

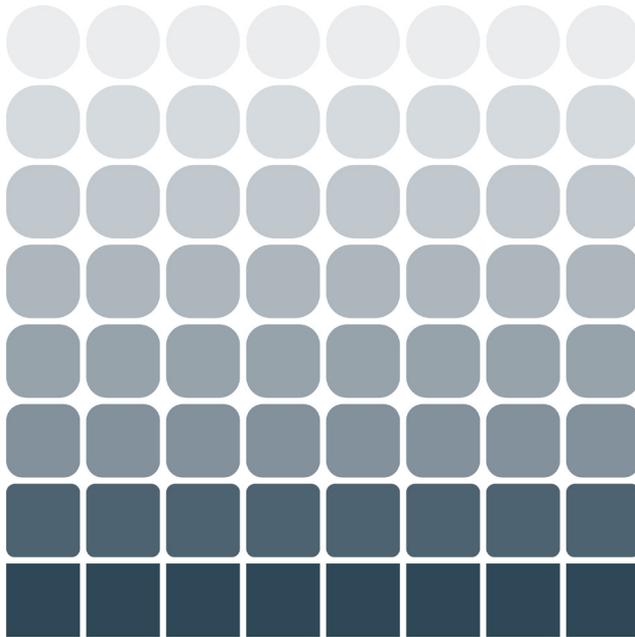


VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME
DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN
MUSICOTERAPEUTAS DE ESPAÑA.



Doctorando:

Manuel Sequera Martín

Directores:

Dr. D. Juan Rodríguez Mansilla
Dra. Dña. María Isabel Ramos Fuentes

Tutora:

Dra. Dña. Carmen Sánchez Sánchez



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Los doctores D. Juan Rodríguez Mansilla y Dña. M^a Isabel Ramos Fuentes, profesores del Departamento Terapéutica Médico-Quirúrgica de la Universidad de Extremadura.

INFORMAMOS

Que la Tesis Doctoral titulada: **“ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN MUSICOTERAPEUTAS DE ESPAÑA”**, realizada por D. Manuel Sequera Martín, cumple con todos los requisitos necesarios para su presentación y defensa para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

21 de Mayo de 2021

Fdo.- Dr. D. Juan Rodríguez Mansilla

Fdo.- Dra. Dña. M^a Isabel Ramos Fuentes

“Un viaje de mil millas comienza con un primer paso”(Lao-Tse).

A mi familia y a mi marido, Pedro.

Agradecimientos.

Gracias a la vida que me ha dado tanto, nos cantaba Violeta Parra y esas letras de agradecimiento ahora las veo reflejadas en esta tesis doctoral llena de momentos y de personas que tanto a nivel personal como profesional me nace, dar las gracias.

A nivel profesional quiero agradecer a Juan, mi director de tesis, que con tesón y entrega ha sabido conducirme con pasión y perseverancia al lugar donde me encuentro hoy, gracias por formar parte del timón de este barco.

A mi codirectora de tesis, Maria Isabel por saber encontrar la palabra exacta en el momento adecuado, de principio a fin. Gracias por tu sabiduría y buen hacer profesional y personal.

A Antonia de la Torre, compañera del alma y de fatiga en este viaje, un inmenso gracias desde el corazón por sostenerme siempre y en todo momento.

A mis compañeras de profesión, Carmen M., Laura, Carmen L., Carme A., Diana, M^a José, Sara, Noelia, Álex, Diego, por animarme y llevar la Musicoterapia como estandarte en cada paso que damos hacia la ansiada regulación profesional y convertirse en amigos del corazón. A todos los compañeros de profesión que trabajamos día a día por una profesión sólida y cada vez más implantada en nuestra sociedad.

Gracias a todos los compañeros y compañeras que he encontrado a lo largo de este camino, Oliver, Susana, Lorena, Tomás, ya sois parte de mi pequeña gran familia.

Gracias a Ángela por enseñarme a vivir la vida en directo.

En lo personal, gracias a la vida que me ha dado tanto.

A mi marido, Pedro, que sabe acogerme siempre que lo necesito, me apoya y me anima en todos mis proyectos vitales, por el camino y el futuro que nos queda por vivir juntos.

Un inmenso gracias a mi familia que siempre está ahí para apoyarme, unos padres maravillosos y únicos, con los que sin su ayuda, nada de esto hubiera sido posible. A mi tía Mary por su fuerza y sus enseñanzas, aunque a veces no entendía muy bien qué era esto de la tesis. A mi hermana que en toda ocasión está a mi lado y me ayuda, a su manera a cumplir mis sueños, y a mis hermanos por ser quienes son.

Gracias e mi amigo del alma Pablo Peixoto, que desde Nueva York me acompañó en los momentos más difíciles de este proceso doctoral.

Gracias a todas las personas que generosamente han colaborado de una u otra manera a esta tesis doctoral porque sin su inestimable ayuda, no habría sido posible.

Gracias a la Musicoterapia como profesión, a mis pacientes y a sus familias por hacerme superarme cada día como profesional y como persona, ayudando a los demás desde la música que me ha dado tanto.

Gracias a la vida que me sigue dando tanto.

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. RESUMEN/ABSTRACT.....	17
II. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	23
II.1. BREVE INTRODUCCIÓN DEL ESTUDIO.....	25
II.2. ASPECTOS GENERALES DE LA MUSICOTERAPIA.....	30
II.2.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA.....	30
II.2.2. CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA.....	37
II.2.3. LA MUSICOTERAPIA EN ESPAÑA.....	39
II.2.3.1. Formación del Musicoterapeuta.....	39
II.2.3.2. Situación actual de la Musicoterapia en España.....	42
II.2.4. EVIDENCIA CIENTÍFICA EN MUSICOTERAPIA.....	48
II.3. ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DEL BURNOUT.....	51
II.3.1. CONCEPTUALIZACIÓN Y BREVE RESEÑA HISTÓRICA.....	51
II.3.2. SINTOMATOLOGÍA.....	56
II.3.3. SB Y OTROS CONCEPTOS.....	59
II.3.4. EL SB EN LOS MUSICOTERAPEUTAS.....	62
II.4. ASPECTOS GENERALES DE LA SATISFACCIÓN LABORAL.....	64
II.4.1. TEORÍAS DE LA SATISFACCIÓN DE HERZBERG VS MASLOW.....	64
II.4.2. SATISFACCIÓN LABORAL Y CALIDAD DE VIDA LABORAL.....	68
II.4.3. SATISFACCIÓN LABORAL EN MUSICOTERAPEUTAS.....	70
III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	73
IV. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	77
IV.1.OBJETIVOS.....	79

IV.1.1. OBJETIVOS GENERALES.....	79
IV.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	79
IV.2. HIPÓTESIS.....	80
V. MATERIAL Y MÉTODOS.....	81
V.1. TIPO DE ESTUDIO.....	83
V.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.....	84
V.2.A. SUJETOS DE ESTUDIO.....	84
V.2.A.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	84
V.2.A.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	84
V.2.B. MARCO DEL ESTUDIO.....	86
V.2.B.1. TAMAÑO MUESTRAL.....	86
V.2.B.2. VARIABLES DE ESTUDIO.....	86
V.2.B.2.1. Variables independientes.....	86
V.2.B.2.2. Variables dependientes.....	89
V.2.B.3. RECOGIDA DE DATOS.....	90
V.2.B.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y ESCALAS UTILIZADAS.....	91
V.2.B.4.1. Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.....	91
V.2.B.4.2. Maslach Síndrome de Burnout Inventory-Hu man Services Survey (MBI-HSS).....	91
V.2.B.4.3. Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction).....	96
V.2.C. TRATAMIENTO DE LA BIBLIOGRAFÍA.....	98

XII. Anexos..... 175

Anexo I: Carta de presentación en el estudio..... 177

Anexo II: Hoja de consentimiento informado para participar
en este estudio. Modelo de consentimiento informado..... 179

Anexo III: Cuestionario de variables sociodemográficas, labo-
rales y recursos personales..... 183

Anexo IV: Informe del Comité de Bioética y Bioseguridad..... 188

Anexo V: Cronograma..... 190

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AAMT: Asociación aragonesa de Musicoterapia.

ABAMU: Asociación balear de Musicoterapia.

ACLEDIMA: Asociación castellanoleonesa de Musicoterapia.

ACMT: Asociación catalana de Musicoterapia.

ADIMTE: Asociación para el desarrollo y la investigación de la Musicoterapia en España.

AEIMTC: Asociación para el estudio la investigación de la música, la terapia y la comunicación.

AEMP: Asociación española de musicoterapeutas profesionales.

AEMTA-EMTC: Asociaciones españolas de Musicoterapia pertenecientes a la Confederación europea de Musicoterapia.

AEMTP: Asociación española de Musicoterapia plurimodal.

AEMUCAN: Asociación para la evolución de la Musicoterapia en Canarias.

AGAMUS: Asociación gallega de Musicoterapia.

AGAMUT: Asociación gaditana de Musicoterapia.

AMA: Asociación de Musicoterapia de Andalucía.

AMTA: Asociación americana de Musicoterapia.

AMTRM: Asociación de Musicoterapia de la Región de Murcia.

ANOVA: Análisis de la varianza.

APA: Asociación americana de psicología.

APM: Asociación de profesionales de la Musicoterapia.

AVMT: Asociación valenciana de Musicoterapia.

APROMTEX: Asociación de profesionales de la Musicoterapia en Extremadura.

ASMU: Asociación sevillana de Musicoterapia.

CAEMT: Comisión de acreditación española de musicoterapeutas.

CE: Cansancio emocional.

CVL: Calidad de vida laboral.

D: Despersonalización.

ECTS: European credit transfer and acumularion system.

EGS: Escala general de satisfacción.

EMTC: European music therapy confederation.

EMTR: Registro europeo de musicoterapeutas.

FEAMT: Federación española de asociaciones de musicoterapia.

INSHT: Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.

MAP: Música, arte y proceso.

MBI: Maslach SB inventory.

MBI-HSS: Maslach SB inventory – Human service survey.

OIT: Organización internacional del trabajo.

OMS: Organización mundial de la salud.

ONU: Organización de naciones unidas.

REMTA: Registro español de musicoterapeutas acreditados.

RFI: Régimen de funcionamiento interno.

RP: Realización personal.

SB: Síndrome de Burnout.

SQT: Síndrome de quemarse por el trabajo.

WHO: World health organisation.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Formaciones de Musicoterapia en España. Elaboración propia.....	40
Tabla 2. Habilidades y capacidades esenciales para la práctica de la musicoterapia, Kenneth Bruscia.....	41
Tabla 3. Asociaciones de Musicoterapia miembros de la FEAMT. Elaboración propia.....	45
Tabla 4. Listado de Congresos nacionales de Musicoterapia. Elaboración propia.....	47
Tabla 5. Modelos explicativos y de procesos según el modelo explicativo de Gil Monte P.R. y Peiró J.M.....	53
Tabla 6. Principales síntomas clínicos en el SQT. Extraída de GilMonte98.....	59
Tabla 7. Síntomas de SB, estrés crónico y diferencias. Obtenida a partir de las investigaciones de Pérez113.....	92
Tabla 8: Rangos del cuestionario MBI97.....	94
Tabla 9: Puntuaciones máximas del MBI-HSS97.....	95
Tabla 10: Medida del cuestionario MBI HSS99.....	102
Tabla 11: Resultados del MBI99.....	104
Tabla 12: Características sociodemográficas de la muestra.....	109
Tabla 13: Características sociolaborales de la muestra.....	111
Tabla 14: Características de salud laboral de la muestra.....	112
Tabla 15: Características de salud psicolaboral de la muestra.....	
Tabla 16: Pruebas de normalidad.....	

