

TRATAMIENTO DEL ESTRÉS DOCENTE
Y PREVENCIÓN DEL BURNOUT
CON MUSICOTERAPIA AUTORREALIZADORA

Conxa Trallero Flix

Universidad de Barcelona. Departamento de Didáctica de la Expresión Musical y Corporal

<http://www.musicoterapia-autorrealizadora.net>

TRATAMIENTO DEL ESTRÉS DOCENTE Y PREVENCIÓN DEL BURNOUT CON MUSICOTERAPIA AUTORREALIZADORA

Conxa Trallero Flix

Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad de Barcelona. Master en Musicoterapia por la Universidad Ramón Llull. Titulada Superior por el Conservatorio de Música de Barcelona. Profesora titular de la Universidad de Barcelona, del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical y Corporal.

RESUMEN

El presente trabajo describe la investigación realizada con maestros de Primaria de la provincia de Barcelona, que asistieron a un Taller de Musicoterapia Autorrealizadora (MTA) para tratar el estrés docente y prevenir el burnout.

El estudio se realizó con un grupo de 8 maestros que recibieron el tratamiento. Paralelamente se constituyó un Grupo Control, que no recibió ningún tratamiento. El método usado fue la Musicoterapia Autorrealizadora, mi propio sistema de aplicar los beneficios terapéuticos de la música de manera activa y creativa, a través de la interpretación e improvisación musical. Los objetivos planteados fueron comprobar la eficacia de la MTA para disminuir la tensión física, mental y emocional, relajarse, centrarse en el momento presente y adquirir estrategias para disminuir el propio estrés.

Como instrumentos de medida se usaron el STAI, el MBI y otros cuestionarios elaborados o adaptados. Además, se midieron los Impulsores y la Conducta de tipo A y C. Igualmente, se recogieron las impresiones y valoraciones personales de los asistentes al Taller.

Comparados los resultados de ambos Grupos se pudo determinar una importante disminución de Ansiedad y Cansancio Emocional en el Grupo Experimental, frente a un aumento considerable de estos mismos parámetros en el Grupo Control. Los participantes en el Taller manifestaron haber adquirido numerosos recursos para afrontar el estrés presente y prevenir su aparición.

Las conclusiones de la investigación son que el tratamiento con MTA permite a cualquier persona sin conocimientos musicales aprender técnicas eficaces para poner en práctica en su vida cotidiana, con resultados muy beneficiosos.

PALABRAS CLAVE: Estrés docente. Maestros. Burnout. Ansiedad. Musicoterapia. Autorrealización. Voz. Canto. Creatividad. Música.

TEACHING STRESS AND BURNOUT PREVENTION WITH SELF- ACTUALIZING MUSIC THERAPY

Conxa Trallero Flix

ABSTRACT

This work describes the investigation performed with schoolteachers from Barcelona region who participate in a Self-actualising Music Therapy (SMT) workshop for the treatment of teaching stress and the prevention of burnout.

The study was performed with an eight schoolteachers group receiving treatment. There was also a control group without treatment. The method used was the SMT, my own system to apply the therapeutic music benefits in a creative and active way by means of musical interpretation and improvisation. The aims were to verify the SMT effectiveness in decreasing physical, mental and emotional stress, to relax, to concentrate in present and to develop strategies to reduce the own stress.

As a measurement instruments were used the STAI, the MBI and other elaborated or adopted questionnaires. Moreover they were measured the drivers and the type A and C behaviour. Also were registered the personal feelings and appraisalment of the workshop participants.

Once compared both groups results was possible to determine an important anxiety and emotional fatigue decrease in the experimental group in front of a substantial increase in all this parameters in the control group. The workshop participants recognize that they have acquired many resources to face present stress and to prevent it.

The research conclusions are that the SMT treatment allows to any person without musical knowledge to learn effective techniques to apply in daily life with a very beneficial results.

KEY WORDS: Teaching stress. Schoolteachers. Burnout. Anxiety. Music-therapy. Self-actualizing. Voice. Singing. Creativeness. Music.

INTRODUCCIÓN

Descripción del problema

De un tiempo a esta parte se oye hablar mucho de estrés. Vivimos en una sociedad cada vez más compleja, con muchas presiones, obligaciones, responsabilidades y poco tiempo libre para desconectarse de los problemas laborales y dedicárselo a uno mismo, a pensar, a pasear, a los amigos y a las relaciones afectivas... A las imposiciones externas se añaden las internas: nos forzamos a nosotros mismos a hacer unas cosas determinadas, impulsados por la necesidad de conseguir reconocimiento y aprecio de los demás, o intentando ser tal y como pensamos que esperan que seamos, una vez más para conseguir respeto, aceptación y estimación. Además de las circunstancias personales y familiares, se añaden a este panorama las presiones y exigencias que recibimos en el ámbito laboral, mucho más intensas cuando se trata de profesiones asistenciales, en las que una persona tiene que hacerse cargo de las necesidades de otras o suplir carencias en diferentes terrenos, como es el caso de los maestros.

En los últimos años diversos autores, como Abraham [1], Cole y Walker [2], Dunham [3], Esteve [4-6], Farber [7], Gold y Roth [8], Huberman [9], Jersild [10], Johnstone [11], Nickel [12], Peiró et al [13], Seva Diaz [14], Travers y Cooper [15], Zubieta Irun y Susinos Rada [16], entre otros, han publicado numerosos textos y estudios sobre la situación personal, laboral y social de los maestros y sobre la incidencia del estrés en la profesión docente. Los medios de comunicación, por su parte, empiezan a hablar del síndrome de desgaste profesional o del quemado, llamado burnout, término que hasta hace pocos años era casi desconocido. Asistimos a un incremento de la difusión de situaciones de burnout en diferentes profesiones -Madridejos [17], Giampaolletti [18], Noguera [19]-, al tiempo que las investigaciones muestran que hay una mayor propensión a padecer este síndrome por parte de maestros y sanitarios.

Cordeiro Castro et al [20] informan de la investigación que han realizado con maestros de Primaria de la zona educativa de la Bahía de Cádiz, y que ha dado como resultado que un 41% padece burnout y un 25% depresión.

Por su lado, Urricelqui et al [21] han presentado los resultados de su investigación en el IV Congreso Español de Medicina y Enfermería Laboral. Su estudio se ha centrado en 446 maestros de Educación Infantil, Primaria y primer ciclo de ESO, técnicos de Formación Profesional y de Secundaria, de la provincia de Navarra. Para hacer el estudio han utilizado el MBI de Maslach. Entre todos los estudiados se han detectado 5 casos de burnout y 35 casos que presentan alto riesgo de padecerlo. De los tres factores que mide el MBI (Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Personal), un 37% de los estudiados tiene al menos uno de los tres alterados, de los cuales el 28% tienen sólo uno, el 8% tiene dos factores y el 1% tiene los tres.

Asimismo, un 25% de los maestros europeos padecen algún grado de desgaste profesional, según Noguera [19].

Con respecto a la situación de los maestros en Catalunya, la estadística de la Inspección Médica del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya [22] informa de que el curso 1996-97 hubo un 22'7% de días de baja correspondientes a enfermedades mentales (depresión y estrés), entre los maestros de Primaria y Secundaria, lo cual representa la segunda causa de baja, después de las enfermedades del aparato locomotor. Las patologías mentales suponen un 8'64% de las licencias concedidas durante el curso 1996-97, pero debido a su larga duración, están en segundo lugar en porcentaje de días.

Se observa también que los días de baja por enfermedad mental han aumentado ligeramente en comparación con el curso 1994-95, en el que fueron el 22'12%, frente al 22'7% citado del curso 1996-97.

Esta situación de estrés profesional está llevando cada vez más a las instituciones públicas a adoptar medidas para la prevención y tratamiento de esta enfermedad, a incluirla en la categoría de riesgo laboral, como muestra el texto de Gay et al [23], y a elaborar prospectos informativos y manuales para combatirla. En este sentido se han difundido diferentes documentos orientativos, como el publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de Nogareda Cuixart [24], lo que demuestra hasta qué punto el estrés de los maestros se ha convertido en una preocupación generalizada. Otro documento interesante en este sentido, tanto por su profundidad en la descripción de síntomas como por la propuesta de estrategias, es el publicado por la Conselleria de Cultura, Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana, de Gómez Pérez y Carrascosa Oltra [25].

Otra prueba de la resonancia social que tiene el estrés docente la encontramos en la noticia que publicaron los diarios el 15 de febrero de 2005, según la cual el Tribunal Superior de Justicia de Catalunya ha reconocido que el burnout es un accidente laboral, en una sentencia que confirma la incapacidad permanente absoluta concedida por un juzgado social de Barcelona a una maestra que lleva 35 años como docente y que estuvo un año de baja por burnout. La sentencia reconoce, al mismo tiempo, que la profesora tiene "una personalidad obsesivamente perfeccionista y un alto grado de autoexigencia". Esta última precisión abona la idea, conocida en el ámbito de la psicología, de que el grado de estrés no depende tan sólo de la situación en sí misma, sino también de la percepción y vivencia que tiene de ella la persona, de su personalidad, patrones de conducta, así como de la persistencia de una situación estresante a la cual no se sabe hacer frente y que acaba conduciendo al síndrome de burnout.

La problemática de los maestros siempre me ha interesado y preocupado especialmente. He conocido muchos, a lo largo de los años, y admiro su dedicación, paciencia y energía. Creo que su trabajo es fantástico, aunque me parece agotador. Es importante trabajar en pro de su salud mental y emocional, tratando y previniendo el estrés propio de la profesión. De esta manera estaremos contribuyendo, indirectamente, a mejorar la calidad de la enseñanza.

Ante la habitual situación de estrés que padecen los docentes, decidí llevar a cabo una investigación sobre la facultad de la Musicoterapia Autorrealizadora (MTA), que es mi propio método de

aplicación de los beneficios terapéuticos de la música, para prevenir y afrontar el estrés, especialmente el de los docentes [26]. Dicha investigación se llevó a cabo en la Universidad de Barcelona, con un grupo de maestros que siguieron un tratamiento durante 4 meses y con otro que no siguió ninguno. Al final de dicho período se compararon los resultados entre ambos grupos, tal como se explica en el presente artículo.

