuchin señala que el trabajar de manera disociada para apaciguar el impacto emocional, resulta una tarea difícil para un psicólogo principiante. No obstante, la concurrente cuenta con 3 años de experiencia con pacientes, lo cual parecería jugar un rol fundamental en el aprendizaje sobre la autorregulación.

Señala que los casos que más le preocupan son aquellos en los que hubo intento o ideación suicida, o “enfermedad”, generándole emociones como la tristeza o ansiedad. Advierte que fuera del espacio clínico aparecen sensaciones de inseguridad e insuficiencia. Manifiesta que le preocupa “mucho” el bienestar de sus pacientes, que piensa “moderadamente” en sus casos fuera del espacio clínico, y que se siente “moderadamente” preparada para sus casos. Comunica tener “poca” confianza en sus recursos clínicos y estar “moderadamente” satisfecha con sus intervenciones. De esta manera, el punto débil de esta concurrente parecería ser la falta de autoeficacia percibida, que podría tener cierta incidencia en su alto Agotamiento Emocional, en su Realización Personal media, y en su Satisfacción por Compasión moderada.

Sin embargo, la concurrente 2 informa que además de la disociación instrumental, otra de sus estrategias de regulación emocional son la supervisión y el compartir con colegas. Estos datos se

enriquecen con el cuestionario ad.hoc que reporta que el sujeto 4 comparte “mucho” sus emociones con colegas y que se siente “muy” escuchada y contenido por ellos. Agrega que compartir sus preocupaciones la ayuda a sentirse “mucho” mejor, manifestando que se siente “bastante” menos cargada post supervisión. Expresa que este espacio trae “mucha” claridad y “bastante” seguridad, al tiempo que le ayuda a entender “bastante” sus reacciones emocionales. Es por eso, que en este caso (según Andreucci Annunziata y Bock Gálvez, 2015; Carless et al., 2012; Knudsen et al., 2013; Wallace et al., 2010, en Crocamo y Benatuil, 2025) la supervisión parecería cumplir con su función de favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción laboral (Realización Personal media en el MBI y Satisfacción por Compasión moderada en el ProQOL-5), a la vez que constituye un factor de protección contra el estrés laboral (Burnout y Estrés Traumático Secundario en niveles bajos en el ProQOL-5).

Resumen: discrepancia entre instrumentos, alto Agotamiento Emocional (IBM), bajos Burnout y Estrés Traumático Secundario (ProQOL-5). Posición activa antes de entrar a sesión, se siente “valiente”, pero al mismo tiempo se percibe baja autoeficacia. Buena regulación emocional (según ERQ). Menciona como estrategias de regulación el compartir con colegas y la supervisión, que ayudaría a la satisfacción laboral y a aplacar estrés laboral.

Sujeto 5

Formación: universitaria.
Profesión: psicólogo.
Años de recibido: 8
Años de experiencia con pacientes: 8

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 26. Medio.
- Subescala Despersonalización: 4. Baja.
- Subescala Realización Personal: 40. Alta

Por tanto, no hay burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 29 (por encima de la media). Percentil 60.
- Supresión Expresiva: 7 (por debajo de la media). Percentil. 10. Tiene la supresión expresiva más baja.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 39. Moderada.
- Subescala Burnout: 23. Moderado.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 35. Moderado.

Los resultados de la escala MBI del sujeto 5 exponen que, según la teoría, no hay burnout. Puede que aquí la Realización Personal alta ayude a que el Agotamiento Emocional se mantenga en niveles medios y no llegue a puntuaciones altas. El cuestionario ad.hoc agrega que se siente

“moderadamente” emocionalmente agotado, coincidente con todo un perfil que parece ubicarse en niveles medios en cuanto al estrés.

En lo referente a la escala ERQ, el sujeto obtiene buenos resultados, con una Reevaluación Cognitiva por encima de la media, y una Supresión Expresiva por debajo de la media, posicionándose como la más baja de todo el grupo. El concurrente 5, entonces, parecería tener un perfil favorable en lo que es regulación emocional, según lo expuesto por Gross y John (2003). Al respecto, el cuestionario ad.hoc agrega que el sujeto se siente “bastante” tranquilo y “moderadamente” ansioso antes de entrar a sesión: maneja “bastante” sus emociones durante las sesiones y mantiene “bastante” una actitud neutral en las mismas. Además afirma saber cómo regularse emocionalmente y comparte una serie de técnicas específicas: respiración, caminar con el perro, hablar con alguien, yoga y relajación.