Tabla 17: Relación entre los factores sociolaborales de la muestra y síndrome de Burnout.....	113
Tabla 18: Relación entre los factores de salud laboral de la muestra y síndrome de Burnout.....	118
Tabla 19: Relación entre los factores sociolaborales de la muestra y nivel de satisfacción.....	120
Tabla 20: Relación entre los factores de salud laboral de la muestra y nivel de satisfacción.....	125
Tabla 21: Prevalencia de síndrome de Burnout.....	127
Tabla 22. Relación entre síndrome de Burnout y satisfacción laboral...	128

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. El SQT en el proceso de estrés laboral crónico.....	54
Figura 2. Teoría de la Motivación-Higiene de Herzberg.....	66
Figura 3. Teoría de las necesidades de Maslow versus teoría de la Motivación-Higiene de Herzberg.....	67

I.

RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

El estrés, el Síndrome de Burnout y la satisfacción laboral son temas de estudio en auge desde hace varias décadas, por su relevancia en la salud de las personas y su importancia en los sistemas sociosanitarios.

La Musicoterapia es una disciplina terapéutica en auge y que está cobrando desde hace unos años en España un papel importante en la atención de las personas con alguna necesidad en ambientes sociosanitarios y educativos. Los síntomas psicolaborales derivados del propio trabajo del profesional y de las condiciones laborales, puede ocasionar Síndrome de Burnout y baja satisfacción laboral.

Por todo lo anteriormente expuesto nos proponemos estudiar el perfil profesional del musicoterapeuta en España, así como averiguar la prevalencia del SB y la posible correlación entre el grado de satisfacción laboral y la salud psicolaboral de estos profesionales.

Para ello, realizamos un estudio epidemiológico descriptivo aprobado por la comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura. Se seleccionaron 80 profesionales Musicoterapeutas que trabajan en España y que tiene una experiencia profesional mínima de dos años.

Se administraron de manera confidencial todos los cuestionarios y se cumplimentaron el consentimiento informado para participar en dicho estudio, el cuestionario de variables sociodemográficas, recursos laborales y personales. Además, los participantes cumplimentaron las dos escalas, el Maslach SB inventory (MBI) y la escala de satisfacción laboral de War y Cok.

Los datos se anonimizaron y se trataron con una hoja de datos de Microsoft Open Office 2019 y analizados con IBM SPSS Statistics v.24.

Se obtuvieron resultados relevantes para nuestro estudio y para el desarrollo de la disciplina de la Musicoterapia en España. En primer lugar, la mayor parte de los participantes compaginaban la musicoterapia con

otras ocupaciones (76.3%), desempeñando en su mayoría (60%) funciones asistenciales, con contratos fijo o indefinido, aunque la mayoría de manera autónoma (40%). La prevalencia del SB confirmado fue de 3.8% en la muestra. Todavía, cabe resaltar que los resultados de la prevalencia de indicios del SB (entendido como la presencia de alguno de los tres síntomas) fue superior al 57.5% en la muestra.

Se concluyó que los musicoterapeutas en España tienen bajo nivel de Burnout, relativa satisfacción laboral, a pesar de sus condiciones laborales. Es importante señalar que este estudio es pionero en España y existen muy pocos en el mundo, lo que significa un gran aporte a la disciplina de la Musicoterapia en nuestro país.

Estos resultados nos avalan para seguir investigando en la profesión de musicoterapeuta, así como para fomentar su impulso para la plena inclusión de este perfil profesional y la regulación de la disciplina terapéutica como profesión sociosanitaria en contextos sociosanitarios y educativos.

Palabras clave:

Burnout, Satisfacción laboral, musicoterapia, musicoterapeutas, estrés.

ABSTRACT

Stress, Burnout Syndrome and job satisfaction are topics of study that have been on the rise for several decades, due to their public health relevance and their importance in social and health care systems.

Music Therapy is a growing therapeutic discipline that has been playing an important role in Spain for the past decade in the care of people with in both clinical and educational contexts. If untreated or neglected, the psycholaboral symptoms associated with work satisfaction and working conditions can lead to onset of Burnout Syndrome.

For all of the above reasons, our objectives were to study the professional profile of music therapists in Spain to assess the psycholaboral health of these professionals as well as the prevalence of BS syndrome and the degree of job satisfaction. We hypothesized that psycholaboral health positively correlated with the likelihood of Burnout syndrome.

To this end, we conducted a descriptive epidemiological study, approved by the Bioethics and Biosafety Commission of the University of Extremadura. We selected, with specific criteria, 80 professional music therapists working in Spain with a minimum professional experience of two years.

All the questionnaires were administered confidentially, including the informed consent to participate in the study, the questionnaire of sociodemographic variables, work and personal resources. In addition, the participants completed the Maslach SB inventory (MBI) and the War and Cok job satisfaction scales.

Data were anonymized and recorded with a Microsoft Open Office 2019 data sheet and analyzed with IBM SPSS Statistics v.24.

The vast majority of participants reported having combined music therapy with other occupations (76.3%), most of them (60%) performing care functions, with permanent or indefinite contracts, although

most of them were self-employed (40%). The prevalence of confirmed BS syndrome was 3.8%. Interestingly, the results of the prevalence of signs of BS syndrome (understood as the presence of any of the three symptoms) was higher than 57.5%.

We can conclude that music therapists in Spain have a low level of Burnout, relative job satisfaction, despite their working conditions. It is important to point out that this doctoral thesis is a pioneer study in Spain and there are very few in the world, which means a great contribution to the discipline of Music Therapy in our country.

These results support us to continue researching the profession of music therapist, as well as to encourage its promotion for the full inclusion of this professional profile and the regulation of the therapeutic discipline as a social-health profession in social-health and educational contexts.

Key words:

Burnout, job satisfaction, Music Therapy, Music Therapists, stress.

II.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

II. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

II.1. BREVE INTRODUCCIÓN DEL ESTUDIO.

II.2. ASPECTOS GENERALES DE LA MUSICOTERAPIA.

II.2.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

II.2.2. CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA.

II.2.3. LA MUSICOTERAPIA EN ESPAÑA.

II.2.3.1. FORMACIÓN DEL MUSICOTERAPEUTA.

II.2.3.2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUSICOTERAPIA EN ESPAÑA.

II.2.4. EVIDENCIA CIENTÍFICA EN MUSICOTERAPIA.

II.3. ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DEL BURNOUT.

II.3.1. CONCEPTUALIZACIÓN Y BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

II.3.2. SINTOMATOLOGÍA.

II.3.3. SB Y OTROS CONCEPTOS.

II.3.4. EL SB EN LOS MUSICOTERAPEUTAS.

II.4. ASPECTOS GENERALES DE LA SATISFACCIÓN LABORAL.

II.4.1 TEORÍAS DE LA SATISFACCIÓN DE HERZBERG VS MASLOW.

II.4.2 SATISFACCIÓN LABORAL Y CALIDAD DE VIDA LABORAL.

II.4.3. SATISFACCIÓN LABORAL EN MUSICOTERAPEUTAS.

II.1. BREVE INTRODUCCIÓN DEL ESTUDIO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ World Health Organization (WHO) es el organismo de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Emite, desde su creación, informes y recomendaciones acerca de la salud y su gestión eficaz. Uno de los más relevantes es el “Informe 2000” sobre la salud mundial, donde se examina y comparan diversos aspectos de los sistemas de salud del mundo entero. Además de ofrecer una serie de aclaraciones conceptuales sobre los complejos factores que explican el funcionamiento de los sistemas de salud, se dan consejos prácticos sobre cómo evaluar el desempeño y lograr mejoras con los recursos disponibles¹.

La gestión sanitaria de recursos humanos es clave para el correcto funcionamiento del sistema, por ello es de gran relevancia centrar la atención en los profesionales porque de ellos depende el correcto funcionamiento del sistema, teniendo en cuenta factores como la satisfacción laboral, las condiciones de trabajo, el salario o las condiciones psicológicas y laborales de dichos profesionales^{1,2}.

Por otra parte, otra organización internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT)³, emitió un informe sobre normas y recomendaciones de la seguridad en el trabajo, en el año 2009, donde expone una serie de normas básicas para la prevención de riesgos asociados al desempeño laboral afirmando que el entorno puede ser causante de numerosas patologías laborales.

Con respecto a los profesionales sociosanitarios, Gil-Monte², destaca que las condiciones laborales de dichos profesionales influyen tanto en su salud y, por ende, en el servicio que ofrecen, como en el equilibrio de las organizaciones y estructuras para las que trabajan. Estas consecuencias vienen dadas por variables tales como absentismo, accidentalidad y morbilidad que, según este autor, son consecuencia de las condiciones laborales.

En España, el interés por la prevención en materia de riesgos psicosociales y estrés laboral ha sido estudiado en numerosos ámbitos de actuación como el sanitario y el educativo⁴. A nivel legislativo, ha quedado plasmado en la actual Ley 31/1995, de prevención de Riesgos Laborales⁵ y en el Reglamento de los Servicios de Prevención emitido por Real Decreto⁶.

Estas medidas tratan de concienciar sobre la importancia del estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo, estableciendo un cuerpo básico de garantías y responsabilidades, preciso para asegurar un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a dichos riesgos laborales. A nivel psicosocial, se hace necesario prevenir a fin de disminuir los accidentes, el absentismo laboral y, al mismo tiempo, para mejorar la salud y la calidad de vida de los trabajadores⁴.

Por otra parte, una publicación de 2014, realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo⁷ (INSHT), dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, titulado “Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España”, aborda aspectos relevantes para este estudio como son las condiciones de trabajo, los daños a la salud y, más concretamente, las enfermedades profesionales y patologías no traumáticas causadas por el mismo, la regulación legal en esta materia y las políticas de promoción de la prevención de riesgos laborales, entre otros.

En el ámbito europeo, la directiva más significativa con respecto a la protección de la salud de los trabajadores en el trabajo es la 89/391/CEE⁸, relativa a las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los profesionales. Dicha normativa contiene el marco jurídico general en el que opera la política de prevención comunitaria y que, por tanto, es aplicable en nuestro país. Toda esta normativa pone de manifiesto la importancia en el cuidado, por parte del sistema, de sus trabajadores para así prevenir o minimizar los efectos negativos del estrés laboral.

El síndrome de Burnout (SB)⁹ es un concepto asociado a la salud psicológica y laboral que ha sido ampliamente estudiado, desde hace varias décadas, con un creciente interés sobre los profesionales de la salud. A su vez, se han desarrollado nuevos modelos para la concepción del término, como lo hizo Chacón¹⁰ en referencia a los equipos de cuidados paliativos.

La eficacia de una institución, servicio sociosanitario o programa están determinados por el bienestar y la salud de sus trabajadores, siendo el SB clave para el correcto desarrollo de las mismas¹¹.

Los profesionales sociosanitarios, debido a factores como la turnicidad, el trabajo con personas en situación de vulnerabilidad o la jerarquía del propio sistema, están sometidos a los efectos negativos del estrés, teniendo consecuencias directas negativas para la salud de los mismos.

Kearny, Malasch et al.^{12,13} en los años ochenta, investigaron más profundamente este término, que ha sufrido variaciones tanto en su conceptualización, en el resurgimiento de otras teorías o en la aparición de otros modelos explicativos, relacionando sus dimensiones. En la mayoría de los casos, aparece agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el entorno laboral, entre otros.

Cristina Malasch^{13,14} define el SB como “el índice de dislocación entre lo que la persona hace y lo que quiere hacer, representando una erosión en valores, dignidad, espíritu y voluntad”. Se trata de un “síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”¹⁵. Según Kearney et al.¹² el SB se relaciona con una práctica subóptima de la atención del paciente, errores profesionales de los médicos e insatisfacción más baja.

En un estudio realizado en profesionales sanitarios, la prevalencia de este síndrome entre los profesionales sanitarios fue de un 14,9%, resultado de la interacción de dichos profesionales sociosanitarios con su entorno de trabajo¹⁰. Por lo que, extrapolando a la población de musico-

terapeutas, se pueden ver afectados por estas situaciones estresantes a diario y de ahí el interés por el estudio.

El SB es mejor predictor que la depresión para la baja satisfacción con la elección de la carrera y está asociado con una salud más pobre, según Grau et al¹⁶.

Cheung et al.¹¹ resaltan la relación entre SB de los profesionales que trabajan en entornos geriátricos y la efectividad de sus cuidados, así como la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente, convirtiendo al SB en un factor de riesgo para la salud, tanto de profesionales como de pacientes.