Música, cerebro y emociones

En las últimas décadas se han desarrollado numerosas investigaciones sobre las relaciones entre la música y las funciones cerebrales. Autores como Despins [27], que considera que la música es el mejor medio para desarrollar el equilibrio entre los dos hemisferios cerebrales, Erdonmez [28] y Fernández de Juan [29], entre otros, se han ocupado de determinar el papel de los hemisferios en el procesamiento de los estímulos musicales, dependiendo de si los sujetos estudiados son o no músicos. Los efectos de la música sobre las funciones cognitivas han sido objeto de múltiples teorías, algunas de las cuales han sido refutadas o matizadas posteriormente, como el llamado "Efecto Mozart" [30]. Igualmente han surgido estudios, como el de Panksepp y Bernatzky [31], que resaltan las respuestas neuroafectivas que produce la música. Vieillard [32] propone una hipótesis neurobiológica según la cual habría una vía cerebral específica de tratamiento de las emociones musicales. Si esto fuera cierto, comenta la autora, la reacción a la música sería "inmediata e independiente de los procesos requeridos para reconocer los elementos de estructura musical".

Los investigadores coinciden en destacar la facultad estructuradora y reguladora que tiene la música sobre los aspectos físico, emocional y mental de la persona. Además del sonido, que es una realidad material en forma de ondas que percibimos a través de la piel, los huesos y el oído, la música está formada por tres elementos, el ritmo, la melodía y la armonía. Cada uno de ellos está relacionado con una actividad cerebral distinta. Así, el ritmo influye sobre la parte fisiológica, modificando los ritmos internos que tienden a sincronizarse con los de la música. La melodía enlaza con las emociones y ayuda a evocar y revivir situaciones y experiencias afectivas. La armonía, el elemento más complejo de la música, está relacionada con los aspectos mentales y, por tanto, cognitivos. Es importante constatar la similitud de estos tres elementos con la teoría de los tres cerebros o cerebro triuno de MacLean [33]: reptiliano, paleomamífero y neomamífero, y que Panksepp [34] y LeDoux [35] denominan cerebro instintivo (correspondiente al ritmo), cerebro emocional (correspondiente a la melodía) y cerebro racional (correspondiente a la armonía). Tal como sucede con los tres cerebros, los cuales se han desarrollado de forma evolutiva, el ritmo fue el primero en surgir, seguido de la melodía. La armonía, o superposición de sonidos de distinta altura, no surgió hasta el siglo IX.

Sin embargo, al principio de la estratificación en el funcionamiento del sistema nervioso, que tiene su origen en la organización filogenética, como apunta Barcia-Salorio [36], hay que añadir el principio de complejidad creciente y el de especialización, lo que implica que hemos de hablar más de un

cerebro integrado que jerarquizado. Igualmente, en la música observamos esta característica integradora del ritmo, la melodía y la armonía, lo que le confiere la mayor parte de sus propiedades terapéuticas.

La Musicoterapia Autorrealizadora como procedimiento terapéutico

Aunque la utilización curativa de la música se remonta a las antiguas civilizaciones, la Musicoterapia como disciplina científica es relativamente joven. Podemos decir que se inició a mitades del siglo XX con la creación de la National Association for Music Therapy, en Estados Unidos. Desde ese momento se han desarrollado todo tipo de estudios e investigaciones encaminadas a comprobar y demostrar las capacidades de la Música para producir cambios positivos en las personas, en el sentido de restaurar, mantener y mejorar la salud física, emocional y mental, según la definición de la citada Asociación. Todo ello se consigue por medio de la aplicación sistemática de la música, dirigida por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico.

La Musicoterapia tiene diferentes campos de aplicación, como la medicina, neurología, geriatría, psiquiatría o educación, y está configurada por técnicas muy diversas, dependiendo del colectivo a quien va dirigida: no se puede aplicar el mismo procedimiento a una persona con Parkinson o Alzheimer que a un niño autista; a un paciente que despierta de un coma que a una persona con depresión, por citar algunos ejemplos. Esta variedad de prácticas se pueden agrupar en tres categorías o líneas: la Musicoterapia receptiva, que consiste en que el paciente escuche música grabada o interpretada en directo por el musicoterapeuta; la Musicoterapia activa, en la cual el paciente puede tocar o cantar música conocida o aprendida en las sesiones, y la Musicoterapia activa y creativa en la que el paciente se expresa a través de la invención de músicas que toca y/o canta. El uso de uno u otro tipo de Musicoterapia depende de los objetivos que se quieran lograr, del estado del paciente y de su patología, del grado de formación musical que tenga el musicoterapeuta, de sus preferencias metodológicas y de la corriente psicológica con la que se identifique. En este sentido, se puede hablar de Musicoterapia de línea conductista, psicodinámica, cognitiva, humanista o transpersonal, como apuntan Ruud [37] y Betés de Toro [38].

Aunque existe la creencia, muy extendida, de que el método más adecuado para relajarse y rebajar el grado de estrés es el de la escucha pasiva de música, debo aclarar que frecuentemente no es así, sino todo lo contrario. Precisamente, mi sistema de trabajo se basa en la Musicoterapia activa y creativa porque he comprobado que es la más efectiva, la que produce más impacto en el paciente y la que suscita más cambios físicos, emocionales y mentales.

La investigación que se presenta está basada en mi aportación personal, la Musicoterapia Autorrealizadora (MTA), que parte de un enfoque humanista e integrador de la persona. Este método es una síntesis de técnicas que he ido incorporando a lo largo de los años, como fruto de mi propia experiencia y formación [39].

La MTA reúne procedimientos de diferentes disciplinas. Así, la Psicología Humanista y Transpersonal, a través de sus representantes entre los que se puede citar a Perls [40]; Rogers [41, 42];

Maslow [43, 44], con su concepto de persona autorrealizada [45], Grof [46]; Watts [47] o Wilber [48], aporta su confianza en las cualidades innatas de la persona y en sus capacidades creativas y de autorrealización. La Pedagogía Musical Activa, con artífices como Willems [49, 50], Kodály [51, 52] y Orff [53], contribuye con un enfoque de la sensibilización musical y la escucha como factor formativo e integrador [54], además del uso creativo del lenguaje musical [55, 56]. Las técnicas psicocorporales, como la Eutonía de Gerda Alexander [57, 58], la anti-gimnasia [59], el método Feldenkrais [60] o la Bioenergética de Alexander Lowen [61], ayudan a conectar con el cuerpo, a sentirlo más presente y a integrarlo. Las Filosofías Orientales aportan técnicas de interiorización, de calma y de centramiento de la mente a través de la Meditación [62]. La Musicoterapia activa y creativa, de Nordoff-Robbins [63], Benenzon [64] o Bruscia [65], aporta sus técnicas para resolver situaciones de conflicto y enfermedad a partir de la expresión espontánea. El Análisis Transaccional, originado por Berne [66], y en el que destaco a Kahler [67], Claude Steiner [68] y en España Oller Vallejo [69], ofrece un marco de referencia analítico que permite interpretar de forma cognitiva las reacciones y conductas que se producen y comprender su origen, al tiempo que facilita técnicas para resolver dificultades desde una perspectiva humanista. Todos los procedimientos descritos están adaptados a la Musicoterapia, de forma que las actividades terapéuticas se realizan con intervención de sonido y música.

La MTA se basa en la improvisación, como rasgo más destacable e innovador, de forma que toda la música que se utiliza en una sesión es producida por los asistentes en aquel momento, respondiendo a consignas, pautas y sugerencias que voy introduciendo. El hecho de desarrollar y propiciar la exteriorización y la creatividad de los participantes es lo que hace que sea una actividad autorrealizadora, porque permite a la persona descubrir y manifestar, a través de la música, todas sus potencialidades y cualidades existenciales, aquellas que posee de forma innata, por el solo hecho de existir y expresarse.

Algunas de las técnicas y procedimientos que se desarrollan en la MTA son:

Movimiento, ritmo, percusión corporal e instrumental. A partir del movimiento rítmico y la percusión corporal se desbloquean las tensiones, se facilita la organización temporal y espacial, el reconocimiento del propio cuerpo y del lugar que ocupa en el espacio. La interpretación de ritmos musicales contribuye a modificar los ritmos internos, que pueden acelerarse o ralentizarse, según las necesidades de cada situación. Los instrumentos de percusión actúan como objetos intermedios que propician la comunicación, a la vez que su uso ayuda a desarrollar las habilidades motrices de los ejecutantes.

Improvisación rítmica, melódica y armónica. La creatividad se manifiesta de distintas maneras que van de las más sencillas (el ritmo) a las más complejas (la armonía). Permiten a los participantes redescubrir sus capacidades creativas y disfrutar de ellas, al mismo tiempo que ejercitan la toma de decisiones, desarrollan la intuición y aprenden a manifestarse en un lenguaje no verbal.

Descubrimiento de la propia voz natural. La voz es uno de los recursos sonoros más transformadores de la MTA. La voz natural es aquella que define y caracteriza a cada persona, la que refleja su esencia,

más allá de los guiones aprendidos, de los estereotipos y de los bloqueos que la han ido reprimiendo y ocultando a través de los años. Recuperar ese aspecto genuino es muy enriquecedor y terapéutico. Cada persona redescubre sus posibilidades vocales y la forma en que puede usarlas para su propio bienestar, relajación o activación energética.

Expresión emocional y comunicación grupal a través de la música y el canto. Cuando se trabaja en grupo, la música y el canto improvisado son una magnífica herramienta para exteriorizar y compartir los sentimientos y sensaciones íntimas y personales de manera espontánea.

Visualización. La visualización consiste en imaginar lo más vívidamente posible una situación experimentada o inventada, de la que se intenta percibir el máximo de detalles, como los colores, formas, olores, sonidos, sensaciones, etc. [70]. A esta idea o imagen mental le ponemos sonido vocal, lo que ayuda a reforzar las impresiones y a evocarlas con mayor intensidad emocional.

Meditación. Consiste en el canto de mantras, del propio nombre, de sonidos largos, especialmente vocales y consonantes resonantes. Se asocia a la respiración, la cual se va haciendo más amplia y tranquila, originando una gran concentración de la mente en el fenómeno sonoro que se está produciendo.

Afirmaciones. Son pensamientos positivos dichos en voz alta para afirmar la propia valía y aumentar la autoestima. Estas afirmaciones se cantan, en vez de decir las, acompañadas de percusiones corporales, movimiento, baile, instrumentos musicales... Cuantos más sentidos estén involucrados en la experiencia más fácilmente penetra en el inconsciente, donde se esconden los pensamientos limitadores.

Caricias positivas. Las Caricias son estímulos intencionales que nos dirigen los demás y que pueden ser físicos o sociales [69]. Estas caricias se pueden manifestar a partir de gestos o miradas, o bien verbalmente, de forma que nos digan aquello que a los otros les gusta de nosotros. En las sesiones de MTA usamos el canto, en vez de prodigarlas de forma verbal [71]. El canto de Caricias tiene un gran impacto emocional sobre la persona que las obtiene, debido a la inclusión del factor melódico que incide de una manera más profunda sobre la parte psicológica y afectiva.