Finalmente, el ProQOL demuestra que el concurrente posee un Estrés Traumático Secundario y un Burnout moderados, junto con una Satisfacción por Compasión también moderada. Para profundizar sobre esta información, el cuestionario ad.hoc parecería ubicar cierta fragilidad en el establecimiento de límites entre trabajo y la vida personal, factor de protección importante para evitar el Burnout. El concurrente comunica que le preocupa “mucho” el bienestar de sus pacientes, y que piensa “bastante” en sus casos fuera del espacio clínico. Si bien no especifica que haya un caso que le despierte especial preocupación, manifiesta que cuando un caso le preocupa siente ansiedad, impaciencia y rumiación. Agrega que las emociones negativas que aparecen fuera del espacio clínico son la intranquilidad y describe esta “muy en la mente”, al tiempo que expresa que estas emociones desaparecen “moderadamente” con el paso de los días.

La rumiación y el “estar muy en la mente”, parecerían encontrar su vía de escape en el apoyo social. A pesar de que el sujeto 5 declara compartir sus emociones “moderadamente” con colegas, también asegura que al compartir sus preocupaciones se siente “bastante” mejor. Lo que es más, pone énfasis al expresar que se siente “mucho” mejor luego de la supervisión, la cual lo ayuda a sentirse “bastante” menos cargado emocionalmente y a entender “bastante" sus emociones. Añade que el espacio de supervisión le trae “bastante” claridad y “bastante” seguridad, a la vez que se siente “bastante” escuchado y “bastante” contenido por sus colegas.

En este caso, la supervisión parecería cumplir con su función de favorecer el desarrollo personal y satisfacción laboral, posicionándose como un factor protector frente al estrés laboral y agotamiento emocional (Andreucci Annunziata y Bock Gálvez, 2015; Carless et al., 2012; Knudsen et al., 2013; Wallace et al., 2010 en Crocamo y Benatuil, 2025). Un adecuado espacio para supervisar los casos, el apoyo entre colegas y la confianza en sí mismos son factores fundamentales que protegen al sujeto del Burnout.

El concurrente 5 manifiesta una Realización Personal alta, que podría estar funcionando como amortiguador para que el Agotamiento Emocional (MBI) o el Burnout y el Estrés Traumático Secundario (ProQOL) no lleguen a los niveles máximos. El sujeto manifiesta autoeficacia, argumentando que siente “bastante” confianza en sus recursos clínicos y sentirse “bastante” satisfecho con sus intervenciones.

Según Otero et.al, la realización personal es un factor protector, que a partir de la satisfacción laboral, protege el estado psicoemocional de los trabajadores.

Este perfil ayuda a comprender que una basta experiencia en la profesión no asegura menor malestar, ni la capacidad para desconectarse de lo laboral. El concurrente posee 8 años atendiendo pacientes, y aún así siente una moderada ansiedad antes de entrar a sesión e incluso encuentra dificultades para poner límites entre el trabajo y la vida personal, llegando a experimentar intranquilidad y cierta rumiación fuera del espacio clínico para. Añade que se siente “bastante” no preparado para sus casos, por lo que la experiencia acumulada tampoco asegura sentir una completa seguridad frente nuevos desafíos que involucren temáticas complicadas como las que se tratan en el hospital.

No obstante, el caso sí reafirma la importancia de la sensación de realización personal y autoeficacia, lo fundamental de poseer técnicas de regulación emocional, y lo indispensable que resulta el apoyo social entre colegas, junto con un espacio de supervisión para la expresión de preocupaciones.

Resumen: años de experiencia no aseguran evitar el malestar. Son importantes la realización personal, la autoeficacia, una adecuada regulación emocional, el apoyo entre colegas y un espacio de supervisión que permita expresar inquietudes.

Sujeto 6

Formación: maestría en filosofía (en curso).
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 2
Años de experiencia con pacientes: 6 meses.

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 19. Medio
- Subescala Despersonalización: 1. Baja, junto con el sujeto 2 y 10 tiene la despersonalización más baja del grupo.
- Subescala Realización Personal: 31. Baja, tiene la realización personal más baja del grupo.