En el año 2013 Cieslak et al.¹⁷ realizaron un meta-análisis importante que relacionaba el SB y el estrés postraumático directamente, por lo que un profesional sometido a estrés y traumas secundarios tiene alta probabilidad de desarrollar este síndrome. Al igual que Halbesleben¹⁸ et al. relacionaron el estrés en profesionales sanitarios y la seguridad de los pacientes con los que trataban.

Es de suma importancia a la hora de gestionar cualquier servicio socio-sanitario, ya que según Ortega y López¹⁹ afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios socio sanitarios.

Centrándonos en la población de estudio, el musicoterapeuta se enfrenta, a menudo, a situaciones estresantes derivadas, por un lado, del trabajo propiamente dicho asociadas al trabajo asistencial y terapéutico (personas con discapacidad, enfermedades avanzadas, enfermedades degenerativas...) y por otro, debido a las situaciones socio laborales en las que se encuentran¹⁷.

En este aspecto, un estudio estadounidense de Vega²⁰, refleja la relación entre personalidad, SB y longevidad en Musicoterapeutas o dos estudios de Estados Unidos, el de Fowler²¹ que estudió la relación entre personalidad, entorno de trabajo y bienestar profesional en Musicote-

rapeutas de Estados Unidos y el de Clements-Cortes²² que investigó el SB en musicoterapeutas, teniendo en cuenta variables como el trabajo, los factores sociales e individuales de cada musicoterapeuta. Por último, es importante resaltar el trabajo de Dileo ²³ donde en su libro “pensamiento ético en Musicoterapia”, habla de los efectos del SB en musicoterapeutas, así como la vulnerabilidad e implicación emocional de estos profesionales y las medidas de autocuidado para ejercer una buena labor como musicoterapeutas y evitar el estrés y el SB.

II.2. ASPECTOS GENERALES DE LA MUSICOTERAPIA.

II.2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

La música puede influir en la conducta humana, en sus emociones y afectos desde el principio de los tiempos. En este aspecto, ya los griegos decían, con la teoría del ethos²³, que la música podía influenciar a las personas, en sus conductas y en la moral, idea que ha prevalecido hasta la actualidad donde se ha adaptado esta teoría a las formas musicales²⁴ y estilos actuales. Esta base histórica desde los primeros vestigios de la utilización de la música con carácter beneficioso data del año 3000 a.C. hasta la actualidad.

Egipcios y sumerios²⁵ realizaban intervenciones sonoras para el tratamiento de algunas patologías físicas. Himhotep, el gran médico egipcio y el rey sacerdote sumerio Gudea, promovieron la aplicación del sonido en métodos obstétricos y técnicas ginecológicas, así como la recomendación de generar sonidos y música a la hora de asistir partos, acompañando con melodías a las mujeres cuando daban a luz. En Egipto, las casas de Jerenet²⁶ eran instituciones encargadas de la educación de príncipes y princesas, allí no solo se le enseñaba educación musical, sino también técnicas para transmitir sentimientos y emociones a través de la práctica musical con los instrumentos musicales. Las mujeres aprendían a tañer la flauta, el arpa o incluso el laúd, así como danzas y rituales que, entre otros aspectos, servían para apaciguar a las divinidades.

Otras culturas, como la hindú y la china, utilizaban la música desde los corporo-sonoro-musical, es decir, la música era parte de su movimiento natural y su relación entre cuerpo y mente, teorías que perduran en la actualidad²⁷.

La Edad Media supuso una división en dos aspectos culturales: la primera a la cultura musulmana y su desarrollo en la Península Ibérica y la otra, la cristiana y su instauración en occidente²⁸. La primera vertiente,

promovió grandes aportes a la psicoterapia que se fundamentaban en corrientes clásicas y provocó que la música tuviera un lugar importante, tanto o más que la palabra, en el tratamiento de diversas patologías mentales. Los musulmanes desarrollaron, en todo su imperio, formas musicales que facilitaban la terapia, tanto la música como la letra de esas canciones. Estas formas musicales se denominaban nûbas, de las que Ziryab²⁹ fue su máximo exponente, cuando al llegar al califato de Córdoba hacia el año 822, añadió la quinta cuerda al laúd, mejoró su forma y fundó las primeras escuelas de canto en occidente, donde eran bienvenidos alumnos y alumnas de varias convicciones religiosas. Las nûbas eran músicas profanas y religiosas que se entonaban en momentos clave del día para mejorar cualquier aflicción que se tuviera.

Por otra parte, pero al mismo tiempo, la música sufi³⁰ empezaba a introducirse en la cultura andalusí que utilizaba la música como medio de catarsis y vehículo para acercarse a Dios. Son importantes las danzas de los derviches giróvagos en la que los danzantes, al ritmo de música de flauta, canto y tambores o atabales, giraban sobre sí mismos, con los brazos abiertos y simbolizaban la ascendencia espiritual liberados del ego³¹. El desarrollo musulmán siguió cuatro siglos después conviviendo en armonía con los judíos y cristianos. Se desarrollaron grandes filósofos, médicos, poetas y sobre todo músicos que abordaron teorías en las que la música siempre estaba presente y era parte de la educación y la medicina. Doctores como Maimonides, Avenzoar, Abulcasis o Avempace³² bebieron de los intelectuales persas Avicena, Ibn Butlan o los hermanos de la Pureza, donde la música se aplicaba directamente para la curación del alma y, como consecuencia, del cuerpo. Son verdaderamente destacables los maristanes musulmanes de las mezquitas donde utilizaban música con función terapéutica propiamente dicha, considerándose un verdadero tratamiento.

A mediados del siglo XIV, monumentos como la Alhambra o el Maristán fueron construidos para poder utilizar la música y el sonido de manera terapéutica. Así, en Granada, el maristán, fue modelo para

Europa, ya que cualquier médico que formara parte de él, debía saber música y cómo aplicarla para mejorar a sus pacientes. Con la llegada de los Reyes Católicos a Granada ese uso de la música se eliminó, ya que siguiendo con las normas eclesiásticas (las cerradas normas benedictinas ora et labora) solo se daba cabida al canto gregoriano³³.

Hubo una mujer erudita llamada Hildegard von Bingen³⁴ (1098-1179) que alentó el uso de la música como remedio para curar el alma y el cuerpo de sus pacientes, por ejemplo, en uno de sus escritos describe los beneficios de la música para apaciguar los delirios de un enfermo o las ventajas de utilizar la música para calmar a los bebés recién nacidos.

A partir del siglo XIV la música profana comienza a cobrar protagonismo, sobre todo impulsada por pensadores como Dante (1265- 1321), Petrarca (1304-1374) o Boccaccio (1313-1375)³⁵. Estos autores afirmaban que la música profana era esencial para asistir a la enfermedad de la peste ya que sosegaba y evadía a los enfermos con alteraciones neurológicas. La Música, según estos humanistas, servía para calmar a los enfermos, así como evadirlos de sus pensamientos agitados y mejorar su recuperación.

El cristianismo también se dejó influenciar por las aportaciones de los pensadores griegos que decían que la música influenciaba los estados de ánimo. En la Biblia encontramos acciones tales como la de David que, con capacidad para tocar el arpa, pudo curar el estado depresivo que sufría el rey Saúl³⁶.

El antropocentrismo reinaba en el Renacimiento y había desbancado al Teocentrismo imperante hasta el momento. Así su máximo exponente, Leonardo Da Vinci, fue un gran referente en la unión de la música, las artes y la medicina. Promulgaba que la escucha de diferentes músicas, podían moldear una conducta y provocar afectos y sentimientos diferentes³⁷. De esta manera, pedagogos de la altura de Maquiavelo o Luis Vives, asociaban una buena conducta a quienes estudiaban música, es decir que los que practicaban música tenían buen comportamiento.

Algunas obras como los madrigales, las chansons francesas, por ejemplo, se asociaban a estados de ánimo específicos como la alegría, la tristeza, la melancolía y se utilizaban con un carácter terapéutico, todas ellas músicas profanas ³⁸. Además, el compositor británico John Dowland³⁹, plasmó los sentimientos de melancolía asociados a la depresión en obras tales como “Flow my tears”.

El médico renacentista Du Laurens⁴⁰, (1558-1609) recomendaba escuchar música para mejorar la melancolía provocada por la tristeza. Este afán de conocer todo lo relacionado con lo humano, llevó al estudio de la música, desde un punto de vista más científico, para poder ayudar así a las personas que padecían diferentes patologías, desequilibrios o incluso para hacer aflorar sentimientos concretos. Claro ejemplo de esta vertiente científica fue el tratamiento de patologías físicas tales como los ataques de gota que sufría el emperador Carlos V. La única manera que el emperador olvidara su enfermedad era escuchando al vihuelista Luis de Narváez tocar el “Milles Regrez” del autor francés Josquitz des Prez (1450- 1521)²⁸.

El médico suizo Paracelso (1493-1541), considerado padre de la toxicología, autor de la frase “La dosis hace al veneno”⁴¹ entre otros temas, investigó la influencia de la música como complemento en la medicina convencional. Este médico practicaba una medicina holística, donde cuerpo, alma y mente se conjugaban en armonía.

En España médicos como Ramos de Pareja (1435-1491) o Juan Bermudo (1510-1565), investigaron y escribieron, basándose en las culturas musulmanas y griegas, los beneficios de la música para el descanso y la mejoría de enfermedades mentales²⁸.

Es reseñable destacar la figura de una filósofa renacentista española, bastante desconocida, Oliva de Sabuco (1562-1622), autora de unos escritos donde decía que la música era un estímulo para el cerebro, y que éste transmitiría a todo el cuerpo los beneficios que esta música producía en él ⁴².

A mediados del siglo XVI, a nivel religioso, se produce la reforma protestante luterana, con Lutero a la cabeza, lo que llevó a establecer la música instrumental en los templos, promoviendo o facilitando el rezo a los fieles gracias a la música y el canto⁴³.

Kircher (1602-1680) o Zarlino (1517-1590), en el Barroco, hablaron de la teoría de los afectos en la que se divulgaba que la música, por sí misma, era capaz de variar los afectos humanos o emociones y lo hacía a través de la agógica de la música, de las candencias, tonalidades, intensidad o el ritmo. Estos sentimientos que la música podía provocar eran la cólera, la ira, la melancolía, la tristeza, la alegría o la admiración²⁸.

Con Descartes (1596-1650) y el mecanicismo se separó el alma del cuerpo y se comenzó a estudiar minuciosamente estos fenómenos que los asocia al funcionamiento de máquinas, lo que supuso una gran revolución en el pensamiento filosófico. Se explica el mundo como una gran máquina al igual que las enfermedades y el funcionamiento del cuerpo humano⁴⁴.

Thomas Campion(1567-1620), a finales del siglo XVI, con la composición de los “ayres”, que eran canciones para laúd y voz en las que se expresaban temas tales como el comercio, la clase social, la filosofía o la religión, a través del erotismo de sus letras, transmitían emociones y sentimientos, a la vez que expresaban una conciencia retórica y pensamientos de filosofía⁴⁵. Esta época histórica también se caracteriza por la composición de los conciertos de cuerda de Vivaldi, el concepto de anti-melancolía de Johan Sebastian Bach, así como las prodigiosas voces de los famosos castrados Mateuccio y Farinelli, que llevaron a la práctica las aplicaciones de la música con fines terapéuticos o beneficiosos, ya que fueron contratados por la corte de los monarcas Carlos II, Felipe V y Fernando VII, por lo que pasaban grandes temporadas en España⁴⁶.

La utilización de la música para conducirnos a diversos estados o provocarnos determinadas emociones también empezó a utilizarse en otras artes como el teatro. En este sentido, por ejemplo, Calderón de la Barca introdujo música para ensalzar momentos de éxtasis teatral o

inducirnos a la catarsis⁴⁷; Sheakespeare en muchas de sus obras utilizaba la música para potenciar las emociones que quería provocar con la palabra, de tal forma, el mensaje que el dramaturgo quería transmitir llegaba al espectador de manera más nítida y potenciada ⁴⁸.