Permisos. Los Impulsores son la expresión psicológica y conductual de factores estresores, tal como se expone más adelante. Cada Impulsor se puede contrarrestar y reemplazar por un Derecho Permisivo o Permiso. En MTA se trabaja a partir del canto de permisos realizado por el musicoterapeuta, por el grupo, por los compañeros y por uno mismo.

El Niño Interior. A través de la visualización y la interiorización tomamos contacto con nuestro Niño necesitado de cuidados y le damos protección, seguridad y consuelo desde nuestra parte parental y protectora, a través del canto de canciones que incluyan frases tranquilizadoras. A veces, la figura del Niño se puede modelar con plastilina para facilitar el hacerla real.

Cuidar y ser cuidado. Los maestros suelen tener poco desarrollado el hábito de dedicarse tiempo y atención a ellos mismos. Les parece que todo lo deben hacer para sus alumnos y descuidan buscar

espacios donde recibir apoyo, poder expresar sus preocupaciones, recibir caricias positivas, ser cuidados y entendidos y poderse descargar de la gran responsabilidad que llevan encima. Una de las prácticas que realizamos en las sesiones es cuidarse mutuamente, por medio de Caricias y Permisos, de dejarse obsequiar con la música creada especialmente por los compañeros, o a través del masaje vocal. Este intercambio entre iguales, de adulto a adulto, es muy diferente del que están acostumbrados a realizar, de adulto a niño, porque los pone en una situación en la que reciben tanto como dan, cosa que les permite recargarse emocionalmente.

Todas las sesiones de MTA acostumbran a seguir una secuencia similar [71]. Así, al empezar realizamos estiramientos y actividades corporales en la línea de la gimnasia holística, la eutonía o el tai-chi, para liberar las tensiones instaladas en el cuerpo y focalizar la atención de los participantes en el aquí y ahora, puesto que suelen llegar cargados de preocupaciones y problemas. Las actividades se efectúan con música que puede ser interpretada por mí en directo, o creada por los participantes, en coordinación con los movimientos. Algunos ejercicios tienen como finalidad facilitar la emisión de la voz o conciliar la respiración, el sonido y el movimiento del cuerpo.

A continuación pasamos a la experimentación individual, investigando las posibilidades de la propia voz y el efecto que tiene sobre el cuerpo y el estado anímico la vibración de los sonidos que emite cada uno. Propongo dirigir la atención y la voz a zonas corporales concretas, para relajarlas, energizarlas o para atenuar el dolor, si es necesario. También podemos enfocar la atención en una zona corporal y emitir el sonido que nos sugiere. Otras veces sumamos la potencia de todas las voces, lo que produce una sensación de gran energía, para que cada uno la lleve a alguna zona de su organismo que necesite revitalizar.

Con el trabajo por parejas acrecentamos la comunicación: dar y recibir, cuidar y ser cuidado, cantar y escuchar. Por la vía del canto, preferentemente sin texto, se expresan unos a otros emociones y sensaciones. Algunas veces se sientan dos personas de frente, se cogen de las manos y, con los ojos cerrados, inician un diálogo en el cual cada una expresa cómo se siente, inventando una melodía sin palabras; la otra le escucha y responde, también cantando.

Al final realizamos actividades grupales, sobre todo improvisaciones colectivas con instrumentos y voz, en las que se expresa el estado de ánimo de cada persona o se evocan situaciones importantes de sus vidas, mientras vamos creando un entramado musical, en forma de banda sonora. Hay actividades que favorecen la seguridad, la autoestima y la capacidad de exteriorización afectiva. También se realizan ejercicios para estrechar los vínculos entre el grupo, desarrollar la confianza mutua y para que cada miembro pueda encontrar su espacio y mostrarse tal como es, sin miedo al rechazo.

En cada sesión hay también espacios para la verbalización y para el análisis cognitivo de reacciones, conductas y dificultades que experimenten los participantes.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y DE LA INVESTIGACIÓN

El hecho de que la investigación realizada se basara en la aplicación de un tratamiento terapéutico, me llevó a determinar una serie de objetivos de esta implementación.

Para ello era necesario, como primer paso, definir cuáles son los rasgos y síntomas observables del estrés laboral y del burnout. Según los criterios extraídos del DSM IV [72] para el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático; del Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) [73]; del Maslach Burnout Inventory (MBI) [74]; del Inventario de Actividad de Jenkins (JAS) [75]; del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) [76]; de la revisión de literatura y de algunos tests para medir el estrés y la calidad de vida, algunas de las manifestaciones perceptibles en las personas que están viviendo una situación de estrés o de burnout pueden ser:

- Nerviosismo, irritabilidad y angustia.
- Tensión física y muscular.
- Preocupación, carencia de concentración y de memoria.
- Estado de ánimo depresivo; tristeza y dificultad para disfrutar de las actividades.
- Crisis de llanto sin motivo aparente.
- Sensación de aislamiento y soledad. Pesimismo.
- Desmotivación, apatía. Carencia de participación. Indiferencia ante las propuestas.
- Bloqueo expresivo. Inhibición.
- Carencia de seguridad y autoestima; comentarios o acciones autodescalificadoras.
- Carencia de decisión o lentitud para las actuaciones.
- Dificultad de integración en el grupo.
- Síntomas físicos como por ejemplo cambios en apetito, ardor de estómago, dificultades para dormir fatiga, excesiva, dolores de cabeza, sofocos, ahogo, palpitaciones, sudores, temblores, desmayos...

Consideraré también la escala de Variables Predictoras del Burnout de Aveni y Albani, citada por Garcés de los Fayos [77], obtenida a partir de pasar un inventario de ansiedad y otro de estrés a una muestra de trabajadores sociales. Algunos de los signos y síntomas del síndrome de burnout obtenidos se muestran a continuación, con el porcentaje de aparición:

- Ansiedad, 80,33%
- Tristeza, 75,41%
- Fatigabilidad, 65,57%
- Autodevaluación, 64,75%
- Inquietud, 63,11%
- Dificultades de concentración, 60,66%
- Depresión, 60,66%
- Reducida realización personal, 50,82%

- Disminución del interés por el trabajo, 38,52%
- Angustia, 38,52%
- Disminución de la motivación, 36,89%

A partir de la revisión de literatura realizada, pude apreciar una cierta confusión en el uso de los conceptos de estrés y burnout. Tal como apuntan Garcés de los Fayos [77] y Barría Muñoz [78], existe una dificultad para diferenciar el burnout del estrés laboral, lo cual queda patente en las distintas descripciones y planteamientos teóricos que se han elaborado para definir uno y otro concepto. No obstante, parece que, según los citados autores, actualmente hay un consenso en asumir para el burnout el modelo propuesto por Maslach y Jackson [74] basado en las tres escalas (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal), si bien el síndrome sería la consecuencia de una situación duradera en el tiempo de estrés no resuelto, además de una interacción intensa con el cliente, paciente o alumno, propia de las profesiones asistenciales.

Mi postura al realizar la investigación fue la de considerar que el burnout representa un estadio posterior al del estrés, que surge por el mantenimiento de éste durante un tiempo prolongado y debido al uso de estrategias de afrontamiento inapropiadas o inexistentes, lo que conduce a una situación crónica que desemboca en el síndrome. Así, el objetivo de disminuir el nivel de estrés de los maestros conllevaba también el de prevenir una posterior aparición del burnout.

Igualmente, tuve en cuenta la influencia de los tipos de Conducta. Generalmente se considera que las personas con personalidad o conducta tipo A son mucho más propensas a padecer estrés y enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, como proponen Farber [7], Johnstone [11], Nogueira Antuñano et al [79], Travers y Cooper [15] o Troch [80]. Este patrón comporta perfeccionismo, hostilidad, agresividad, autoexigencia, competitividad y un sentido de la urgencia. Los maestros con una conducta del tipo A serán más propensos a padecer estrés.

Pero además de la Conducta de tipo A hay otra que también se puede asociar igualmente al estrés, y es la Conducta tipo C. En este caso las enfermedades a las que se es más vulnerable son las de tipo infeccioso, entre ellas el cáncer [81]. Slipak [82] considera que el patrón de conducta tipo C se presenta en sujetos introvertidos, obsesivos, que interiorizan su respuesta al estrés, pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseos de aprobación social. Por su lado, Fernández-Abascal y Jiménez Sánchez [83] trazan el perfil de estos sujetos como personas que procuran complacer a los demás, reprimen las emociones negativas, manifiestan paciencia extrema y utilizan preferentemente estrategias de afrontamiento emocional de tipo pasivo, como la negación y evitación de confrontación. El hecho de evaluar de manera pesimista las situaciones estresantes determina la relación entre este patrón y los problemas de salud que comporta.

A más de considerar estas clasificaciones de la conducta, tuve en cuenta las que se derivan de los Impulsores, considerados como factores estresores. A partir de un concepto propio del Análisis

Transaccional, el Miniguión, iniciado por Kahler y Capers [67] y desarrollado posteriormente por el primero [84], se pueden definir los Impulsores, llamados de este modo porque inducen o impulsan el inicio de conductas inadecuadas que abocan a la persona a sentirse mal. Implícito en cada Impulsor hay un mandato parental de contraguión, tras el cual se encuentra un mandato inhibitor. El mandato de contraguión es un mensaje aparentemente positivo que acaba conduciendo a un desenlace negativo.

Podemos decir que a través de estos mensajes nos han inculcado la idea de que si queremos ser amados y aceptados hemos de comportarnos de una determinada manera, por lo que generan un alto grado de estrés. Los Impulsores son: "Sé perfecto", "Sé fuerte", "Date prisa", "Complace", "Esfuézate". Kahler describe tan sólo los 5 citados, pero Goulding y Goulding [85] han sugerido añadir otro: "Ten cuidado", que ha sido adoptado por Oller Vallejo [69]. En el presente estudio se asociaron los tres primeros impulsores con la conducta tipo A y los tres últimos con la de tipo C.

Finalmente, los objetivos terapéuticos del tratamiento de MTA establecidos fueron: Disminuir la tensión física, emocional y mental de los maestros implicados en el Taller; disminuir las actitudes y respuestas estresoras generadas por los Impulsores; aprender a relajarse y a centrarse en el momento presente, disfrutando de las propias capacidades y potencialidades; adquirir herramientas para una mejor expresión y comunicación; facilitar la expresión emocional; ejercitarse en el manejo del propio estrés y los sentimientos de angustia, miedo e inseguridad; aumentar la autoaceptación y la confianza en un mismo y en el grupo como elemento de apoyo; aprender a dedicarse tiempo y atención a sí mismo; reducir los síntomas psicósomáticos.