No hay burnout

Escala ERQ: (es el sujeto que está justo en la media)

- Reevaluación Cognitiva: 29 (por encima de la media). Percentil 50.
- Supresión Expresiva: 9 (igual a la media). Percentil entre 45 y 50.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 39. Moderada.
- Subescala Burnout: 24. Medio.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 35. Moderado.

Según los resultados expuestos por la escala MBI, no existe Burnout en el sujeto 6. Sin embargo, este caso reporta una baja Realización Personal, lo cual es una señal de alarma, aunque no llega a afectar la Despersonalización (baja), por lo que no aparece un distanciamiento y cinismo hacia los

pacientes. Por su parte, el Agotamiento Emocional de esta escala aparece en niveles medios, que coincide con sentirse “moderadamente” agotada emocionalmente, según lo registrado por el cuestionario ad.hoc.

Si bien refiere sentirse “bastante” no preparada para sus casos, que podría atribuirse a sus apenas 6 meses de experiencia con pacientes, también expresa tener “bastante” confianza en sus recursos clínicos y estar “bastante” satisfecha con sus intervenciones.

Siguiendo con el análisis de la escala ERQ, el sujeto 6 se posiciona prácticamente en la media de ambas escalas, con una Reevaluación Cognitiva que se ubica en el percentil 50, y una Supresión Expresiva que se ubica entre el percentil 45 y 50. Por tanto, la concurrente posee una regulación emocional que no se destacaría por ser especialmente protectora, ni tampoco indicaría señales de riesgo. Si bien expresa sentirse “moderadamente” tranquila y “moderadamente” ansiosa antes de entrar a sesión, afirma manejar “mucho” sus emociones durante sesión, y mantener una actitud “bastante” neutral durante las mismas.

Aunque especifica utilizar técnicas de regulación emocional como la respiración y la meditación, admite que si bien sabe regular sus emociones en sesión, fuera del ámbito clínico le cuesta lidiar con algunos casos. Comunica que sus pacientes le preocupan “moderadamente”, pero que piensa “bastante” en sus casos fuera del espacio clínico, donde aparecen emociones como el asco y la impotencia. Todo esto, sumado a que las emociones negativas desaparecen “moderadamente” con el paso de los días, sugeriría cierta dificultad en poner límites entre el trabajo y la vida personal, lo cual podría estar incidiendo en su Agotamiento Emocional.

En tercer lugar, el ProQOL revela que el sujeto 6 tiene una Satisfacción por Compasión, un Burnout y un Estrés Traumático Secundario en niveles moderados. Por tanto, demuestra una Calidad de Vida Profesional en niveles medios, que podría tener relación con una Realización Personal baja y con la dificultad para desconectarse de su trabajo.

Advierte que los casos que más le preocupan son aquellos que tratan temáticas relacionadas con el abuso infantil, que a su vez le generan tristeza. No obstante, el sujeto 6 parece apoyarse en sus colegas y en los espacios de supervisión, que podrían ser eslabones fundamentales que evitan que alcance los niveles máximos de Agotamiento Emocional, Burnout o Estrés Traumático Secundario.

Pese a que la concurrente manifiesta compartir “moderadamente” sus emociones con colegas, cuando comparte sus preocupaciones dice sentirse “mucho” mejor. Agrega, además, que se siente “muy” escuchada y contenida por sus compañeros. A la vez, en los espacios de supervisión puede expresar “bastante” sus preocupaciones y la ayudan a comprender “bastante” sus reacciones emocionales, al tiempo que le traen “mucha” seguridad y “mucha “claridad”. Tal y como expresan Crocamo y Benatuil (2025), cuando citan a Bernard y Goodyear (2014), desde la teoría cognitivo-conductual el espacio de supervisión forma parte de la metodología de enseñanza y aprendizaje a través de 4 mecanismos: modelado, feedback, instrucción directa y aprendizaje a partir de la práctica reflexiva, los cuales parecerían ser fundamentales en las etapas iniciales de formación en que se encuentra la concurrente 6.

Sin embargo, llama la atención que post supervisión se siente “moderadamente” menos cargada emocionalmente. Esto podría guardar algún tipo de relación con su dificultad de desconexión fuera del ámbito clínico, que podría deberse, a su vez, a tener poca experiencia tratando con pacientes y que podría mejorar con el paso del tiempo.