La música en las misiones del siglo XVII, en Sudamérica, jugó un papel fundamental utilizando ese poder de los sonidos para sobrevivir ante los indígenas que querían matarlos, fue un medio de comunicación y terapia tanto para nativos como para los misioneros ⁴⁹.

Es importante señalar, en el siglo XVIII, al médico y alquimista Franz Mesmer (1734-1815) que utilizaba la armónica de cristal para realizar terapias grupales a través de la hipnosis y la música, donde conseguía llegar a la catarsis, a veces, sin la utilización de la palabra durante la sesión⁵⁰. Los participantes de estas sesiones salían con sensación de liberación y sanación a través de la música.

Compositores como Haydn (1732-1809), Mozart (1756-1791) o Bethoven (1770-1827) también conocían los efectos de esta terapia a través de la música. En este sentido, Haydn aplicaba música al príncipe húngaro Esterhazy para mitigar su sufrimiento por la muerte de su esposa y así acompañar su duelo a través de la misma⁵¹.

El médico Juan Jacobo Rousseau (1712-1778) desarrolló un tratado en el que hablaba de los efectos profundos de la música en el alma, en el que afirmaba que dicha música era un lenguaje que no necesitaba diccionario y que podía ser utilizada para mejorar patologías como la picadura de la tarántula⁵².

Durante los siglos XVII y XIX la terapia musical alcanzó su máximo potencial de investigación en el sector hospitalario francés y norteamericano. Experiencias en la enseñanza musical con enfermos mentales fueron las de Charenton o Leuret, las cuales tuvieron mucho éxito, sobre todo, en asilos de dementes, donde utilizaban la enseñanza musical para calmar a los internos ⁵³.

Ya en los albores del siglo XX se dio un auge a la institucionalización

de la Musicoterapia, así como a su estudio. Fue después de la Primera Guerra Mundial donde la Universidad de Columbia de Nueva York formaba a músicos y enfermeras para tratar a los veteranos que volvían traumatizados de la guerra⁵⁴. En los años cincuenta del siglo XX se crea la Asociación americana de Musicoterapia, que hoy en día es uno de los organismos asociativos más influyentes en esta disciplina terapéutica a nivel mundial⁵⁵.

En Europa, el siglo XX fue un siglo de auge de la evolución de la musicoterapia, tanto a nivel formativo como clínico. En este aspecto, Alemania, en 1979, fue el primer país en implantarla en sus sistemas de estudio, seguidas de Viena, Dinamarca y París, en esta última ciudad gracias a la relevante figura de Jacques Jot⁵⁴.

Una de las personas que más impulsó esta disciplina en Reino Unido fue Juliette Alvin (1897-1982), violonchelista francesa emigrada a Reino Unido, que no solamente creó en 1958 la British Society for Music Therapy and Remedial, si no que fue propulsora de la revista británica de Musicoterapia, una de las publicaciones científicas con mayor impacto en la disciplina⁵⁶.

A partir de aquí fueron abriéndose numerosos cursos, posgrados y titulaciones de Musicoterapia en todo el mundo y la disciplina, en pleno siglos XX y XXI, se expande a casi todos los países del Mundo, incluido España⁵⁵.

II.2.2. CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA.

El concepto de Musicoterapia ha evolucionado como resultado de la investigación y la experiencia en esta disciplina. Así, una de las primeras definiciones que apareció definía la musicoterapia como “la aplicación sistemática del arte de la música para conseguir objetivos terapéuticos. Es la utilización de la música y del propio musicoterapeuta para influenciar cambios en la conducta”⁵⁷. A esta definición se le puede añadir la que postuló una musicoterapeuta española, Serafina Poch⁵⁸ en el año 1981 que define la musicoterapia como “la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”.

Se podría destacar por la gran relevancia de su autor la definición aportada por Rolando Benenzon⁵⁹ una de las figuras más relevantes en la historia de la musicoterapia que inscribió esta disciplina en el ámbito de la medicina que afirma que la musicoterapia puede ser definida como “una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoros musicales para establecer una relación entre el musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad”.

A estas definiciones podemos añadirle las aclaraciones de la AMTA (American Music Therapy Association) que resalta la importancia del uso de la música en un entorno clínico basado en la evidencia científica y cuyo proceso está enfocado a un propósito con objetivos individualizados y todo ello dentro de una relación terapéutica entre el paciente y un profesional acreditado⁶⁰.

Autores, como Wigram, Pedersen y Bonde en el 2011, realizaron una definición bastante completa a la par que compleja de la disciplina. “La musicoterapia es el uso de la música y/o de elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un terapeuta cualificado con un cliente o grupo, en un proceso dirigido a facilitar y promover la comu-

nicación, las relaciones, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de suplir necesidades de tipo físico, emocional, mental, social y cognitivo. La musicoterapia tiene como finalidad desarrollar potenciales y/o restaurar funciones del individuo de forma que él o ella puedan conseguir una integración tanto intra como interpersonal y, como consecuencia, una mejor calidad de vida a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento”⁶¹.

La última definición de la Musicoterapia es del 2011 de la WFMT (Federación Mundial de Musicoterapia) ⁶², donde indican que la musicoterapia “es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y el entrenamiento clínico en musicoterapia están basados en estándares profesionales acordes a contextos culturales, sociales y políticos”.

Por lo tanto, observamos que en las distintas definiciones de Musicoterapia existen conexiones entre ellas y con ellas. Además, existen otras disciplinas afines que enriquecen a la Musicoterapia como son la acústica, la música propiamente dicha, la psicología, la terapia, la sociología y otras disciplinas como la fisioterapia o la terapia ocupacional. Recogían las ideas de Bruscia en las que decía que era muy complejo definir musicoterapia ya que era un arte y una ciencia a la vez, así como el musicoterapeuta debía adaptarse a la hora de definirla en función del interlocutor que tuviera en frente. No es lo mismo definirla a una madre o padre de un paciente/cliente nuestro, a un colega terapeuta ocupacional o a un grupo de estudiantes universitarios ⁶³.

II.2.3 LA MUSICOTERAPIA EN ESPAÑA.

II.2.3.1 Formación del Musicoterapeuta.

Actualmente en España, la musicoterapia se estudia como formación de posgrado universitario en diferentes universidades tanto públicas como privadas, así como centros privados y otras instituciones, (Tabla 1), según la información recogida en la página de la Confederación europea de Musicoterapia⁶⁴. Como mínimo, la formación de Musicoterapia tiene que tener 60 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) de manera semipresencial.

Según recomendaciones de la AEMP⁶⁵ (Asociación Española de Musicoterapeutas profesionales) y teniendo en consideración el documento de la EMTR (Registro europeo de Musicoterapeutas)⁶⁴, para la regulación de la profesión de musicoterapeuta y los diseños de la WFMT⁶², se considera muy conveniente que, a la hora de diseñar formaciones de Musicoterapia, existan en los programas de posgrados los siguientes bloques curriculares:

- a. Fundamentos teóricos de la musicoterapia.
- b. Entrenamiento en estrategias metodológicas de Musicoterapia.
- c. Entrenamiento en competencias musicales.
- d. Entrenamiento en competencias relacionadas con la Psicología (clínica, psicología evolutiva, psicopatología, psicoterapia, etc.).
- e. Entrenamiento en competencias relacionadas con la Medicina y otras Ciencias de la Salud.
- f. Entrenamiento en competencias relacionadas con la Investigación.
- g. Prácticas supervisadas de musicoterapia (practicum): supervisión de casos y proyecto.
- h. Self-experience (proceso didáctico-terapéutico personal).

Estas competencias curriculares son fundamentales para formar verdaderos musicoterapeutas con visión crítica y clínica de la musicoterapia, del paciente y del proceso terapéutico.

CENTRO	CRÉDITOS ECTS	DURACIÓN	MODALIDAD	TIPO DE CENTRO
Universidad Autónoma de Madrid	60 ECTS	Un año y medio académico.	SEMIPRESENCIAL	PÚBLICO
Universidad de Barcelona	60 ECTS	Dos cursos académicos.	PRESENCIAL	PÚBLICO
Universidad Pontificia de Salamanca	60 ECTS	Dos cursos académicos.	SEMIPRESENCIAL	PÚBLICO
Universidad Católica de Valencia	60 ECTS	Un curso académico	PRESENCIAL	PÚBLICO
ISEP (Instituto Superior de Estudios psicológicos) Sede en Madrid y Barcelona	60 ECTS	Dos cursos académicos.	SEMIPRESENCIAL	PÚBLICO-PRIVADO
Universidad de Zaragoza	60 ECTS	Dos cursos académicos	SEMIPRESENCIAL	PÚBLICO
Escola Superior de Música de Catalunya (ESMUC)	60 ECTS	Dos cursos académicos	PRESENCIAL	PÚBLICO
Universidad de Extremadura	60ECTS	Un curso académico	SEMIPRESENCIAL	PÚBLICO
Casa BaubO	180 ECTS	Cuatro cursos académicos	PRESENCIAL	PRIVADO
Instituto Música, Arte y Proceso	180 ECTS	Tres cursos académicos	PRESENCIAL	PRIVADO
Instituto de Terapias Globales, Bilbao	60 ECTS	Dos cursos académicos	PRESENCIAL	PRIVADO

Tabla 1. Formaciones de Musicoterapia en España. Elaboración propia.

Además, Kenneth Bruscia, en su libro “Musicoterapia Métodos y prácticas”, hace una selección de habilidades y capacidades esenciales para la práctica de la musicoterapia a nivel básico ⁶⁶.

Estas habilidades y capacidades son una evolución de las que aparecían anteriormente en su libro Definiendo Musicoterapia⁶⁷. Se dividen en tres categorías (Tabla 2) que son:

FUNDAMENTOS CLÍNICOS

Excepcionalidad: conocimientos de fisiología, psicopatología, desarrollo psico-evolutivo...

Dinámica del proceso terapéutico: comprensión de la dinámica de la relación musicoterapeuta y cliente/paciente, procesos de tratamiento individual y en grupo, así como conocimientos de diversos modelos de psicoterapia.

Relación terapéutica: comprensión de la perspectiva del cliente, reconocimiento del influjo que tiene el musicoterapeuta en el paciente, capacidad de establecer vínculos terapéuticos, utilizar la propia personalidad del terapeuta en la terapia individual y en grupo.

FUNDAMENTOS DE MÚSICA

Teoría e historia de la música

Composición y arreglos

Ejecución de algún instrumento (Guitarra, piano, canto y percusión)

Improvisación

Dirección

Movimiento

FUNDAMENTOS DE MUSICOTERAPIA

Fundamentos y principios.

Evaluación del cliente

Planificación del tratamiento.

Implantación del tratamiento

Evaluación de la terapia.

Terminación de la terapia

Comunicación sobre la terapia

Colaboración interdisciplinar

Supervisión y administración

Ética profesional

Tabla 2. Kenneth Bruscia Definiendo musicoterapia. Editorial Amarú. Salamanca. 1997.

El musicoterapeuta no solamente debe realizar clínica, si no también debe tener un perfil investigador, para ofrecer evidencia científica a su praxis como musicoterapeuta clínico. Así lo señala en sus investigaciones Del Moral⁶⁸, Poch⁶⁹ y Sabatella⁷⁰.

II.2.3.2 Situación actual de la Musicoterapia en España.

El desarrollo y regulación profesional de cualquier profesión viene dada desde diferentes perspectivas, por un lado, la formación académica, regulada por el ministerio de educación, la perspectiva laboral, regulada por el ministerio de trabajo en cuestión y, por último, la perspectiva socio sanitaria que, en este caso, dependería del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁷¹.

A nivel organizativo en España, existen dos vertientes que vertebran la praxis profesional. Por un lado, están las asociaciones que pertenecen a la Confederación europea de Musicoterapia y, por otro, las que pertenecen a la Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia.