Por otro lado, el objetivo principal de la investigación era realizar una observación detallada de los cambios que se produjeron en los participantes en el Taller de Musicoterapia Autorrealizadora, de tal forma que se pudiera determinar el grado de incidencia que el uso terapéutico de la música tuvo en cada persona, dependiendo de su situación personal y laboral, de sus propios conflictos, de su estado anímico y de otros factores que intervinieron en el estudio.

METODOLOGÍA

La investigación se ha llevado a cabo siguiendo el diseño cuasiexperimental, del tipo test-retest, con dos muestras independientes formadas por un Grupo Experimental y un Grupo Control. Primero se evaluó el estado anímico de los sujetos (test) para conocer su grado de estrés o variable dependiente. Una vez aplicado el tratamiento o variable independiente al primer Grupo, se volvió a evaluar a los sujetos (retest) para observar los cambios experimentados y las diferencias entre el Grupo que había recibido tratamiento y el que no lo recibió.

El estudio que se expone se hizo con dos muestras pequeñas, debido a las características de la investigación experimental en Musicoterapia activa [86, 87], pero presenta un buen nivel de validez interna y confiabilidad. Por el hecho de tratarse de una investigación realizada en el mundo real, tiene una

validez externa considerable. La investigación mostrada se puede considerar también mixta, porque evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos. Los primeros se recogen a través de cuestionarios y tests estandarizados que aportan datos mesurables y los segundos se derivan de la valoración personal de los participantes y de las opiniones mías y del observador. Se partió de una hipótesis alternativa direccional, en la que se estableció que el tratamiento produciría cambios y que estos significarían una mejora para el grupo tratado.

Las características de los dos Grupos al inicio de la investigación pueden observarse en la siguiente Tabla:

Grupo Experimental	Grupo Control
2 hombres y 6 mujeres, maestros en escuelas públicas de la provincia de Barcelona	8 mujeres, maestras en escuelas públicas de la provincia de Barcelona
Edades: 43 a 54 años. Media: 46,87 años	Edades: 25 a 57 años. Media: 43,25 años
Años de docencia: 20 a 27. Media: 23,62 años	Años de docencia: 9 meses a 36 años. Media: 19,84 años
Especialidad: 3 Primaria, 1 Musical, 4 Primaria y Musical 4 ejercen cargos	Especialidad: 3 Primaria, 2 Lenguas Extranjeras, 1 Infantil y Primaria, 1 Musical, 1 Primaria y Musical 3 ejercen cargos
5 consideran que tienen un poco de estrés actualmente 3 consideran que tienen bastante estrés actualmente	7 consideran que tienen un poco de estrés actualmente 1 considera que no tiene nada de estrés actualmente
4 consideran que han padecido estrés los últimos 2 años 3 consideran que no han padecido estrés los últimos 2 años 1 no responde	5 consideran que han padecido estrés los últimos 2 años 3 consideran que no han padecido estrés los últimos 2 años
Satisfacción laboral: entre 35 y 83. Media 59,62*	Satisfacción laboral: entre 53 y 84. Media: 70,5*
Presión en el trabajo: entre 34 y 60. Media: 48,25*	Presiones en el trabajo: entre 22 y 80. Media: 53,12*
Estrategias de superación: entre 45 y 69. Media: 53*	Estrategias de superación: entre 46 y 69. Media: 55,25*
5 no han pensado casi nunca en abandonar la profesión 2 han pensado a veces en abandonar la profesión 1 ha pensado a menudo en abandonar la profesión	5 no han pensado casi nunca en abandonar la profesión 3 han pensado a veces en abandonar la profesión
Predominio de conducta Tipo A: 7 personas Predominio de conducta Tipo C: 1 persona	Predominio de conducta Tipo A: 7 personas Predominio de conducta Tipo C: 1 persona

Tabla I. Comparativa de las características del Grupo Experimental y del Grupo Control al inicio de la investigación.
* Puntuación sobre 100

Podemos ver que el Grupo Experimental era más homogéneo que el Grupo Control con respecto a edad, años de docencia y especialidad. El grado de Satisfacción Laboral que presentaba el Grupo Control era alto, mientras que el del Grupo Experimental era más bajo, aunque aceptable. Las Presiones que padecían en el ámbito laboral no eran demasiado altas en ninguno de los dos Grupos. Estaban

igualados también en cuanto a las Estrategias que poseían para hacer frente a las presiones, así como en su satisfacción con la profesión elegida. Se observa el predominio de la Conducta de Tipo A en ambos Grupos, especialmente de los Impulsores "Sé perfecto" y "Date prisa", como reflejan los resultados del TIM-60.

La terapia constó de 15 sesiones programadas, más una que se añadió, previo acuerdo entre los participantes y yo, al final del proceso. Tenía como objetivo comprobar la eficacia del tratamiento, un mes después de la última sesión y habiendo ya acabado los maestros el curso, y constatar si los efectos conseguidos eran duraderos. También sirvió para conservar el nexos con el grupo y con las sesiones de MTA durante el mes en que no tuvieron lugar, lo cual les ayudaba a mantener estos efectos y les estimulaba a poner en práctica las técnicas aprendidas.

Las sesiones se desarrollaron en la Facultad de Formación de Profesorado de la Universidad de Barcelona, con una duración de dos horas un día a la semana, desde febrero a mayo. La sesión de supervisión la hicimos el 22 de junio, después de haberles dado pautas para poder trabajar ellos solos. A algunas sesiones asistía un observador externo, que llenaba informes individuales con los rasgos más destacables de los participantes, relacionados básicamente con su manifestación de los Impulsores.

Procedimiento de recogida de datos

Algunos de los instrumentos para la recogida de datos fueron elaborados; otros fueron adaptados, y otros son estándar.

Para el análisis estadístico de datos se usó la prueba t de Student, que compara medidas repetidas.

La información recogida se puede agrupar en: Datos anteriores al tratamiento, que son los que informan sobre los antecedentes, situaciones y circunstancias personales que han traído a la persona al momento actual, tal y como estaba antes de iniciarse el Taller. Los Datos de evolución (sólo para el Grupo Experimental) reflejan los cambios observados desde el inicio del Taller hasta su finalización. Se fueron reuniendo durante toda la etapa de desarrollo del Taller. Por último, los Datos posteriores al tratamiento, que se obtuvieron al finalizar el Taller, permitieron comparar los cambios que se produjeron en el grupo Experimental, como consecuencia del tratamiento, con los que notaron el Grupo Control. La obtención de datos se hizo a partir de fichas, cuestionarios y tests; algunos los llenaban los mismos participantes, otros yo misma y otros el observador que se incorporó con el fin de aportar una visión externa y menos implicada que la mía.

El tipo de datos que se obtuvieron fueron de dos clases: cuantitativos, que son más o menos objetivos, y cualitativos, de cariz más subjetivo. Las características de la investigación hacían recomendable, en mi opinión, unas medidas científicas, realizadas con herramientas contrastadas y baremadas. Por otro lado, el hecho de que la investigación se hubiera de efectuar sobre una muestra pequeña hizo necesario disponer de datos cualitativos, que reforzaran los otros, derivados de la

percepción personal que cada participante tenía sobre sus cambios emocionales y sobre el impacto que la Musicoterapia ejercía sobre su vida cotidiana.

Los Datos anteriores al tratamiento fueron facilitados por los participantes del Grupo Experimental y del Grupo Control antes de empezar el Taller, en febrero. Los instrumentos usados para la recogida de esta información fueron:

Ficha personal. Con preguntas referidas a aspectos personales y familiares, formación, historial laboral, hábitos, salud, estrés y relación con la música (esta última información sólo para el Grupo Experimental).

Cuestionario sobre el estrés de los docentes, es una adaptación reducida del de Travers y Cooper [15], y sólo de los apartados que miden la Satisfacción laboral (15 preguntas), Presiones en el trabajo (66 preguntas) y Estrategias con las que cada persona se enfrenta a ellas (28 preguntas). Usa una escala tipo Likert, con puntuaciones del 0 al 5.

MBI (Inventario Maslach de Burnout). Está formado por 22 preguntas, referidas a tres escales o variables, que se miden de forma independiente. Las tres variables y su definición hecha por las autoras [74], son el Cansancio Emocional, expresión de los sentimientos de una persona exhausta emocionalmente por el propio trabajo. Cuando la fuerza o capital emocional del profesional se va agotando, éste percibe que su capacidad de entrega a los demás se vacía, tanto personalmente como psicológicamente. La siguiente variable, la Despersonalización, comporta la aparición de sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia las personas con las que trabaja el profesional. Es un proceso de endurecimiento y deshumanización que lleva a considerar que las personas a las que se da asistencia se merecen, en cierto modo, los problemas que tienen. La Despersonalización está relacionada con el agotamiento emocional. La Realización Personal, que es la tercera variable, puede estar disminuida en el profesional que padece burnout, y esto comporta una tendencia a autoevaluarse negativamente y a sentirse infeliz y descontento consigo mismo y con su tarea. El MBI usa una escala de tipo Likert, con puntuaciones del 0 al 6.

STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo). Consta de 20 preguntas para determinar el grado de Ansiedad de la persona como Estado y 20 preguntas para determinar el grado de Ansiedad como Rasgo. En un caso se le pide que responda en función de cómo está en el momento presente y en el segundo caso las respuestas se refieren a cómo se siente en general. Usa una escala de tipo Likert, con puntuaciones del 0 al 3.

TIM-60, Test de Impulsores, un cuestionario de elaboración propia, en colaboración con el psicoterapeuta analista transaccional Jordi Oller Vallejo, con 60 preguntas que miden los 6 impulsores y el tipo de conducta A o C que se deriva del predominio de unos o de otros. Usa una escala de tipo Likert, con puntuaciones del 0 al 5.

Los Datos de evolución, se recogieron durante los 4 meses que duró el Taller y sólo en el Grupo Experimental. Se usaron las siguientes herramientas de medida:

Cuestionario sobre los cambios observados durante la semana. Lo llenaba cada participante al inicio de cada sesión. En él se recogían las variaciones en el estado físico y anímico entre una sesión y la siguiente. Informaba también de la cantidad de trabajo personal realizado por el sujeto y su valoración sobre los resultados del mismo. Otra finalidad era conocer en qué estado llegaba cada persona a la sesión, para compararlo con el que tenía al finalizar ésta.

Cuestionario de evaluación de la sesión de Musicoterapia, que era cumplimentado por cada participante al final de cada sesión. Recogía sus sensaciones, reacciones, emociones y dificultades experimentadas durante el trabajo terapéutico, junto con el estado físico y anímico con el que se iba.