Resumen: baja realización personal, dificultad para desconectarse, que podrían deberse a su escasa experiencia. Se apoya en sus colegas y en los espacios de supervisión. Cuenta con técnicas de regulación emocional que parecerían ser claves, junto con lo social, para no desarrollar Burnout.

Sujeto 7

Formación: posgrado en terapia de aceptación y compromiso.
Profesión: Psicóloga
Años de recibido/a: 1
Años de experiencia con pacientes: 1

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 18. Bajo.
- Subescala Despersonalización: 10. Alta
- Subescala Realización Personal: 36. Media

Por lo tanto, no hay burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 14 (por debajo de la media). Percentil menos de 5. Tiene la reevaluación cognitiva más baja.
- Supresión Expresiva: 6 (por debajo de la media). Percentil entre 25 y 30.

Escala ProQOL -5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 40. Moderada
- Subescala Burnout: 19. Bajo.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 21. Bajo

El sujeto 7 manifiesta niveles bajos en la subescala de Agotamiento Emocional del MBI, y en las subescalas de Burnout y Estrés Traumático Secundario del ProQOL-5. Si bien esto parecería constituir un perfil favorable por no padecer un desgaste emocional, también es importante resaltar que expresa una Despersonalización (MBI) alta, que podría sugerir cierto distanciamiento o frialdad con sus pacientes.

Al respecto, el cuestionario ad.hoc aporta que se preocupa “bastante” por el bienestar de sus pacientes, sin llegar al extremo de preocuparse “mucho”. Agrega que piensa “poco” en sus casos fuera del espacio clínico, al tiempo que asegura que no aparecen emociones negativas fuera del trabajo. Por tanto, se podría inferir que la Despersonalización alta obtenida en la escala MBI podría estar promoviendo cierta distancia afectiva que le permite a la concurrente desconectar de su trabajo y mantener los niveles bajos de Agotamiento Emocional, Burnout y Estrés Traumático Secundario.

Advierte, sin embargo, que se siente “moderadamente” agotada emocionalmente, y que las emociones negativas (que luego niega) desaparecen “moderadamente” con el paso de los días.

Por su parte, la escala ERQ expone que la concurrente tiene una Reevaluación Cognitiva y una Supresión Expresiva bajas, por lo que no constituiría un perfil funcional, según lo descrito por Gross y John (2003). Sin embargo, el sujeto 7 expresa sentirse “poco” ansioso antes de entrar a sesión y “moderadamente” tranquilo. Añade que maneja “bastante” sus emociones durante la sesión, y que mantiene “bastante” una actitud neutral durante las mismas. Se podría hipotetizar, entonces, que el no obtener un regulación ideal según la escala ERQ no significa que el sujeto no cuente con otras herramientas (que dicho cuestionario no tiene en cuenta) para autorregularse. De esta manera, la concurrente 7 especifica que sabe regular sus emociones, “sobre todo en el ámbito laboral”, y que utiliza la respiración como técnica de regulación.

La escala MBI muestra también una Realización Personal media, coherente con sentirse “moderadamente” no preparado para sus casos, junto con una confianza “moderada” en sus recursos clínicos y una “moderada” satisfacción por sus intervenciones. A esto además se le incorpora una Satisfacción por Compasión (placer que se obtiene de sentir que uno hace bien su trabajo de ayuda a los demás) también en un nivel moderado. Los casos que más le preocupan son aquellos que abordan temáticas de violencia infantil, y le generan tristeza.

La supervisión y el apoyo entre colegas son muy valorados por la concurrente 7, y afirman la teoría que los describe como protectores contra el estrés laboral y el agotamiento emocional, característicos del Burnout, que en este caso aparece en niveles bajos. El sujeto asegura que comparte “mucho” sus emociones con colegas y que se siente “bastante” mejor luego de compartir sus preocupaciones, al tiempo que se siente “muy” escuchada y “bastante” contenida por ellos. Comunica que se siente “bastante” menos cargada emocionalmente post supervisión, y que el espacio le permite expresar “mucho” sus preocupaciones y entender “mucho” sus reacciones emocionales, a la vez que le trae “bastante” claridad y “mucha” más seguridad.

Resumen: alta Despersonalización pero sin Agotamiento Emocional, Burnout o Estrés Traumático Secundario. ERQ no devuelve resultados ideales pero igual parece saber regularse y desconectarse de su trabajo. Se apoya en lo social y en los espacios de supervisión.