Las Asociaciones españolas de Musicoterapia reconocidas por la Confederación europea de Musicoterapia (AEMTA-EMTC)⁷² son una agrupación cuyo cargo de delegado europeo es renovado cada 3 años (en este caso, la última renovación fue en noviembre de 2019, por lo que estará vigente hasta noviembre 2022). Pueden pertenecer a ella las asociaciones de Musicoterapia del Estado Español que lo soliciten a la EMTC (Confederación europea de Musicoterapia), registradas en el Ministerio del Interior o del Ministerio de Trabajo. Esta agrupación ha elaborado algunos documentos técnicos necesarios para el desarrollo de la profesión.

Actualmente, pertenecen a las AEMTA-EMTC (por orden alfabético):

- AAMT Asociación Aragonesa de Musicoterapia (Zaragoza).
- ACLEDIMA Asociación Castellano Leonesa para el Estudio, el Desarrollo y la Investigación de la Musicoterapia y la Arteterapia (Salamanca).

- ACMT Associació Catalana de Musicoteràpia (Barcelona).
- ADIMTE Asociación para el Desarrollo y la Investigación de la Musicoterapia (Madrid).
- AEMP Asociación Española de Musicoterapeutas profesionales, organización sindical.
- AGAMUS Asociación Gallega de Musicoterapia (Santiago).
- AGAMUT Asociación Gaditana de Musicoterapia (Cádiz).
- APM Asociación de Profesionales de la Musicoterapia (Santiago).
- AVMT Associació Valenciana de Musicoteràpia (Valencia).
- MAP Música Arte y Proceso (Vitoria).

La AEMP⁷² (Asociación española de musicoterapeutas profesionales) junto con otras asociaciones, han elaborado varios documentos técnicos, entre los que destaca:

- Funciones del delegado/a español/a en la European Music Therapy Confederation (EMTC) (2007, revisión 2017).
- Documento Técnico Recomendaciones Orientativas para Valorar el Diseño de los Postgrados Universitarios de Musicoterapia en España (2008).
- Criterios para ser Musicoterapeuta Profesional en España (2009).
- Registro Español de Musicoterapeutas Acreditados (REMTA, 2010) – Sistema Nacional de Acreditación de Musicoterapeutas – Reglamento de Funcionamiento Interno (RFI) de la Comisión de Acreditación Española de Musicoterapeutas Profesionales (CAEMT, 2010).
- Código ético de la Musicoterapia en España (2014).
- Criterios para la Organización de Congresos Nacionales de Musicoterapia (2015).

Actualmente existen inscritas, en el Ministerio del interior⁷³, 55 asociaciones que en su nombre incluyen el término Musicoterapia, muchas de ellas sin saber si están compuestas por musicoterapeutas titulados.

Por otro lado, está la FEAMT, (Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia). En el año 2012, retomando la idea original de un grupo de musicoterapeutas que en el año 1999 realizaron reuniones en Madrid a fin de valorar la posibilidad de crear una federación de musicoterapia, surge la FEAMT. Las asociaciones fundadoras de dicha Federación tenían como objetivo crear una Federación que agrupara a las asociaciones de musicoterapia españolas, comenzando a tomar forma en el mes de julio de 2013, durante el III Congreso de Terapias Creativas realizado en Vitoria⁷⁴.

A partir de ese momento se llevaron a cabo dos reuniones en Madrid, el 21 de diciembre de 2013 y el 22 de marzo de 2014, a las que asisten: La Asociación Valenciana de Musicoterapia (AVMT), la Asociación para la Investigación y el Desarrollo de la Musicoterapia (ADIMTE), la Asociación para el estudio e investigación de la Música, la Terapia y la Comunicación (AEIMTC), el Instituto Europeo de Musicoterapia Humanista (IEMH), la Asociación Española de Musicoterapia Plurimodal (AEMtP) y la Asociación Gaditana de Musicoterapia (AGAMUT), participando como asociaciones observadoras: la Associació Catalana de Musicoteràpia (ACMT) y la Asociación de Profesionales de Musicoterapia (APM). Tras dichas reuniones se confirman las asociaciones que forman parte de la Federación, se aprueban los Estatutos y se nombra a la Junta Directiva, quedando la Federación registrada a nivel nacional el día 9 de julio de 2014, con el N° 51190b⁷⁵.

La Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia está actualmente integrada por 10 asociaciones⁷⁵(Tabla 3):

ASOCIACIÓN	TERRITORIO
ADIMTE Asociación para el desarrollo y la Investigación de la Musicoterapia	Nacional
AEIMTC Asociación para el estudio e investigación de la Música, la Terapia y la Comunicación	Nacional
AEMtP Asociación Española de Musicoterapia Plurimodal	Nacional
AGAMUT Asociación Gaditana de Musicoterapia	Cádiz.
AVMT Associació per la Musicoteràpia/Asociación Valenciana de Musicoterapia	Comunidad Valenciana
AEMUCAN Asociación para la evolución de la musicoterapia en Canarias	Canarias
AMTRM Asociación de Musicoterapia de la Región de Murcia	Región de Murcia
ABAMU Asociación de Musicoterapeutas de Baleares/Associació de Musicoterapeutes de Balears.	Baleares
AMA Asociación de Musicoterapia de Andalucía	Andalucía
ASMU Asociación Sevillana de Musicoterapia	Sevilla
APROMTEX Asociación de profesionales de la Musicoterapia en Extremadura.	Extremadura

Tabla 3. Elaboración propia.

Los fines⁷⁵ de la FEAMT son, entre otros:

- 1) Agrupar a las asociaciones de Musicoterapia oficialmente registradas en el Estado Español para promover la musicoterapia como disciplina y profesión y su reconocimiento en diferentes ámbitos.
- 2) Dar a conocer el perfil profesional del / de la musicoterapeuta, las competencias específicas y las condiciones necesarias para el ejercicio de la profesión.

- 3) Velar por el cumplimiento del código ético profesional establecido por la Federación en consonancia con el de la European Music Therapy Confederation (EMTC).
- 4) Fomentar la investigación y el intercambio de experiencias, publicaciones y trabajos de Musicoterapia.
- 5) Potenciar la cooperación entre la Federación y otras organizaciones nacionales e internacionales, tanto específicas como afines al ámbito de la Musicoterapia.

A pesar de su reciente creación, la Federación está dando pasos para darse a conocer tanto en el ámbito profesional como institucional, recabando información y realizando gestiones para lograr el reconocimiento de la Musicoterapia como profesión sanitaria.

El primer registro de Musicoterapia como ocupación laboral reconocida dentro del Catálogo Nacional de Ocupaciones (posterior al Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre), tuvo lugar en el año 2011 en la Comunidad Autónoma de Galicia, un reconocimiento que permite la denuncia de casos de intrusismo profesional a la vez que supone un paso adelante en su normalización como profesión sanitaria⁷⁴. Si dirigimos la mirada a otros países de nuestro entorno, existe una marcada heterogeneidad de situaciones profesionales. En países como Austria, Finlandia, Alemania o Dinamarca, la musicoterapia está instaurada y reconocida como una profesión sanitaria dentro de sus sistemas nacionales de salud correspondientes. En otros países como Portugal, Italia o Francia, la situación de los musicoterapeutas es similar al nuestro, donde se va integrando paulatinamente en la asistencia tradicional como una disciplina sociosanitaria más⁷⁶.

Con respecto a los eventos, jornadas y congresos científicos específicos de Musicoterapia, hay que destacar que desde el año 2006 y con carácter bienal vienen celebrándose en España los Congresos Nacionales de Musicoterapia. Estos espacios promueven compartir resultados de las investigaciones llevadas a cabo entre profesionales y estudiantes de esta disciplina, así como los avances, nuevas técnicas y metodologías

y los proyectos relevantes. En España se han celebrado 7 congresos de Musicoterapia, el último y quinto congreso nacional se celebró en Segovia en octubre de 2019⁷⁷ (Tabla 4).

EDICIÓN	AÑO DE CELEBRACIÓN	SEDE	LEMA
I Congreso Nacional de Musicoterapia	2006	BARCELONA	El Musicoterapeuta, un profesional para el siglo XXI
II Congreso Nacional de Musicoterapia	2008	ZARAGOZA	Formación, Profesionalización e Investigación en Musicoterapia
III Congreso Nacional de Musicoterapia	2010	CÁDIZ	Identidad y el Desarrollo Profesional del Musicoterapeuta en España.
IV Congreso Nacional de Musicoterapia	2012	MADRID	La musicoterapia como profesión emergente en el nuevo contexto social.
V Congreso Nacional de Musicoterapia	2014	BARCELONA	Orquestando la Musicoterapia: Identidad, Cohesión e Integración.
VI Congreso Nacional de Musicoterapia	2017	SANTIAGO DE COMPOSTELA	Sumando Voces-Uniendo Caminos
VII Congreso Nacional de Musicoterapia	2019	SEGOVIA	Impulsando, avanzando y creando profesión

Tabla 4. Elaboración propia.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social, junto con el Ministerio de Ciencia lanzaron una campaña contra las denominadas “pseudo ciencias” donde incluían una lista de 139 supuestas pseudoterapias entre las que se encontraba la Musicoterapia. El Gobierno aprobó el Plan de Protección de la salud de las personas frente a las pseudoterapias, que incluye acciones para proteger de forma integral a la ciudadanía de las pseudoterapias, la generación de información veraz y rigurosa, cambios normativos que apuestan por una asistencia sanitaria y una formación universitaria basadas en el conocimiento, la

evidencia y el rigor científico. Actualmente se ha elaborado una lista con 73 técnicas que no cuentan con ensayos clínicos y otras 66 que están pendientes de evaluación donde se encuentra nuestra disciplina⁷⁸.

II.2.4 EVIDENCIA CIENTÍFICA EN MUSICOTERAPIA.

Según indica la evidencia médica se están realizando numerosos ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis en diversos campos de aplicación referentes a la Musicoterapia⁷⁹. La Musicoterapia puede intervenir desde el embarazo hasta los últimos momentos de la vida de una persona en cuidados paliativos, sin olvidar uno de los campos importantes de intervención como es la musicoterapia hospitalaria, la geriatría o la mejora del estrés y de la ansiedad⁷⁶.

La Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA) ha puesto en marcha un plan llamado “estrategia prioritaria de investigación”⁸⁰ para avanzar en la investigación en el campo de la musicoterapia. De una parte, se centra en fomentar los avances en la investigación en Musicoterapia, formar a los profesionales en aspectos relacionados con la investigación, aumentar el número de publicaciones basadas en la evidencia científica en Musicoterapia y de otra, pretende crear un tejido sólido de profesionales que trabajen en protocolos y métodos basados en la evidencia científica en Musicoterapia.

En una revisión sistemática Cochrane, Geretsegger,⁸¹ analiza las publicaciones realizadas en torno a la Musicoterapia en la depresión. Se analizaron nueve estudios con un total de 421 personas de cualquier grupo de edad (desde adolescentes hasta personas mayores). Los estudios compararon los efectos de la musicoterapia frente al tratamiento convencional y frente a la terapia psicológica. Además, se examinaron las diferencias entre dos formas diferentes de musicoterapia la activa y la receptiva, los resultados concluyeron que las personas que habían recibido musicoterapia y en concreto musicoterapia receptiva habían mejorado más que aquellos que no la habían recibido⁸¹.

En lo que se refiere al estrés y ansiedad se encontró una revisión Cochrane que incluía 26 ensayos con 1369 pacientes. Los resultados indican que la musicoterapia receptiva puede tener un efecto muy positivo en parámetros fisiológicos disminuyendo el estrés, la ansiedad y el dolor. Se concluía que necesitaban estudios de investigación más sólidos por lo que los resultados se deben interpretar con precaución.⁸²

Dileo⁸⁵ en el libro “Gestión del estrés”, analiza cómo gestionar las situaciones de estrés a través de la Musicoterapia, sus fundamentos teóricos, sus modelos de intervención, los tipos de técnicas y efectos musicoterapéuticos, así como las herramientas de valoración y los posibles beneficios y efectos adversos -contraindicaciones en la salud de los pacientes.