Ficha de preparación de la sesión, observación posterior y evaluación del grupo. Reflejaba la integración del grupo, las relaciones interpersonales y la evolución colectiva desde la óptica de mi observación. Contenía, además, la plantilla de programación de cada sesión y mis reflexiones sobre los próximos pasos terapéuticos, en función de la situación del grupo en cada momento.

Fichas de observación individual de cada participante, a llenar por el observador y por mí. Servían para registrar el comportamiento de cada miembro del grupo durante las sesiones y poder tener anotaciones de los cambios de conducta observables, especialmente en relación a los Impulsores que evidencian el grado d'ansiedad, inquietud, impaciencia o retención emocional que manifestaban los participantes durante el trabajo terapéutico.

Los Datos posteriores al tratamiento, se recogieron al finalizar el Taller, el mes de mayo. Los instrumentos usados, para el Grupo Experimental, fueron:

Cuestionario de valoración del taller de Musicoterapia con 18 preguntas sobre los cambios físicos y anímicos observados los últimos 4 meses, el grado de satisfacción por el tratamiento recibido y la evaluación de la utilidad de las herramientas adquiridas para enfrentarse al estrés. Algunas respuestas son abiertas, otras están planteadas en forma de escala cualitativa no numérica y otras son de escala tipo Likert.

MBI, para medir el burnout y compararlo con el de inicio.

STAI, para medir la Ansiedad de Estado y la de Rasgo y compararlas con las de inicio.

TIM-60, para cuantificar los cambios en los Impulsores y en el tipo de conducta.

Cuestionario sobre los cambios observados desde la última sesión del Taller, para evaluar la permanencia de los resultados, una vez finalizado el trabajo terapéutico. Además, pedía a los participantes que hicieran la comparación entre el final del curso presente y los anteriores, para ver si notaban diferencias substanciales debidas al tratamiento con Musicoterapia. Igualmente significativo era saber la cantidad de trabajo personal que habían podido realizar, para poder establecer una relación de causa-efecto entre las posibles mejoras que se hubieran producido y la dedicación personal a la práctica de las actividades propuestas.

Los instrumentos usados para la recogida de los Datos posteriores al tratamiento, para el Grupo Control fueron:

Cuestionario sobre los cambios observados en los últimos 4 meses, una ficha personal breve, diferente de la inicial. Su objetivo era recoger datos del período en el que el Grupo Experimental estuvo siendo tratado con Musicoterapia, y poder observar las diferencias con respecto al grado de estrés, enfermedades, síntomas, medicación, estado físico y anímico, etc. Aparte de los datos que facilitaban los tests para medir la ansiedad y el estrés, me parecía importante tener una apreciación personal sobre cómo se habían sentido en los últimos 4 meses los integrantes del Grupo Control. Hay algunas preguntas cuyas respuestas permiten hacer una comparación con las del Grupo Experimental, y que son clave para valorar cualitativamente los resultados de la investigación, como por ejemplo si la persona cree que su grado de estrés ha aumentado o disminuido y en qué medida o si es igual. También se pide si el afrontamiento de los problemas cotidianos resulta más o menos fácil que antes, un dato que permite determinar el grado de ansiedad que padece la persona.

MBI, para medir el burnout y compararlo con el de inicio.

STAI, para medir la Ansiedad de Estado y la de Rasgo y compararlas con las de inicio.

TIM-60, para cuantificar los cambios en los Impulsores y en el tipo de conducta.

RESULTADOS

Análisis estadístico

En los gráficos comparativos (Figuras 1 a 6) podemos observar las diferencias entre las medias test-retest de ambos Grupos, en cada una de las escalas que se midieron, obtenidas a partir de las puntuaciones directas. Estas diferencias han servido para realizar la prueba t de Student. La Figura 7 presenta un gráfico de dichas diferencias.

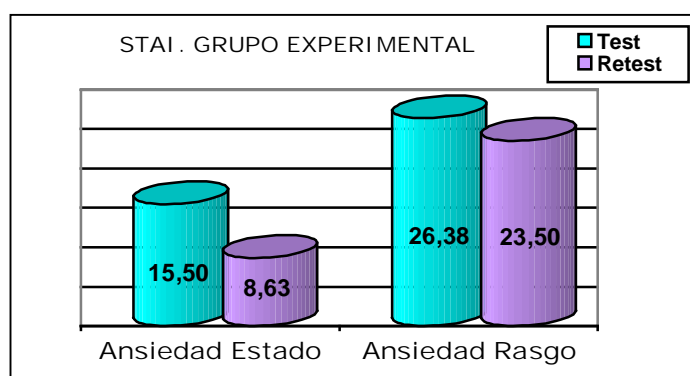


Figura 1. Gráfico de las medias test-retest de Ansiedad Estado y Rasgo del Grupo Experimental

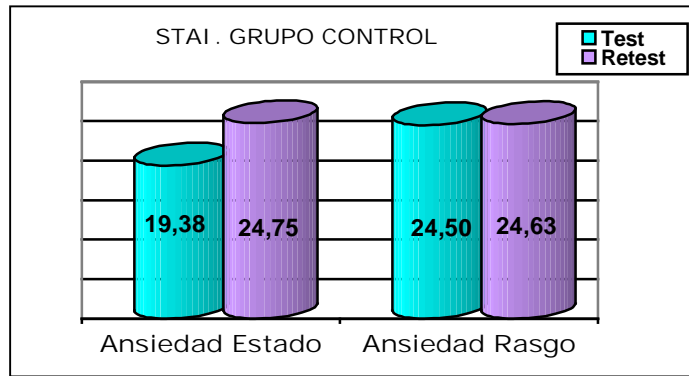


Figura 2. Gráfico de las medias test-retest de Ansiiedad Estado y Rasgo del Grupo Control

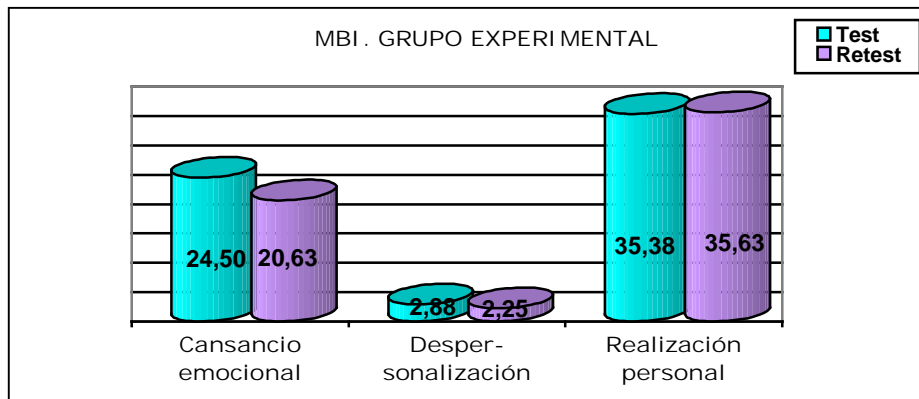


Figura 3. Gráfico de las medias test-retest de las tres subescalas de burnout del Grupo Experimental

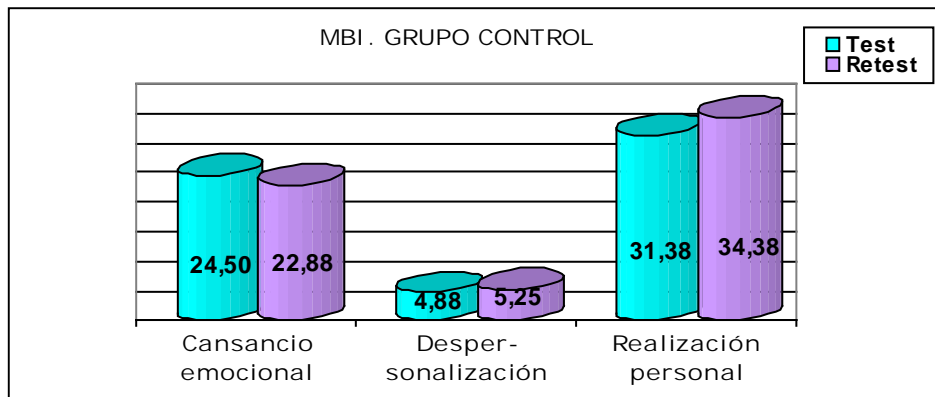


Figura 4. Gráfico de las medias test-retest de las tres subescalas de burnout del Grupo Control

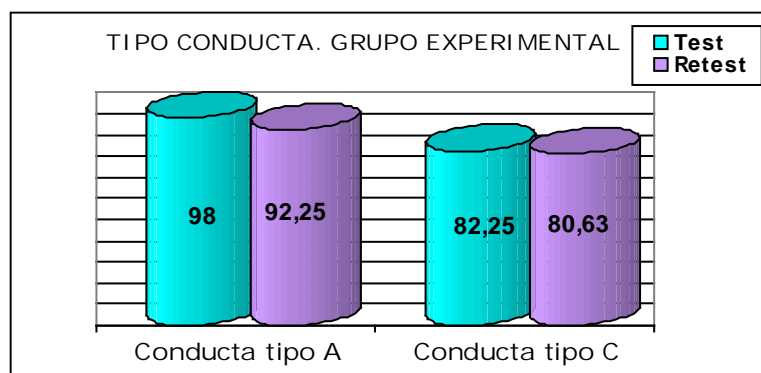


Figura 5. Gráfico de las medias test-retest de los dos tipos de Conducta del Grupo Experimental

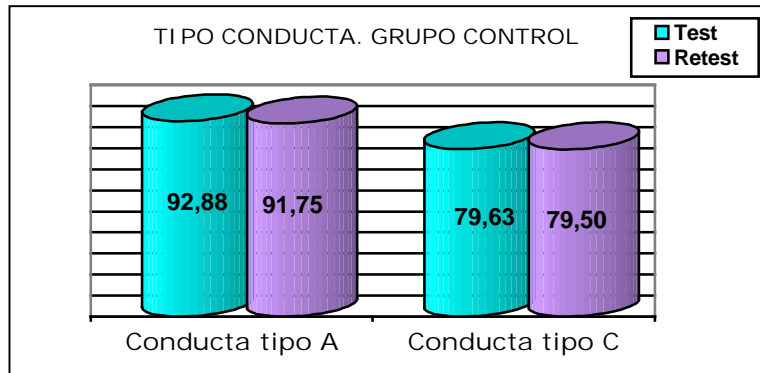


Figura 6. Gráfico de las medias test-retest de los dos tipos de Conducta del Grupo Control