Sujeto 8

Formación: posgrado en psicoterapias cognitivas.
Profesión: psicóloga.
Años de recibido/a: 1
Años de experiencia con pacientes: 6 meses.

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 22. Medio
- Subescala Despersonalización: 15. Alta. Tiene la despersonalización más alta.

- Subescala Realización Personal: 35. Media.

Por lo tanto, no hay burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 34 (por encima de la media). Percentil 70.
- Supresión Expresiva: 21 (por encima de la media). Percentil 100. Tiene la supresión expresiva más alta.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 36. Moderada.
- Subescala Burnout: 29. Moderado. Tiene el burnout más alto del grupo (dentro del nivel moderado)
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 40. Moderado. Tiene el estrés traumático más alto (dentro de lo moderado)

Según los resultados obtenidos en la escala MBI, el sujeto 8 no tiene Burnout. Sin embargo, es importante resaltar que tiene la Despersonalización más alta de todo el grupo, junto con una Realización personal media, que desembocan en un Agotamiento Emocional también en niveles medios. A partir del cuestionario ad.hoc, se puede confirmar que la concurrente se siente “bastante” agotada emocionalmente.

Pese a que una Despersonalización alta significaría que el sujeto muestra distanciamiento y frialdad hacia sus pacientes como estrategia de protección frente al estrés, la concurrente 8 manifiesta que le preocupa “mucho” el bienestar de sus pacientes y que piensa “bastante” en sus casos fuera del espacio clínico. Agrega que la emoción negativa que aparece fuera del trabajo es la angustia, por lo que no parecería existir una adecuada desconexión entre su espacio laboral y su vida personal. Tal vez, debido a esto, el sujeto también obtiene niveles medios (aunque los más altos del grupo) de Burnout y Estrés Traumático Secundario en el ProQOL-5.

Mientras tanto, la primera subescala del Cuestionario de Calidad de Vida advierte que la concurrente posee una moderada Satisfacción por Compasión, coincidente con una Realización Personal también media en el MBI. La autoeficacia, al igual que el límite entre ámbito profesional y vida profesional, constituyen dos factores protectores contra el Burnout que en este caso están afectados, y eso supone un riesgo para el sujeto 8.

Al respecto, el cuestionario ad.hoc primeramente aporta que la concurrente se siente “poco” no preparada a pesar de su corta experiencia, pero al mismo tiempo siente “moderada” confianza en sus recursos clínicos y está “moderadamente” satisfecha con sus intervenciones. Aquí se podría inferir que el estar en una etapa de formación temprana no determinaría una automática autopercepción de falta de competencia, aunque aparece cierta contradicción cuando el sujeto comunica cómo se siente respecto a sus recursos e intervenciones.

En cuanto a su regulación emocional, la escala ERQ revela tanto una Reevaluación Cognitiva como una Supresión Expresiva por encima de la media. Si bien la Reevaluación Cognitiva alta se asocia a un mejor bienestar, los niveles altos en la Supresión Expresiva se asocian a un peor bienestar (Gross y

John, 2003). A pesar de que el sujeto expresa que la emoción que predomina antes de entrar a sesión es la calma, también añade que en ese momento se siente “moderadamente” tranquila y “moderadamente” ansiosa. Informa que la técnica de regulación emocional que más usa es la respiración pero admite que sabe regularse solo “a veces”, recurriendo “poco” a estas estrategias durante las sesiones. Aunque afirma mantener “bastante” una actitud neutral durante las sesiones, dice manejar “moderadamente” sus emociones durante las mismas. Por tanto, no parecería presentar una sólida regulación de emociones probablemente vinculada a una Reevaluación Cognitiva alta que no llega a amortiguar las consecuencias de una elevada Supresión Expresiva.

Los casos que más le preocupan son aquellos que abordan temáticas de violencia de género y alimentos, los cuales le despiertan preocupación. Sin embargo, el apoyo entre colegas y la supervisión se presentan como los pilares que sostienen a la concurrente, pero sin lograr evitar cierto Agotamiento Emocional y Burnout. El sujeto 8 manifiesta que comparte “mucho” emociones y preocupaciones con colegas y eso la hace sentirse “mucho” mejor, al tiempo que se siente “muy” escuchada y contenida por sus compañeros. En cuanto a la supervisión, admite que la ayuda a sentirse “bastante” menos cargada emocionalmente, a la vez que le permite expresar “mucho” sus preocupaciones y comprender “mucho” sus reacciones emocionales.