El ámbito de la musicoterapia hospitalaria es un tema muy estudiado, centrándonos en el estrés y ansiedad generada en los pacientes por las estancias hospitalarias, podemos destacar trabajos como los de Dos Santos⁸⁴, en el que un 94,11% de los casos estudiados, redujeron considerablemente su nivel de estrés, según la literatura científica revisada, con un total de 509 sujetos. Dileo⁸⁵ en un meta-análisis en oncología donde recopiló 183 estudios de 11 especialidades médicas donde había sido utilizada la Musicoterapia y la música en medicina en relación a la oncología. Los resultados del metaanálisis revelaron tamaños de efecto significativamente mayores para los resultados de la musicoterapia versus las intervenciones de música en medicina y mejoras significativas y homogéneas para varias variables como fueron el dolor, el bienestar, el estado de ánimo u otros parámetros fisiológicos como náuseas o vómitos.

Un estudio de Loewy sobre el cuidado del cuidador profesional y no profesional de Loewy⁸⁶ trata el duelo y el trauma de estos cuidadores a través de la musicoterapia.

Los estudios de Trallero⁸⁷ y de Moreno⁸⁸, en los que utilizan la musicoterapia como medio de tratamiento no farmacológico del estrés del docente y enfermero, respectivamente, con resultados muy favorables

donde la Musicoterapia mejora el estrés en ambos casos.

Podemos reseñar los estudios como los de Sedei Godley⁸⁹ donde utiliza la Musicoterapia para mejorar el nivel de estrés producido por algunos procedimientos médico-quirúrgicos, disminuyendo considerablemente éste frente al procedimiento realizado sin Musicoterapia.

Otro estudio de Caprili⁹⁰ estudió en un estudio prospectivo randomizado el tratamiento del estrés y ansiedad con Musicoterapia durante procedimientos de venopunción en niños.

Es relevante la evidencia científica en el tratamiento con musicoterapia en casos de estrés, ansiedad y SQT en múltiples ámbitos tanto socio-sanitarios⁹¹ como educativos.

II.3. ASPECTOS GENERALES DEL SÍNDROME DE BURN-OUT.

II.3.1 CONCEPTUALIZACIÓN Y BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

El concepto SB se se traduce al castellano como “estar quemado” o Síndrome de Quemarse por el Trabajo SQT⁹².

Históricamente el tema ha sido tratado en la literatura no científica por varios autores que en sus novelas narraban la sintomatología de dicho síndrome. En el año 1901 el premio nobel de literatura Tomas Mann⁹³, en su novela “The Bunddensbrooks”, cuenta la decadencia de una próspera familia de comerciantes alemanes, inspirada en la tetralogía wagneriana, en “El anillo de los Nibelungos”, se describe en el cónsul Thomas Brunddensbrooks un cuadro clínico y patológico de agotamiento físico y mental que concuerda con la clínica del síndrome de Burnout.

Graham Green en su libro “A Burn out case”⁹⁴ expone la historia de Query, un arquitecto relevante, que harto de su trabajo se marcha a la selva donde se aísla del mundo. Allí, un doctor lo diagnostica de síndrome del quemado, con la clínica y síntomas concordantes con lo que hoy se conoce como síndrome de Burn out o SQT.

Más allá de lo literario, autores como Lief y Fox⁹⁵ investigaron sobre las consecuencias patológicas del estrés laboral, abordando al SB como una consecuencia de dicho estrés en la que se incluían términos como “preocupación separada”.

En 1974 un psiquiatra de Nueva York, Freudenberger⁹⁶, definió el SB como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. Este autor se centró en el estrés laboral y sus consecuencias negativas en un grupo de trabajadores de una clínica de desintoxicación. El investigador, a principio de año, midió parámetros como la motivación, estado

emocional y trato con el paciente y comparó los mismos parámetros a final de año, observando que los trabajadores presentaban cansancio, agotamiento, trato de evasión con el paciente y desmotivación, entre otros síntomas.

No fue hasta 1976 cuando Christina Maslach⁵, en el congreso de la Sociedad Americana de Psicología (APA), acuñó dicho término ante la comunidad científica. En dicho congreso propuso que el SB era “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”. Además, añadía la aparición de actitudes de cinismo y la despersonalización ante los pacientes que afectaban tanto a la organización laboral como familiar y personal de quien lo padecía.

A raíz del Congreso de 1976, Maslach⁹⁷ inició una investigación junto a Jackson y Jackson en la que definieron y crearon una herramienta de valoración psicométrica de este síndrome, La MBI (Maslach SB Inventory) con el afán de demostrar empíricamente las conceptualizaciones del término propuesto por ella. La validación de dicha herramienta ha sido satisfactoria. Comenzó a utilizarse solamente en profesiones que tenían contacto con personas, tales como profesionales sociosanitarios, educativos u organizaciones sociales. Posteriormente, fue ampliándose a otra tipología de trabajos que no implicaban contacto directo con las personas como trabajadores de sector administrativo o fábricas, generalizándose a investigaciones que estudian el SQT⁹⁷ hasta llegar al modelo actual de Gil-Monte⁹⁸.

Maslach⁹⁹ define el SB como “un estado mental persistente negativo, relacionado con el trabajo en individuos normales relativo a un estrés laboral crónico y que se caracteriza por presentar, en mayor o menor medida, tres aspectos: cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y una baja realización personal (RP)”.

Con respecto al primer término CE Maslach⁹⁹ define esta dimensión como “una sensación de malestar acompañada de agotamiento físico y mental, así como percepción de que existe un exceso de trabajo y estre-

sores laborales durante la jornada laboral y que se extrapolan a su vida cotidiana”.

La despersonalización se hace más evidente o cobra mayor relevancia en profesiones donde se está en contacto con otras personas, sobre todo si estos profesionales mantienen relaciones de ayuda a otras personas⁹⁸. Por último, la RP es una dimensión que tiene repercusiones tanto en el trabajador como en la propia organización, derivando en baja motivación general por el trabajo, reducida eficacia profesional y productividad escasa, incapacidad de afrontar la presión laboral e incluso repercusiones en relaciones interpersonales y familiares⁹⁹.

Gil-Monte y Peiró ⁹⁸ han desarrollado modelos explicativos a este fenómeno basándose en tres teorías, la teoría sociocognitiva del self, la teoría del intercambio social y la teoría organizacional.

Por otra parte, existen los denominados “modelos de procesos” que intentan desgranar los procesos del término destacan el modelo de Edelwich y Brodsky¹⁰⁰ o el de Price y Murphy¹⁰¹, aunque el más conocido es el modelo tridimensional, según la teoría de Maslach⁹⁷. La investigación sigue desarrollándose para establecer una etiopatogenia más concreta y así poder mejorar la calidad de vida de los trabajadores y, por otro lado, el buen funcionamiento de organizaciones e instituciones. A pesar de que existen varios modelos que intentan explicar la etiología y causas del Burn out en España, el modelo más conocido es el desarrollado por Gil Monte y Peiró (Tabla 5).

Modelos explicativos	Modelos de procesos
Teoría sociocognitiva de self	Modelo tridimensional MBI
Teoría del intercambio social	Modelo de Edelwich y Brodsky
Teoría Organizacional	Modelo de Price y Murphy

Tabla 5. Extraída de: Gil Monte y Moreno.El síndrome de quemarse por el trabajo. Ed. Pirámide.Madrid. 2007.

Gil Monte y Peiró⁹⁸ proponen una clasificación diferenciando entre modelos explicativos y modelos de procesos donde intentan explicar la etiología del SB, así como medidas de prevención, métodos diagnósticos y tratamiento o afrontamiento del mismo. En su modelo explicativo del SB relaciona el síndrome del estrés crónico con el estrés laboral crónico (Figura 1).

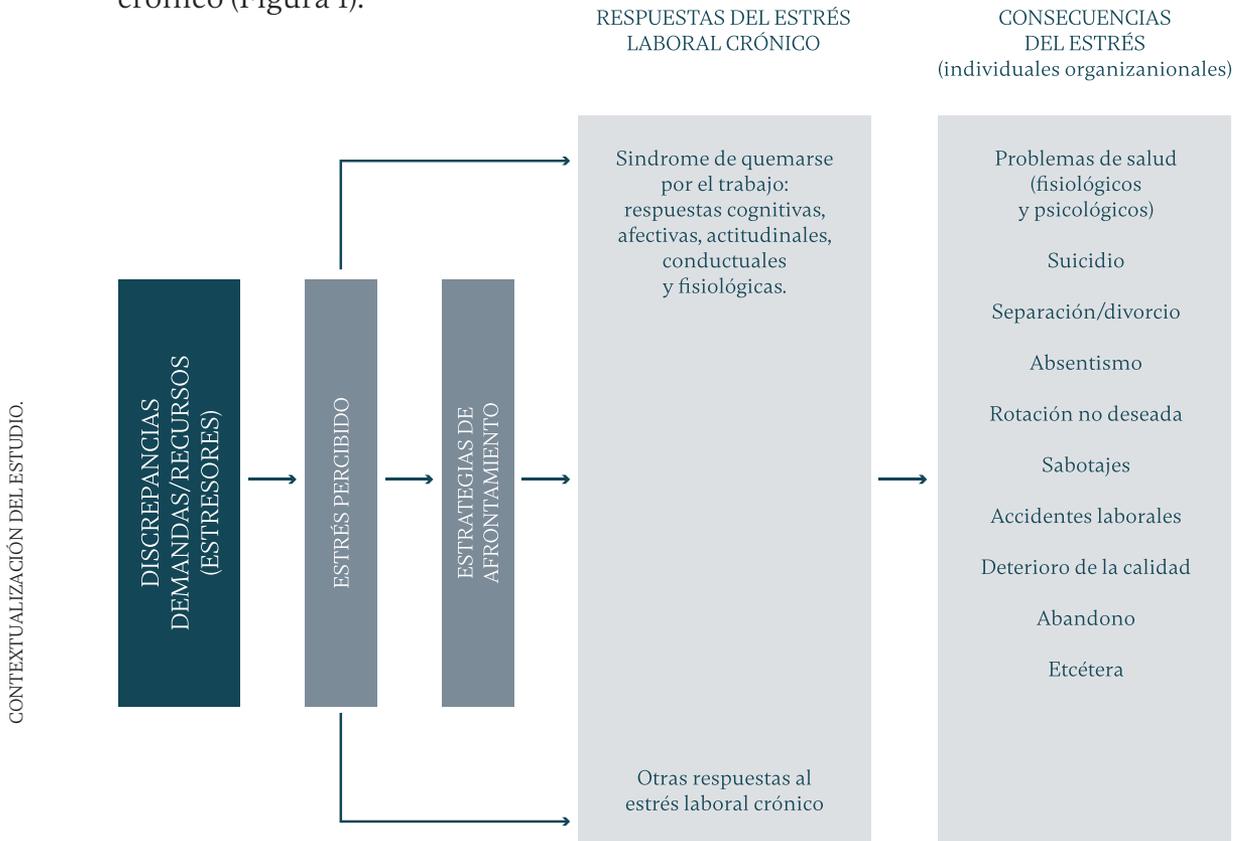


Figura 1. Extraída de: Extraída de: Gil Monte y Moreno. El síndrome de quemarse por el trabajo. Ed. Pirámide. Madrid. 2007.

Gil-Montes y Peiró⁹⁸ le dan bastante importancia a la presencia de esos estresores como desencadenantes del SQT, así como a las estrategias de afrontamiento y al estrés percibido. Los investigadores afirman que, como consecuencia de ese estrés, unido con las estrategias de afrontamiento, se puede derivar en un estrés crónico o el SB.

El investigador Fidalgo⁷ en su trabajo del síndrome de estar quemado

por el trabajo, elaborado para el Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales de España, concretamente para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo¹⁰², que integra los diversos estudios de Pines¹⁰⁵ describe la transición por etapas del SB.

Se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome, sugiere las siguientes fases de aparición del SB:

Fase inicial, de entusiasmo.

Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

Fase de estancamiento.

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitiva de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración.

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y comienza aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Fase de apatía

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales englobados en mecanismos de defensa de los individuos (afrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal.