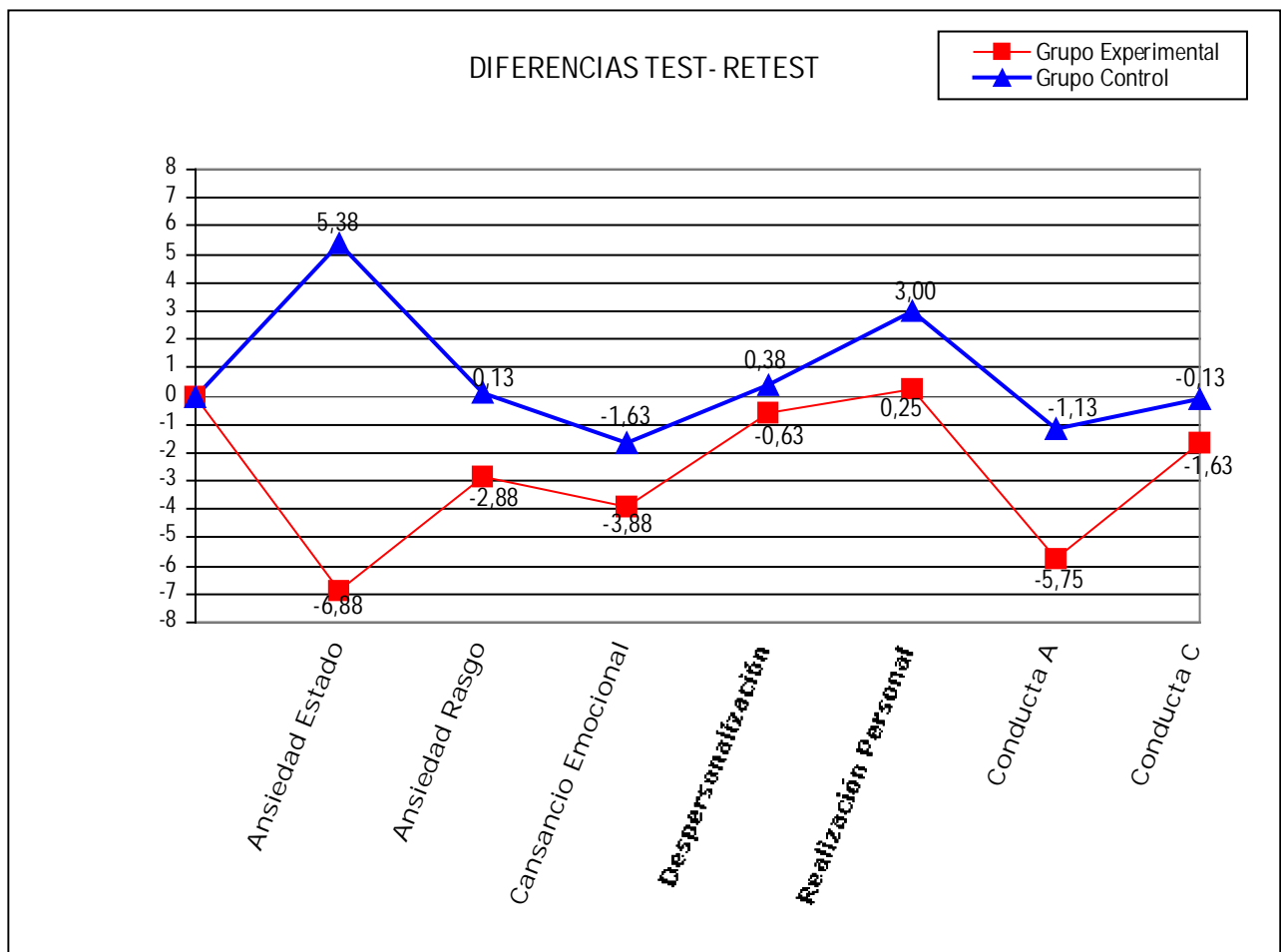


Figura 7. Gráfico de las diferencias entre las medias test-retest de ambos grupos, en cada una de las escalas

La Tabla II muestra el resultado de la prueba t de Student para el Grupo Experimental ($p < 0,05$):

GRUPO EXPERIMENTAL	t	Significación
AE test – AE retest	2,450	0,044
AR test – ER retest	1,636	0,146
CE test – CE retest	1,997	0,086
DP test – DP retest	0,886	0,405
RP test – RP retest	-0,134	0,897
CA test – CA retest	2,269	0,058
CC test – CC retest	0,496	0,635

AE = Ansiedad de Estado; AR = Ansiedad de Rasgo; CE = Cansancio Emocional; DP = Despersonalización; RP = Realización Personal; CA = Conducta tipo A; CC = Conducta tipo C

Tabla II

La Tabla III muestra el resultado de la prueba t de Student para el Grupo Control ($p < 0,05$):

GRUPO CONTROL	t	Significación
AE test – AE retest	-1,817	0,112
AR test – ER retest	-0,040	0,970
CE test – CE retest	0,902	0,397
DP test – DP retest	-0,278	0,789
RP test – RP retest	-1,809	0,113
CA test – CA retest	0,460	0,659
CC test – CC retest	0,057	0,956

AE = Ansiedad de Estado; AR = Ansiedad de Rasgo; CE = Cansancio Emocional; DP = Despersonalización; RP = Realización Personal; CA = Conducta tipo A; CC = Conducta tipo C

Tabla III

Resultados subjetivos

La valoración personal del trabajo terapéutico realizado por el Grupo Experimental, recogida por medio del Cuestionario que llenaron en la última sesión, se resume a continuación con las respuestas a algunas de las preguntas formuladas.

Las respuestas a la pregunta: "Si comparas tu estado físico y anímico actual con el que tenías antes de empezar las sesiones del Taller, te sientes...", expresadas en tantos por ciento fueron:

Un 12,5% respondió Un poco mejor

Un 62,5% respondió Bastante mejor

Un 25% respondió Mucho mejor

Las opciones Peor e Igual, no obtuvieron ninguna respuesta.

Las respuestas siguientes, reflejadas también en tantos por ciento, se refieren a la pregunta "Crees que en los últimos 4 meses tu nivel de estrés..."

Un 25% respondió Ha disminuido mucho

Un 50% respondió Ha disminuido bastante

Un 25% respondió Ha disminuido un poco

Las opciones: Es el mismo, Ha aumentado un poco, Ha aumentado bastante y Ha aumentado mucho no obtuvieron ninguna respuesta.

A continuación se muestran los porcentajes de las respuestas a la pregunta "El afrontamiento de los problemas en tu vida cotidiana te resulta en la actualidad..."

Un 50% respondió Un poco más fácil

Un 12,5% respondió Bastante más fácil

Un 25% respondió Mucho más fácil

Un 12,5% respondió Igual que antes

La opción Más difícil, no obtuvo ninguna respuesta.

Igualmente, podemos observar las respuestas a la pregunta "¿Crees que el Taller te ha proporcionado herramientas para afrontar el estrés?..."

Un 12,5% respondió Algunas

Un 25% respondió Bastantes

Un 62,5% respondió Muchas

Las opciones Ninguna y Pocas, no obtuvieron ninguna respuesta.

Las respuestas dadas por los miembros del Grupo Experimental a la pregunta: "Crees que el nivel de estrés con el que has acabado este curso, comparado con otros finales de curso..." fueron:

Un 37,5% respondió Ha disminuido mucho

Un 50% respondió Ha disminuido bastante

Un 12,5% respondió Ha aumentado bastante

Las opciones Ha disminuido un poco, Es el mismo, Ha aumentado un poco y Ha aumentado mucho, no obtuvieron ninguna respuesta.

En la pregunta "¿Crees que las diferencias entre este final de curso y los anteriores tienen relación con tu trabajo con la Musicoterapia?... " se obtuvieron las siguientes respuestas:

Un 12,5% respondió Nada

Un 12,5% respondió Bastante

Un 62,5% respondió Mucho

Un 12,5% respondió No sabe

Las opciones Muy poco, Algo y Muchísimo, no obtuvieron ninguna respuesta.

Al acabar el tratamiento, el Grupo Control también formalizó diversos tests y cuestionarios con opiniones subjetivas. A continuación se muestra la valoración del propio estrés hecha por los participantes en el Grupo Control así como su percepción de los cambios observados en los últimos 4 meses. Primeramente se ven las respuestas, en tantos por ciento, a la pregunta: "Cree que en los últimos meses su nivel de estrés..."

Un 12,5% respondió Ha disminuido un poco

Un 75% respondió Ha aumentado un poco

Un 12,5% respondió Ha aumentado bastante

Las opciones Ha disminuido mucho, Ha disminuido bastante, Es el mismo y Ha aumentado mucho, no obtuvieron ninguna respuesta.

También se muestran las respuestas a la pregunta: "¿Cree que padece de estrés actualmente?..."

Un 75% respondió Un poco

Un 25% respondió Bastante

Las opciones Nada, Mucho y Muchísimo, no obtuvieron ninguna respuesta.

A continuación se recogen las respuestas a la pregunta "El afrontamiento de los problemas en su vida cotidiana le resulta en la actualidad, y comparado con unos meses atrás...":

Un 50% respondió Un poco más difícil

Un 50% respondió Igual que antes

Las opciones Mucho más difícil, Bastante más difícil, Un poco más fácil, Bastante más fácil y Mucho más fácil, no obtuvieron ninguna respuesta.

Interpretación de los resultados

En el siguiente resumen se puede apreciar el sentido de los cambios observados en los dos Grupos, tanto desde los resultados estadísticos como desde la valoración de las personas implicadas.

Grupo Experimental:

- Se observan diferencias test-retest estadísticamente significativas en Ansiedad de Estado ($p=0,044$), que ha disminuido mucho (Tabla II y Figura 1).
- Se observan diferencias test-retest próximas a la significación estadística (si $r= 0,10$) en Cansancio Emocional y Conducta A, que han disminuido bastante (Tabla II; Figuras 3 y 5).
- Se observa una considerable disminución de Ansiedad de Rasgo y una ligera disminución de Despersonalización y Conducta C (Figuras 1, 3 y 5).
- Se observa un ligerísimo aumento de Realización Personal (Figura 3).

- Se constata una valoración muy positiva, por parte de los participantes, del trabajo realizado y se recoge una apreciación subjetiva de disminución considerable del estrés y de mejora importante en distintos ámbitos, primero sólo durante las sesiones y posteriormente de forma sostenida en su vida cotidiana.

Grupo Control:

- No se observan diferencias test-retest estadísticamente significativas en ninguna de las escalas medidas (Tabla III).
- Se observa un aumento muy importante de Ansiedad de Estado (Figura 2).
- Se observa un ligerísimo aumento de Ansiedad de Rasgo y un ligero aumento de Despersonalización (Figuras 2 y 4).
- Se observa un aumento importante de Realización Personal (Figura 4).
- Se observa una ligera disminución de Cansancio Emocional, una muy ligera disminución de Conducta A y una disminución insignificante de Conducta C (Figuras 4 y 6).
- Se constata una apreciación subjetiva generalizada de incremento de estrés y de dificultades para el afrontamiento de problemas cotidianos.