Resumen: no posee una sólida regulación emocional, no parece desconectarse de su trabajo, moderada autoeficacia, todo lo cual influiría en el Agotamiento Emocional, Burnout y Estrés Traumático Secundario. Se apoya en lo social y en el espacio de supervisión.

Sujeto 9

Formación: universitaria.
Profesión: psicóloga y docente.
Años de recibido/a: 5
Años de experiencia con pacientes: 2

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 37. Alto. Tiene el Agotamiento Emocional más alto del grupo.
- Subescala Despersonalización: 4. Baja.
- Subescala Realización Personal: 35. Media.

Por lo tanto, no hay burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 20 (por debajo de la media). Percentil entre 10 y 15.
- Supresión Expresiva: 18 (por encima de la media). Percentil 95

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 30. Moderada. Tiene la satisfacción por compasión más baja (dentro de lo moderado)
- Subescala Burnout: 25. Moderado
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 21. Bajo

Los resultados de la escala MBI exponen que el sujeto 9 tiene el Agotamiento Emocional más alto de todo el grupo. Probablemente este cansancio, que se percibe desde el primer cuestionario, está relacionado con una Realización Personal media, que no llega a cumplir su rol de protección contra el Burnout, que también aparece en un nivel moderado en el ProQOL-5. Esta información se ve reflejada en el cuestionario ad.hoc, donde la concurrente admite que se siente “muy” agotada emocionalmente.

El Cuestionario de Calidad de Vida también notifica que el sujeto posee una Satisfacción por Compasión moderada, que junto con la ya mencionada Realización Personal media, sugieren una percepción de baja autoeficacia. Aunque se recibió hace 5 años y posee 2 años de experiencia con pacientes, la concurrente confiesa que se siente “bastante” no preparada para sus casos. Contradictoriamente, tiene “bastante” confianza en sus recursos clínicos y está “bastante” satisfecha con sus intervenciones. Aquí, se podría suponer que la confianza en las propias herramientas profesionales no aseguran que uno se sienta totalmente preparado para todos los casos. Es probable que las temáticas de alto impacto emocional que se tratan en la institución también influyan en esta sensación de falta de preparación.

El cuestionario ERQ, por su parte, tampoco aporta resultados favorables con una Reevaluación Cognitiva por debajo de la media, y una Supresión Expresiva por encima de la media. De acuerdo con Gross y John (2003), este perfil se asociaría con un peor bienestar, que posiblemente influye en su cansancio registrado. La concurrente 9 dice saber regular sus emociones “más o menos” y asevera que no utiliza ninguna técnica de regulación emocional específica. Pese a esta aparente carencia de herramientas para autorregularse, la profesional expresa sentirse “muy” tranquila y “poco” ansiosa antes de entrar a sesión, describiendo que en ese momento siente “concentración” y “curiosidad”. Afirma que maneja “mucho” sus emociones durante la sesión, y que mantiene “mucho” una actitud neutral durante las mismas. Paralelamente, añade que utiliza “poco” estrategias para controlar las emociones cuando está atendiendo a un paciente.

A pesar de tener el Agotamiento Emocional más alto del grupo, la concurrente 9 posee un Estrés Traumático Secundario bajo. Es decir, la exposición a contenido traumático no parecería ser el motivo del cansancio registrado en la profesional. Los casos que más le preocupan son aquellos que abordan temáticas de violencia infantil, los cuales le generan bronca. No obstante, manifiesta que el bienestar de sus pacientes le preocupa “moderadamente” y que piensa “poco” en sus casos fuera del espacio clínico, coherente con un Estrés Traumático Secundario bajo. Esto también podría relacionarse con una posible capacidad de la profesional para establecer límites claros entre el trabajo y su vida personal, aunque menciona que fuera de lo laboral pueden aparecer emociones negativas como cansancio e irritabilidad, coincidente con los resultados del MBI y el ProQOL-5.

Finalmente, la concurrente 9 no parece poder apoyarse en sus colegas ni en los espacios de supervisión. Aunque admite que compartir sus emociones la ayuda a sentirse “bastante” mejor, también expresa que comparte “poco” sus emociones con colegas, lo que podría estar vinculado con sentirse “moderadamente” escuchada y contenida por sus compañeros.