Fase de quemado.

Colapso emocional y cognitivo, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede llevar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución del SB tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo sujeto en diferentes trabajos y en diferentes momentos de su vida laboral.

Piñuel¹⁰⁴, en sus estudios del barómetro del Mobbing y salud laboral en las Administraciones Públicas, realiza una investigación de las fases del SB muy parecida a Fidalgo, pero a diferencia de éste, no incluye la fase de quemado. Concluye que es la consecuencia de todas las fases anteriores, que son coincidentes.

II.3.2 SINTOMATOLOGÍA.

Podríamos decir que el SB es causado por múltiples variables y desarrolla numerosos síntomas (Tabla 6) a nivel cognitivo, emocional y también fisiológico^{105,106}.

A pesar de que los métodos diagnósticos, como el MBI⁹⁷, se centran en los síntomas emocionales por su relevancia en la vida y la salud de las personas que lo padecen, es importante, a la hora de hacer un buen diagnóstico, saber diferenciar los agentes causantes o estresores, si son de tipo personal o laboral, tomar consciencia de las medidas o estrategias de afrontamiento personal a ese agente estresor continuado, así como las tres variables, cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y realización personal en el trabajo (RP), según el modelo MBI, para así diferenciar entre estrés crónico y SB.

Según Gil Monte⁹⁸, la imagen de una persona que esté quemada es sinónimo de alguien amargado, sin ganas de hacer nada, alguien que se irrita con facilidad e incluso puede ser agresivo con pacientes o con sus compañeros. La sintomatología cognitiva es frecuente y de gran importancia en el SB debido al esfuerzo cognitivo de dicho trabajo y

que, a pesar de estar centrado en el cansancio emocional, la cognición se ve afectada. Desorientación, falta de atención, pérdida de motivación y sentimiento de pertenencia es frecuente que aparezcan, también la frustración y, por ende, la depresión al no ser capaz de resolver los problemas planteados, lo que deriva en faltas de concentración e incapacidad de toma de decisiones.

La sintomatología conductual puede ser de la más destacada¹⁰². El absentismo laboral, el consumo de alcohol y tóxicos y la sobreimplicación, son algunos de los elementos importantes. La despersonalización es un síntoma relacionado con la conducta y la relación interpersonal y puede adoptar múltiples manifestaciones, aunque han sido poco estudiados¹⁰⁷. Otro aspecto importante es la falta de creatividad y conducta proactiva¹⁰⁵. La dimensión social fue descrita desde los comienzos de la descripción del SB de forma más específica en el modelo de Maslach⁹⁹ es decir, la tendencia al aislamiento, el sentimiento de fracaso, la evitación de la interacción social con iguales y con pacientes y en sí, la forma en la que estas personas prestan sus servicios. Los síntomas físicos más evidentes incluyen, cefaleas, dolores musculares, problemas de sueño y pérdida de apetito. Shiron¹⁰⁸ considera que el síntoma físico predominante es la fatiga crónica.

Los síntomas psicósomáticos, los relacionados con el o los síntomas gastrointestinales, también son reseñables y han sido estudiados por Wolpin¹⁰⁹. Este autor hizo un estudio longitudinal en profesores de Canadá y demostró que tras un año de trabajo presentaban más síntomas psicósomáticos.

Por otra parte, también existen síntomas psicofisiológicos concretos como los trastornos cardiovasculares, estudiados por Melamed¹¹⁰ o estudios más generales sobre la calidad de vida realizados por Jackson y Maslach¹¹¹ en los que se concluye que los profesionales que presentaban alteraciones en la calidad de vida y cansancio emocional también presentaban conductas de irritación, disgusto y tensión familiar o personal en su vida.

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES	FÍSICOS
Depresión	Pérdida significado	Pérdida significado	Evitación de contactos	Cefaleas
Indefensión	significado	Pérdida de valores	Conflictos interpersonales	Síntomas gastrointestinales
Desesperanza	Pérdida de valores	Desaparición de expectativas	Malhumor familiar	Dolores musculares y osteoarticulares
Irritación	Desaparición de expectativas	Modificación autoconcepto	Aislamiento	Taquicardia
Apatía	Modificación autoconcepto	Desorientación cognitiva	Formación de grupos críticos	Fatiga
Desilusión	Desorientación cognitiva	Pérdida de la creatividad		Cansancio generalizado
Pesimismo	Perdida de la creatividad	Distracción		Pérdida de apetito
Hostilidad Falta de tolerancia	Cinismo	Cinismo		Disfunciones sexuales
Acusaciones a los clientes	Criticismo	Criticismo		
Supresión de sentimiento				

Tabla 6. Extraída de: Gil Monte y Moreno.El síndrome de quemarse por el trabajo. Ed. Pirámide.Madrid. 2007.

II.3.3 SB Y OTROS CONCEPTOS.

Una vez explicada la sintomatología que aparece en el SB se va a proceder a realizar una diferenciación con algunos conceptos psicológicos. En numerosas ocasiones se confunden algunos términos psicológicos como pueden ser el desgaste emocional, la fatiga crónica o la desmotivación con el SB. Estos términos, aunque tengan características comunes entre ellos, se diferencian a nivel clínico y terminológico¹¹².

Shiron¹⁰⁶ postulaba que, aunque sintomatológicamente comparten algunas características, podría diferenciarse claramente conceptos como estrés laboral, depresión, tedio y fatiga crónica, entre otros.

Así Pérez ¹¹³ diferencia el Burnout de conceptos como la fatiga física, el estrés general, el tedio o el aburrimiento, la depresión y los acontecimientos o crisis de edad media de la vida (Tabla 7).

SÍNTOMAS	ESTRÉS CRÓNICO	DIFERENCIAS CON EL SB
FATIGA FÍSICA	Recuperación más rápida	Recuperación lenta con sentimiento generalizado de fracaso
ESTRÉS GENERAL	Efectos positivos y negativos. Aparece en todos los ámbitos de la vida de una persona.	Efectos negativos en la persona y su entorno. Solamente en contextos laborales.
TEDIO	Falta de motivación laboral general	SB generado por repetidas presiones emocionales Relación directamente tedio y SB
DEPRESIÓN	Comparte características	Aunque está correlacionada con el cansancio emocional, no está directamente relacionada con las otras dos dimensiones del SQT, despersonalización y baja realización personal.
ACONTECIMIENTOS (CRISIS DE EDAD MEDIA DE LA VIDA)	Balance personal negativo y diferencias con trabajadores jóvenes.	Multidimensionalidad

Tabla 7. Pérez AM.El SB. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia.2010; (112): 42-80.

Es fácil a primera vista confundir la fatiga física con el SB pero tiene diferencias conceptuales claras. La fatiga física puede estar producida o no por motivos laborales, sin embargo, el SB siempre deriva de motivos laborales, por lo que, se recuperan antes los que padecen fatiga física¹¹⁵.

Con respecto al estrés general, es una situación que tiene dos vertientes o consecuencias, una fisiológica y otra patológica. Desde el punto de vista fisiológico, el estrés se define como “una respuesta fisiológica de nuestro organismo ante un agente estresor donde la homeostasis se ve amenazada”. El estrés desencadena una serie de reacciones que implican respuestas conductuales y fisiológicas (neuronales, metabólicas y neuroendocrinas) diferentes, según el género, y que permiten al organismo responder al agente estresor de la forma más adaptada posible¹¹⁴.

Cuando la causa de estrés permanece en el tiempo pueden aparecer las consecuencias del estrés patológico que se diferencia del SB en que el estrés aparece en todas las dimensiones de la vida del sujeto, sin embargo, en el SB tiene solamente origen laboral ¹¹².

Pines¹¹⁵ sostiene que el tedio o aburrimiento se diferencia del SB en que cuando disminuye el tedio aumenta el cansancio emocional y, por lo tanto, aumenta la probabilidad de desencadenar SB.

Según Berg¹¹⁶ la depresión es un concepto muy interesante, a tener en cuenta, cuando lo comparamos con el SB, encontrando diversidad de opiniones entre los investigadores en cuanto la conexión de ambos términos. En este aspecto, Oswin ¹¹⁷ o Maher¹¹⁸ afirman que hay un solapamiento entre los dos conceptos. Otro autor, Fith¹¹⁹, en sus investigaciones, en un grupo de enfermeras estadounidenses, sostiene que ambos términos comparten cierta sintomatología, pero su etiología es diferente ya que el SB se centra en causas laborales.

Se ha demostrado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del SB Maslach⁵ como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas predominantes en la depresión es

la culpa, mientras que en el SB son manifiestos la cólera o la ira, incluso esta depresión puede aparecer como una etapa o consecuencia posterior al SQT¹²⁰.

También encontramos diferencias entre la crisis de la edad media de la vida del sujeto y el SB. La crisis se puede desencadenar cuando el profesional que lleva años trabajando hace un balance negativo de su situación laboral, sin embargo, el SB se da epidemiológicamente más en jóvenes que se han incorporado a nuevos empleos, ya que no suelen estar preparados emocionalmente para superar los conflictos y las exigencias que muchos trabajos demandan¹²¹.

II.3.4 EL SB EN LOS MUSICOTERAPEUTAS.

Las investigaciones del SB han tenido un auge en las últimas décadas¹²², siendo la población inicial de estudio los profesionales sociosanitarios o más concretamente profesionales que tienen contacto directo con el paciente/cliente entre los cuales destacan los musicoterapeutas. En este aspecto, ya en el año 1987 aparecen los primeros estudios relacionados con el síndrome del quemado en musicoterapeutas entre los que resalta el estudio de Oppenheim¹²³ que realizó un estudio a más de 250 musicoterapeutas estadounidenses midiendo sus niveles de Burn out a través de la herramienta MBI, concluyendo que solamente un 4% de los participantes en el estudio tenían un nivel moderado de este fenómeno, siendo bajo, el nivel de SB para el resto.

En su tesis doctoral, Kim¹²⁴ relacionó la satisfacción laboral, la autoestima y el burn out en 136 musicoterapeutas coreanos. Los resultados que se obtuvieron reflejaron la relación inversa entre satisfacción laboral y SB, así musicoterapeutas con una baja satisfacción laboral, presentaban más niveles de SB.

El estudio de Chang¹²⁵, profundizó, a través de entrevistas fenomenológicas, en las vivencias de musicoterapeutas con amplia experiencia, donde se trataban temas como el conocimiento previo del SB, los factores desencadenantes de esa situación de estar quemado y la sintomatología específica en cada caso entrevistado. Los resultados resaltaron la necesidad de abordar el autocuidado y la prevención de este síndrome durante la formación como musicoterapeutas. Concluye en que el SB puede ser una experiencia positiva a través de la resiliencia, salir fortalecido de situaciones difíciles.

Hills¹²⁶ hizo una encuesta a 151 musicoterapeutas de Reino Unido, pertenecientes a la asociación británica de musicoterapia y estudió, entre otros aspectos, si existían diferencias con respecto a la satisfacción laboral, el SB y el sentimiento de pertenencia a un equipo de trabajo en musicoterapeutas que trabajaban de manera aislada, sin pertenecer a ningún equipo interdisciplinar y musicoterapeutas que sí

trabajaban de manera coordinada en equipos de trabajo multidisciplinarios. Los resultados revelaron niveles de SB similares pero el nivel de pertenencia a grupo era mayor en los musicoterapeutas que trabajaban en equipo.

Otros estudios como los de Carvalho¹²⁷ o Dos Santos¹²⁸, abordan el SB en profesionales y musicoterapeutas de Argentina y Brasil, respectivamente. Concluyen que la Musicoterapia puede ser una estrategia de elección idónea para el tratamiento de los efectos negativos del estrés y por ende del SB.

Destaca un libro de Vallejo¹²⁹, titulado “Cuidados musicales para cuidadores” donde trata el SB en musicoterapeutas, cómo abordarlo proporcionando herramientas prácticas para prevenirlo y tratarlo, entre otros temas.