CONCLUSIONES

Si bien al inicio de la investigación los componentes de los dos Grupos padecían estrés en mayor o menor medida, cosa que se demuestra por el alto grado de Ansiedad y Cansancio Emocional que presentaban, al observar los datos positivos sobre Satisfacción Laboral y Realización Personal así como el grado de Despersonalización, que era muy bajo, podemos concluir que no padecían burnout sino estrés, ya que de los tres parámetros que mide el MBI, y que determinan el síndrome, tan sólo uno presentaba cifras elevadas, el Cansancio Emocional.

Al comparar los resultados obtenidos por el Grupo Experimental con los del Grupo Control observamos la gran diferencia que presentan en la evolución de la Ansiedad de Estado (AE), que es uno de los síntomas del Estrés más frecuentes: mientras que en el primero ha disminuido significativamente, en el segundo ha experimentado un aumento considerable. Así, seis personas del Grupo Experimental la han reducido, una persona la ha mantenido igual y otra la ha visto incrementar. No parece casual que la que no ha experimentado cambios haya sido una persona que entró en crisis a raíz del trabajo terapéutico, y que la que ha obtenido una puntuación más elevada en mayo que la que presentaba en febrero, es decir que ha empeorado en distintos aspectos, ha sido el participante que ha tenido un grado de asistencia más bajo, faltando a cinco sesiones, tres de ellas consecutivas, que se han sumado a la pausa de Semana Santa.

En el Grupo Control, por el contrario, cinco personas han incrementado la AE y tres la han mantenido igual. Hay que resaltar que la prueba t de Student muestra diferencias estadísticamente significativas al comparar el test con el retest del Grupo Experimental, mientras que en el Grupo Control no se observan diferencias estadísticamente significativas test-retest en ninguna escala.

La Ansiedad de Rasgo (AR) de partida, medida el mes de febrero, era más alta en el Grupo Experimental que en el Grupo Control; aun así, el mes de mayo se observa que el primer grupo está por debajo del segundo, debido a que mientras los sujetos que han recibido tratamiento la han reducido algo en conjunto, los que no lo han recibido la han incrementado. Incluso un grupo ansioso como el Experimental, ha podido modificar las puntuaciones de esta escala, a partir de rebajar la Ansiedad de Estado y la influencia de los Impulsores.

En cualquier caso, parece probado que la AE es más fácilmente modificable que la AR, que está más ligada a la personalidad, al tipo de conducta y a la biografía personal.

El Cansancio Emocional (CE) ha experimentado una disminución bastante más importante en el Grupo Experimental, con diferencias test-retest próximas a la significación estadística, que en Grupo Control, donde no se observan diferencias estadísticamente significativas. Esta disminución en el Grupo Experimental se refleja tanto en el número de personas (cinco) que han visto rebajadas sus puntuaciones como en la diferencia de las cantidades de CE medidas en febrero y en mayo. Hay que decir, pese a esto, que la mayoría de personas de ambos grupos (7 del Grupo Experimental y 8 del Control) continúan estando en la categoría Alta de CE, según la clasificación de las autoras del Cuestionario MBI [74].

El hecho de que el Grupo Experimental haya podido reducir de forma considerable la Conducta A (CA) y, en menor medida, la Conducta C (CC), explicaría también la reducción de la AE y del CE y probaría la relación que hay entre los Impulsores y el estrés: cuanto más alta es la puntuación de los Impulsores, especialmente de los que conforman la conducta tipo A, mayor nivel de Ansiedad y Estrés presenta la persona. En el supuesto que nos ocupa esta relación queda patente en el hecho que el Grupo Experimental partía de unos niveles de AR y de CA más elevados que el Grupo Control, y que al disminuir la acción de los Impulsores que determinan la mencionada conducta, también se ha podido rebajar bastante la AR y el CE.

Los sujetos de ambos grupos difieren en sus percepciones del propio nivel de estrés. Así, mientras los participantes del Grupo Experimental valoran que los 4 últimos meses, en los que han recibido el tratamiento, el estrés les ha disminuido mucho, bastante o algo, los miembros del Grupo Control aprecian un aumento general (algo o bastante), durante el mismo periodo.

Para conseguir una mayor y mejor administración de la energía emocional habría hecho falta empezar el tratamiento antes, al poco tiempo de iniciarse el curso escolar, en septiembre-octubre. De esta manera los maestros hubieran desarrollado estrategias para no llegar los niveles de AE, AR y CE que presentaban el mes de febrero, que eran ya altos. Gracias al Taller, no obstante, no tan sólo estos

parámetros no han aumentado al final del curso, sino que se han mantenido o rebajado en la mayoría de los sujetos.

El que el Grupo Control haya obtenido unos resultados bastantes iguales en las medidas de febrero y en las de mayo es indicativo de una buena gestión emocional y ciertos recursos o estrategias para hacer frente al desgaste originado por el final de curso y evitar incrementar todavía más su CE, que ya era bastante importante.

Además de los resultados objetivos que muestran los cuestionarios, me parece muy importante destacar la apreciación hecha por los participantes en el Grupo Experimental, que ha sido muy positiva, tal y como muestran sus respuestas a los cuestionarios de evaluación del trabajo terapéutico realizado. No tan sólo su mejora es objetivamente demostrable, sino que la impresión que tienen ellos mismos la corrobora. Estos tipos de datos aportan a la investigación una visión más amplia y completa, porque recogen comentarios, experiencias y situaciones que no se pueden reflejar en una prueba estándar. Permiten que la persona matice las respuestas, que las amplíe y las personalice, fuera ya del ámbito limitado de las escalas de medida o de los conceptos de "poco", "algo" o bastante".

No olvidemos que además de tratar el estrés, el objetivo de esta investigación era también comprobar la utilidad de la Musicoterapia Autorrealizadora para prevenir el burnout, ámbito en el que difícilmente los tests pueden dar respuestas fiables. En cambio, la valoración de los participantes en relación a las estrategias y recursos adquiridos es un dato de la máxima importancia que permite conocer de forma más fidedigna el impacto que les ha causado el tratamiento.

El hecho de que la información subjetiva se haya ido obteniendo a lo largo de toda la intervención terapéutica me ha facilitado la tarea, al ofrecerme información de primera mano sobre las problemáticas, obstáculos, dudas o dificultades que cada participante presentaba. También me permitía evaluar la idoneidad del tratamiento, introducir los cambios necesarios y cuantificar la evolución de cada sujeto. Ha sido interesante, por ejemplo, observar que durante las primeras sesiones los efectos beneficiosos que se conseguían (según expresaban los interesados) no se mantenían más allá del día siguiente. A partir de un momento dado, todos coincidieron unánimemente en decir que los efectos eran más duraderos hasta llegar a prolongarse durante toda la semana. Fue una confirmación de que el trabajo estaba bien enfocado.

En cualquier caso, ha habido una relación directa entre la disminución del estrés y la ansiedad y la continuidad, compromiso y constancia en el trabajo personal realizado. Las personas que mejores efectos han obtenido han sido aquellas que han asistido regularmente a las sesiones y, sobre todo, las que han dedicado algún tiempo durante la semana a hacer los ejercicios individuales propuestos.

Los resultados del tratamiento han sido muy satisfactorios y muchos de los objetivos planteados se han logrado de forma considerable. En relación a los objetivos de la investigación mi opinión es que se ha podido determinar que el uso terapéutico de la música ha tenido un alto grado de incidencia en todas o casi todas las personas implicadas en el Taller de MTA, como lo demuestra el hecho de que los logros

obtenidos por este colectivo sean muy diferentes de los obtenidos por el Grupo Control, pese a que han sido sometidos a las mismas fuentes de presión y de estrés, originadas por un desgaste acumulativo que se va incrementando desde la mitad del curso en adelante. Por lo tanto, si en situaciones laborales similares y sin que haya intervenido ninguna otra variable, el Grupo Experimental presenta mejoras notables en relación al Grupo Control, se puede concluir que éstas han sido debidas a la aplicación de la variable independiente "Musicoterapia Autorrealizadora".

A partir de la efectividad mostrada por la MTA, una forma de sacar provecho de esta aptitud sería la creación de grupos de maestros que siguieran el mismo tratamiento, a través de Talleres conducidos por musicoterapeutas. Se podrían agrupar por zonas y reunirse en una escuela en horario extraescolar, en el aula de música. Esto facilitaría y simplificaría el desplazamiento de los participantes, que no tendrían que cubrir grandes distancias para asistir al Taller. Otra posibilidad sería que los encuentros se organizaran en otras instituciones como por ejemplo centros de recursos, asociaciones de maestros, o locales dependientes de los ayuntamientos. Desde la Universidad también se podrían organizar Talleres de MTA, como un servicio de formación continuada a los maestros o en forma de cursos de Extensión Universitaria. Lo más importante es, en mi opinión, hacer conocer a la sociedad en general y al colectivo afectado en particular, la posibilidad de recibir una intervención terapéutica eficaz basada en la música. Se hace necesario explicar el por qué de esta eficacia y aportar datos de diferentes estudios que la corroboren. Esto implica continuar haciendo investigación y hacer llegar a la comunidad científica los resultados, para conseguir su aval. Posteriormente, se debe hacer una tarea de difusión eficaz que rompa los tópicos tan frecuentes que atribuyen a la música poderes mágicos y míticos, según los cuales se puede curar cualquier enfermedad por el solo hecho de escuchar un disco con una música, etiquetada como específica para la ansiedad, la depresión, el estrés, etc., que es efectiva para todo el mundo, en cualquier situación y sin la guía de un musicoterapeuta profesional.

REFERENCIAS

1. Abraham A. El mundo interior de los enseñantes. Aportes psicopedagógicos y terapéuticos para una mejor comprensión del universo íntimo del enseñante, sus conflictos y dificultades. Barcelona: Gedisa; 1987.
2. Cole M, Walker S. (ed.). Teaching and stress. Milton Keynes: Open University Press; 1989.
3. Dunham J. Stress in teaching. London: Routledge; 1989.
4. Esteve JM. Profesores en conflicto. Madrid: Narcea; 1984.
5. Esteve JM. El malestar docente. Barcelona: Paidós; 1997.
6. Esteve JM, Franco S, Vera J. Los profesores ante el cambio social. Barcelona: Anthropos; 1995.