Por otra parte, refiere a sentirse “moderadamente” menos cargas post supervisión, y que pese a puede expresar “bastante” sus preocupaciones en este espacio, le ayuda “poco” a entender sus reacciones emocionales. Agrega que las supervisiones traen “moderadamente” seguridad y claridad, argumentando que logra sentirse más tranquila “a veces, dependiendo de la supervisión”. Este caso, permite pensar que el acceso a un espacio de supervisión no asegura que cumpla su función de protección de igual manera para todos.

Resumen: 2 años de experiencia con pacientes pero se siente “bastante” no preparada. Alto Agotamiento Emocional. Perfil ERQ se asocia a un peor bienestar. Realización personal media y Satisfacción por Compasión moderada (la más baja del grupo). Parece no haber una autoeficacia del todo construida. No hay sostén en el apoyo entre colegas ni en el espacio de supervisión.

Sujeto 10

Formación: universitaria.
Profesión: psicólogo
Años de recibido/a: 4
Años de experiencia con pacientes: 2

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 22. Medio.
- Subescala Despersonalización: 1. Baja. Junto con el sujeto 2 y 6 tienen la despersonalización más baja del grupo.
- Subescala Realización Personal: 41. Alta. Tiene la realización personal más alta del grupo.

Por lo tanto, no hay burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 36 (por encima de la media). Percentil entre 90 y 95. Tiene la reevaluación cognitiva más alta del grupo.
- Supresión Expresiva: 8 (por debajo de la media). Percentil entre 15 y 20.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 42. Alta.
- Subescala Burnout: 17. Bajo.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 17. Bajo.

El sujeto 10 muestra resultados favorables en los tres instrumentos administrados, constituyéndose así como el perfil con supuesto mejor bienestar de toda la muestra. Para comenzar, la escala de MBI destaca con la Realización Personal más alta de todo el grupo. A eso se le suman una Despersonalización baja y un Agotamiento en niveles medios.

El cuestionario ad.hoc demuestra tal percepción de autoeficacia cuando el sujeto afirma sentirse “poco” no preparado para sus casos, al tiempo que siente “bastante” confianza en sus recursos clínicos y se siente “bastante” satisfecho con sus intervenciones. Por su parte, el Agotamiento Emocional medio

indicado, se puede observar en que se siente “poco” emocionalmente agotado.

Siguiendo con la escala ERQ, el concurrente posee la Reevaluación Cognitiva más alta del grupo, junto con una Supresión Expresiva por debajo de la media, posicionándose como el perfil más adaptativo del grupo según la teoría de Gross y John (2003). Comunica que antes de entrar a sesión se siente “bastante” tranquilo y tiene ansiedad “de la buena”. Maneja “bastante” sus emociones pero usa “pocas” estrategias para regularse durante la sesión, y mantiene “bastante” una actitud neutral durante las mismas. Especifica que la estrategia de regulación que utiliza es la respiración.

Un ProQOL-5 también favorable transmite una Satisfacción por Compasión alta (coherente con la Realización Personal alta del MBI), acompañada por un Burnout y un Estrés Traumático Secundario bajos. Si bien la confianza en sí mismo parecería protegerlo contra el desgaste, juega aquí un rol también importante el no verse afectado por la exposición al trauma de otras personas. Sin embargo, menciona la ideación suicida como temática que más le preocupa, y que la misma le genera angustia por “pérdida de control de la situación”.

El concurrente expresa que le preocupa “moderadamente” el bienestar de sus pacientes, aunque admite pensar “bastante” en sus casos fuera del espacio clínico, con cierta “ansiedad” como emoción que aparece en el ámbito extralaboral. No obstante, también añade que las emociones negativas desaparecen “mucho” con el paso de los días. Esta situación permite pensar que el profesional puede conservar su bienestar general aunque no logre desconectarse totalmente de su trabajo, pero para ello debe contar con una buena regulación emocional y con cierta confianza en sí mismo.

La supervisión y el apoyo entre colegas son dos dimensiones muy valoradas por el sujeto, que se siente “muy” escuchado y contenido por sus compañeros. Pese a que manifiesta compartir “moderadamente” sus emociones, reconoce que expresar sus preocupaciones lo ayuda a sentirse “bastante” mejor. Aquí, el espacio de supervisión cumple un rol clave, ya que el profesional asevera que se siente “mucho” menos cargado emocionalmente luego del mismo, a la vez que lo ayuda “mucho” a entender sus reacciones emocionales, y le brinda “mucha” seguridad y “mucha” claridad.