7. Farber BA. Crisis in education. Stress and Burnout in the American Teacher. San Francisco: Jossey-Bass Publisher; 1991.
8. Gold Y, Roth RA. Teachers Managing Stress and Preventing Burnout. The Professional Health Solution. London: The Falmer Press; 1993.
9. Huberman M. La vie des enseignants. Évolution et bilan d'une profession. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1989.
10. Jersild AT. La personalidad del maestro. Barcelona: Paidós; 1986.
11. Johnstone M. Stress in teaching. An Overview of Research. Loanhead: The Scottish Council for Research in Education; 1989.
12. Nickel H. Psicología de la conducta del profesor. Barcelona: Herder; 1981.
13. Peiró JM, Luque O, Meliá JL. El estrés de enseñar. Sevilla: Alfar; 1991.
14. Seva Diaz A. La salud mental de los profesores. Zaragoza: ICE de la Universidad de Zaragoza; 1986.
15. Travers CH, Cooper CL. El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente. Barcelona: Paidós; 1997.
16. Zubieta Irun JC, Susinos Rada T. Las satisfacciones e insatisfacciones de los enseñantes. Madrid: MEC; 1992.
17. Madrdejós A. Quan la feina crema. Diario El Periódico de Catalunya, Sección Coses de la vida, Societat. 20-03-01. p. 38.
18. Giampaolletti M. Síndrome de Burnout. Revista electrónica atención primaria 2002; 8. Web: <http://www.atencionprimaria.8m.com/sburnout.htm>
19. Noguer M. Estrategias para no quemarse en el trabajo. Diario El País, Sección Sociedad, Salud. 28-10-03. p. 38.
20. Cordeiro Castro J, Guillén Gestoso CL, Gala León FJ, Lupiani Giménez M, Benítez Garay A, Gómez Sanabria A. Prevalencia del síndrome de Burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar. Psiquiatría.com 2003; 7 (1). Web: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/88/11393/?++interactivo>
21. Urricelqui A, Sagasti MA, Lasa MJ, Esandi A. Burnout en el colectivo docente no universitario de la red pública de Navarra. Comunicación presentada al IV Congreso español de medicina y enfermería del trabajo. Barcelona, 23-10-04.
22. Generalitat de Catalunya. Estadística de la Inspecció Mèdica. Curs 1996-97. Barcelona: Departament d'Ensenyament. Servei de Prevenció de Riscos Laborals; 1998.

23. Gay E-I, Milán MM, Noguera N, Embuena E. (Coord.). *Condicions de seguretat i salut del treball docent*. Elaborado por el Grup de Treball Salut i Treball Docent de l'Associació de Mestres Rosa Sensat. Barcelona: Rosa Sensat; Abacus; Atlantis; 2003.
24. Nogareda Cuixart S. NTP 574: Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Web: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_574.htm
25. Gómez Pérez J, Carrascosa Oltra J. (Coord.). *Prevención del estrés profesional del docente*. Documento de la Generalitat Valenciana. Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia. Formación del Profesorado; 2000. Web: http://www.cult.gva.es/dgoiepl/AREA_EDUCACION/LIBROS/estres.PDF
26. Trallero C. *Mestres, estrès i música. Una composició que sona bé*. Premio de Comunicación Científica de l'Institut Joan Lluís Vives, 2000. *El Temps Universitari* 2001; 885: 18-21.
27. Despíns J-P. *La música y el cerebro*. Barcelona: Gedisa; 1994.
28. Erdonmez D. *Lo que necesitan saber los musicoterapeutas sobre el cerebro*. *Música, Arte y Proceso* 1996; 2: 12-20.
29. Fernández de Juan T. *Musicoterapia y lateralidad, un estudio teórico*. *Música, Arte y Proceso* 1996; 1: 33-48.
30. Talero-Gutiérrez C, Zarruk-Serrano JG, Espinosa-Bode A. *Percepción musical y funciones cognitivas. ¿Existe el efecto Mozart?* *Rev Neurol* 2004; 39: 1167-73.
31. Panksepp J, Bernatzky G. *Emotional sounds and the brain: the neuro-affective foundations of musical appreciation*. *Behav Processes* 2002; 60: 133-55.
32. Viellard S. *Emociones musicales*. *Mente y Cerebro* 2005; 13: 24-8.
33. MacLean PD. *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Press; 1990.
34. Panksepp J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press; 1998.
35. LeDoux J. *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta; 1999.
36. Barcia-Salorio D. *Introducción histórica al modelo neuropsicológico*. *Rev Nurol* 2004; 39: 668-81.
37. Ruud E. *Los caminos de la musicoterapia. La musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales*. Buenos Aires: Bonum; 1993.
38. Betés de Toro M. (comp.). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata; 2000.
39. Trallero C. *El despertar del ser harmònic. Musicoteràpia Autorealitzadora*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat; 2004.

40. Perls F. El enfoque guesáltico y Testimonios de terapia. Santiago de Chile: Cuatro Vientos; 1982.
41. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós; 1996.
42. Rogers C. El camino del ser. Barcelona: Kairós; 1995.
43. Maslow A. La personalidad creadora. Barcelona: Kairós; 1990.
44. Maslow, Capra, Grof, Wilber, Dass, Tart, Goleman et al. Más allá del ego. Textos de psicología transpersonal. Compilación de R. Walsh y F. Vaughan. Barcelona: Kairós; 2001.
45. Maslow A. El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser. Barcelona: Kairós; 1991.
46. Grof S. Psicología transpersonal. Nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia. Barcelona: Kairós; 1994.
47. Watts A. Psicoterapia del Este, Psicoterapia del Oeste. Barcelona: Kairós; 1987.
48. Wilber K. Una visión integral de la psicología. México: Alamah; 2000.
49. Willems E. El valor humano de la educación musical. Barcelona: Paidós; 1982.
50. Willems E. Las bases psicológicas de la educación musical. Buenos Aires: Eudeba; 1984.
51. Barkoczi I, Pléh C. Étude de l'effet psychologique de la méthode d'éducation musical Kodály. Budapest: Institut de la Pédagogie Musical Zoltán Kodály; 1982.
52. Dobszay L. After Kodály. Reflections on Music Education. Kecskemét: Zoltan Kodály Pedagogical Institute of Music; 1992.
53. Graetzer G, Yepes A. Introducción a la práctica del Orff-Schulwerk. Buenos Aires: Barry; 1961.
54. Schafer RM. Aprender a escuchar para construir nuestro entorno sonoro. Música, Arte y Proceso 1997; 3: 83-97.
55. Hemsy de Gainza V. La improvisación musical. Buenos Aires: Ricordi Americana; 1986.
56. Molina E. La improvisación y el lenguaje musical. Eufonía, Monográfico Lenguaje Musical 1998; 11: 59-75
57. Alexander G. La Eutonía. Un camino hacia la experiencia total del cuerpo. Barcelona: Paidós; 1991.
58. Hemsy de Gainza V. Conversaciones con Gerda Alexander. Vida y pensamiento de la creadora de la Eutonía. Buenos Aires: Paidós; 1983.
59. Bertherat T, Bersntein C. El cuerpo tiene sus razones. Auto curación y anti gimnasia. Barcelona: Argos Vergara; 1979.

60. Feldenkrais M. Autoconciencia por el movimiento. Ejercicios para el desarrollo personal. Barcelona: Paidós; 1991.
61. Lowen A. Bioenergética: terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente. México: Diana; 1979.
62. Dürckheim KG. Meditar ¿por qué y cómo?. Hacia la vida iniciática. Bilbao: Mensajero; 1989.
63. Nordoff P, Robbins C. Creative Music Therapy. New York: Harper and Row Publishers; 1977.
64. Benenzon RO. Musicoterapia. De la teoría a la práctica. Barcelona: Paidós; 2000.
65. Bruscia K. Modelos de improvisación en musicoterapia. Vitoria-Gasteiz: Agruparte; 1999.
66. Berne R. Juegos en que participamos. México: Diana; 1966.
67. Kahler T. El Modelo del proceso de Comunicación. Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista 1990; 25: 1009-23.
68. Steiner C. Los guiones que vivimos. Barcelona: Kairós; 1992.
69. Oller Vallejo J. Vivir es autorrealizarse. Reflexiones y creaciones en Análisis Transaccional. 2ª edición renovada. Barcelona: Kairós; 2001.
70. Gawain S. Visualización creativa. Málaga: Sirio; 1991.
71. Trallero C. Análisis Transaccional y Musicoterapia Autorrealizadora, una armoniosa integración. Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista 2005; 53: 27-34.
72. VVAA. (P. Pichot. coord.). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
73. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Madrid: Tea, 2002.
74. Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid: Tea; 1997.
75. Jenkins CD, Zyzanski SJ, Rosenman RH. JAS – Inventario de actividad de Jenkins. Madrid: Tea; 1992.
76. Miguel Tobal JJ, Cano Vindel AR. ISRA. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Madrid: Tea; 1997.
77. Garcés de los Fayos EJ. Tesis sobre el burnout. ABA Colombia 2003. Web:
<http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout1.pdf>
<http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout2.pdf>
<http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout3.pdf>
<http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout4.pdf>

78. Barría Muñoz J. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. *Psiquiatría.com* 2002; 6 (4). Web: <http://www.psiquiatría.com/articulos/psiqsocial/11687/?++interactivo>
79. Nogueira Antuñano F, Nogueira Bonanata GJ, Plá Gáspari GB. Estudio exploratorio de la relación entre los accidentes cerebrovasculares y las estructuras de personalidad. *Rev Neurol* 2003; 36: 821-8.
80. Troch A. *El stress y la personalidad*. Barcelona: Herder; 1982.
81. Anarte MT, López AE, Ramírez C, Esteve R. Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología* 2000; 16: 133-41.
82. Slipak OE. Estrés y perfiles de personalidad. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 16. Web: http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_06.htm
83. Fernández-Abascal EG, Jiménez Sánchez MP. *Control del estrés*. Madrid: UNED; 2002.
84. Kahler T, Capers H. The Miniscript. *Transactional Analysis Journal* 1974; 4: 26-42.
85. Goulding MMcC, Goulding RL. *Changing Lives through Redecision Therapy*. New York: Brunner/Mazel-Publishers; 1979.
86. Benenzon RO. *La nueva musicoterapia*. Colaboradoras: Violeta de Gainza, Gabriela Wagner. Buenos Aires: Lumen; 1998.
87. Duerksen GL. El proceso de investigación. In Thayer Gaston. *Tratado de Musicoterapia*. México: Paidós; 1993.

ESTE ARTÍCULO SE PUBLICÓ EN LA REVISTA VIRTUAL PSIQUIATRIA.COM, EN FEBRERO DE 2006.