Resumen: no se ve afectado por exposición a contenido traumático, buena regulación emocional y buena confianza en sí mismo, que compensan el no desconectar totalmente del trabajo. Se apoya en colegas y en el espacio de supervisión.

Sujeto 11

Formación: universitaria.
Profesión: psicóloga
Años de recibido/a: 1
Años de experiencia con pacientes: 1

Escala MBI:

- Subescala Agotamiento Emocional: 36. Alto.
- Subescala Despersonalización: 6. Media.

- Subescala Realización Personal: 36. Media.

Por lo tanto, no hay burnout.

Escala ERQ:

- Reevaluación Cognitiva: 24 (por debajo de la media). Percentil 20.
- Supresión Expresiva: 7 (por debajo de la media). Percentil 35.

Escala ProQOL-5:

- Subescala Satisfacción por Compasión: 39. Moderada.
- Subescala Burnout: 24. Moderado.
- Subescala Estrés Traumático Secundario (fatiga por compasión): 20. Bajo.

Si bien los resultados de la escala MBI del sujeto 11 no expresan Burnout, se debe resaltar que la subescala de Agotamiento Emocional aparece alterada con niveles altos, coincidente con sentirse "bastante" emocionalmente agotado según el cuestionario ad.hoc. Por su parte, la subescala de Despersonalización se ubica en un nivel medio, y aunque esto denotaría cierta frialdad hacia sus consultantes, dice preocuparse "bastante" por el bienestar de sus pacientes, y pensar "mucho" en sus casos fuera del espacio clínico, lo cual a su vez sugiere cierta dificultad de desconexión. La subescala de Realización Personal también alcanza un nivel medio, y aunque se siente "poco" no preparada para sus casos, a su vez confía "moderadamente" en sus recursos clínicos y está "moderadamente" satisfecha con sus intervenciones.

Según la escala ERQ, el concurrente muestra tanto una Reevaluación Cognitiva como una Supresión Expresiva por debajo de la media. Si bien esto no apuntaría a un perfil favorable, el sujeto expresa saber regularse "en general", y usar para ello técnicas específicas como la respiración, el mindfulness y actividades recreativas. Aunque expresa que se siente "moderadamente" tranquilo antes de entrar a sesión, también comunica que se siente "poco" ansioso en esos momentos. Además el cuestionario ad.hoc también aporta que maneja "bastante" sus emociones en sesión, al tiempo que mantiene "bastante" una actitud neutral durante las mismas. Incluso manifiesta usar técnicas para autorregularse mientras trabaja con sus pacientes. Esto permite pensar que el ERQ mide dos mecanismos específicos, dejando por fuera otras estrategias que pueden resultar útiles para la regulación emocional de los concurrentes.

Finalmente, el ProQOL-5 muestra una Satisfacción por Compasión y un Burnout en niveles moderados y un Estrés Traumático Secundario bajo. Esto quiere decir, que si bien la concurrente no parece verse afectada por la exposición a relatos traumáticos, sí manifiesta cierto desgaste acumulativo por la actividad laboral, además de no alcanzar los niveles máximos de gratificación por realizar bien su tarea de ayuda. Podría decirse que los niveles moderados de Satisfacción por Compasión coinciden con el puntaje medio de la Realización Personal registrada en el MBI.

Sin embargo, el sujeto 11 parece resguardarse en el apoyo de sus colegas y en los espacios de supervisión (ambos muy bien valorados), que lo protegerían de no llegar a los niveles más altos de

Burnout o Despersonalización. La concurrente manifiesta que se siente “muy” escuchada y contenida por sus colegas, al tiempo que admite compartir “mucho” sus emociones con ellos, y que al hacerlo se siente “mucho” mejor. Por su parte, agrega que luego de la supervisión se siente “bastante” menos cargado emocionalmente, ya que es un espacio en el que puede expresar “mucho” sus preocupaciones. Asimismo, el espacio de supervisión la ayuda a entender “bastante” sus reacciones emocionales y le traen “bastante” claridad y “mucha” seguridad.

Resumen: alto Agotamiento Emocional y autoeficacia media. Reevaluación Cognitiva y Supresión Expresiva bajas, pero dice saber regularse y utiliza técnicas para ello.