Los musicoterapeutas, que viven a diario situaciones estresantes, trabajan con personas en riesgo de vulnerabilidad y en condiciones laborales no siempre ideales, se encuentran a factores predisponentes al SB al igual que otras profesiones que trabajan en contacto directo con personas en situación de enfermedad o vulnerabilidad¹³⁰.

II.4 ASPECTOS GENERALES DE LA SATISFACCIÓN LABORAL.

II.4.1 TEORÍAS DE LA SATISFACCIÓN DE HERZBERG VS MASLOW.

La satisfacción laboral es un tema de estudio frecuente en diversas poblaciones como la educativa¹³¹, la sanitaria¹³², o en el mundo empresarial¹³³⁻¹³⁵, que cobra especial relevancia en el terreno organizacional¹³⁶⁻¹³⁸ por sus implicaciones en el ambiente de trabajo y funcionamiento de las mismas¹³⁹⁻¹⁴². En algunos estudios se tiene en cuenta la perspectiva de género en esta satisfacción laboral¹⁴⁵⁻¹⁴⁸.

Las dos teorías más relevantes al respecto son la “Teoría de las variables intrínsecas y extrínsecas” de Herzberg¹⁴² (figura 2) y la “Teoría de satisfacción y motivación humana” de Maslow¹⁴⁹.

En cuanto a las variables motivacionales o intrínsecas de Herzberg vamos a diferenciar¹⁴⁴:

- Logros. Este concepto va a depender de la jornada laboral, el tipo de contrato, los turnos de trabajo, la experiencia en el puesto o puestos similares.
- El trabajo en sí mismo. Se refiere a las características intrínsecas del puesto, como son el trato con el paciente o usuario, las labores más clínicas o administrativas del puesto de trabajo, las características de la población con la que se trabaje (no es lo mismo trabajar en enfermedades avanzadas, que en geriatría o en educación especial con personas con discapacidad).
- La independencia laboral hace referencia a la capacidad que tiene el trabajador de realizar su trabajo de forma autónoma, sin depender de un superior o, aun dependiendo, sentirse autónomo a la hora de realizarlo.
- La responsabilidad, dentro de estas variables intrínsecas, es significativa ya que, en el trabajo con las personas.
- El componente emocional de la profesión del musicoterapeuta y

trabajar con pacientes en situación de vulnerabilidad son factores importantes.

- La promoción es un factor destacable en estos ambientes debido a que, dependiendo del tipo de contrato, la capacidad de promoción, la estabilidad laboral, interferirán en la satisfacción laboral y, por ende, en la calidad de vida laboral.
- El trabajo en sí mismo, también es reseñable. Las características de este tipo de trabajo en ambientes sociosanitarios y educativos y su componente emocional y humano, constituya un factor clave a la hora de entender esta satisfacción laboral¹³².

En cuanto a las variables de higiene o extrínsecas serían las siguientes¹⁴⁴:

- Los sueldos y beneficios del trabajo en ambientes sociosanitarios y educativos dependen a su vez de la naturaleza del mismo, habiendo diferencias entre instituciones públicas y privadas, en lo que a sueldo y retribuciones se refiere.
- Las políticas de la empresa que pone en marcha para lograr un grado óptimo de satisfacción de sus trabajadores.
- Relaciones laborales que se establezcan con superiores, medios e inferiores.
- Supervisión que se realiza para verificar el correcto funcionamiento de las funciones.
- Estatus que puede alcanzar un trabajador en la organización o empresa.
- Seguridad laboral. Se refiere a la estabilidad en el puesto de trabajo.
- Vida Personal y condiciones de conciliación familiar y laboral.
- Madurez en la toma de decisiones del puesto de trabajo.

En la figura 2 se exponen varias de las componentes o factores de la teoría de la motivación de Herzberg.

FIGURA 1
Teoría de la Motivación-Higiene

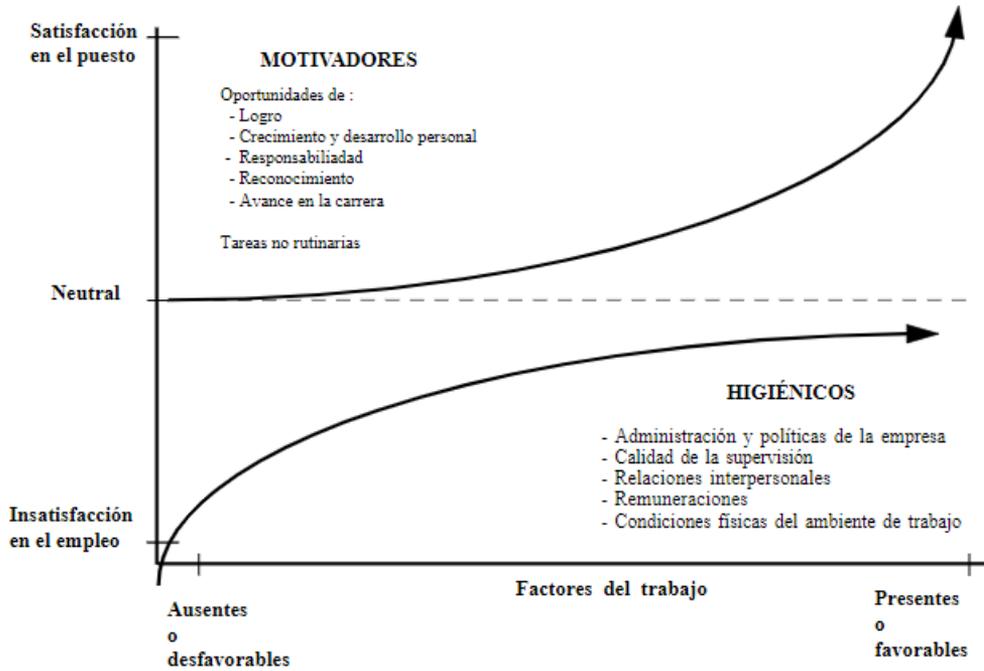
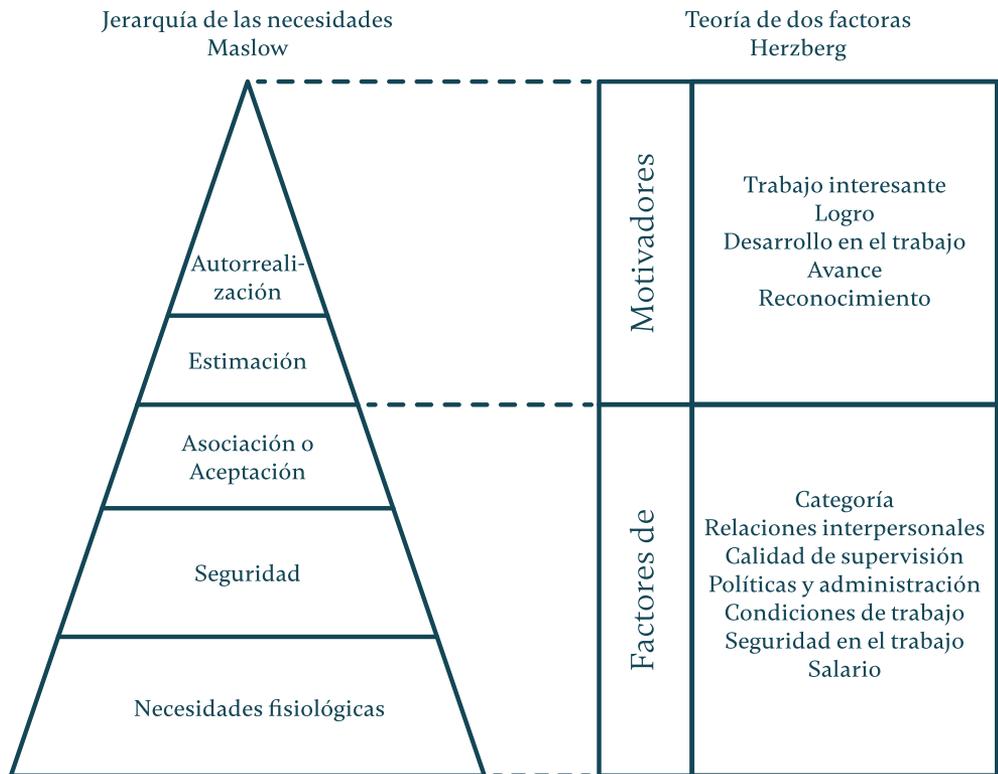


Figura 2. Teoría de la Motivación-Higiene de Herzberg. Elaboración propia.

Maslow propone su “Teoría de la Motivación Humana” que tiene sus orígenes en las ciencias sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica. Por su relevancia se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación, la gestión empresarial y el desarrollo y comportamiento organizacional. En la teoría de Maslow¹⁴⁹, los niveles más bajos de necesidades en el ser humano, tienen poco efecto en la motivación laboral, cuando el nivel de vida es alto. Herzberg, clasificó las necesidades humanas en dos niveles, necesidades de orden superior, que refieren a la autorrealización del ego y las necesidades básicas que están en la base de su pirámide motivacional como son las necesidades fisiológicas las de seguridad y las necesidades de relación social las Herzberg los llamará elementos satisfactorios o insatisfactorios que, a su vez, son parecidos a

los que propone Maslow (figura 3).

Figura 3. Teoría de las necesidades de Maslow versus teoría de la Motivación-Higiene



de Herzberg. Elaboración propia.

II.4.2 SATISFACCIÓN LABORAL Y CALIDAD DE VIDA LABORAL.

En los ambientes sociosanitarios y educativos hay que tener en cuenta la satisfacción de las personas que componen el sistema, sobre todo, para planificar una correcta gestión socio sanitaria y educativa y, de este modo, conseguir niveles de atención óptimos tanto para calidad asistencial y docente, como para el idóneo funcionamiento de los sistemas sociosanitarios y educativos y el mantenimiento de su sostenibilidad¹⁵⁰.

Estos factores psicosociales son un tema de estudio desde hace décadas. Cabe destacar el informe de la Asamblea Mundial de la salud en 1975 y su posterior desarrollo a través de la Organización Internacional del Trabajo¹⁵¹ (OIT) en 1986 que, en conjunto, desarrollaron una definición de factores psicosociales laborales como “aquellas interacciones que se dan por una parte entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo, las condiciones de su organización, y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo”.

Otro concepto que deriva de estas variables multifactoriales es el de Calidad de Vida Laboral (CVL) desarrollado por González, Peiró y Bravo¹⁵² que comprende, entre otras, las condiciones relacionadas con el trabajo, es decir, horarios, retribución, ambiente laboral, beneficios, posibilidad de desarrollo profesional, ascensos, beneficios, así como las relaciones humanas, factores directamente relacionados con la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral. La CVL en este contexto, se define como un proceso dinámico o continuo donde el trabajo está organizado de manera objetiva y subjetiva en aras a contribuir a un desarrollo integral de la persona, más allá de la teoría de las necesidades de Maslow¹⁴⁹, uniendo los aspectos relacionales con el entorno de trabajo y los aspectos que tienen que ver con las personas y su experiencia psicológica, derivada de esas relaciones.

En este entramado de conceptos y variables entra en juego el denominado “clima laboral”, directamente relacionado con la satisfacción laboral. Este concepto se basa en la visión compartida acerca del ambiente laboral que tiene un grupo de personas que trabajan en una misma organización, es un consenso en la manera de percibir el ambiente laboral. Esta relación clima y satisfacción laboral es bidireccional y es primordial para las organizaciones que, ambos conceptos, estén en sintonía. Además se relacionan las interacciones entre ambos conceptos; escenario generador y receptor, de los impulsos emocionales que hace que los trabajadores, los grupos y las organizaciones, perciban de una u otra forma el clima laboral y, por consiguiente, generan actitudes frente al trabajo, lo que redundará en la Calidad de vida laboral¹⁵⁵. Fueron War y Crock^{154,155} los que crearon la “Escala de satisfacción laboral” que se sigue utilizando a día de hoy y que es la que ha sido utilizada en esta tesis doctoral. Es una escala que operacionaliza el constructo de satisfacción laboral, reflejando la experiencia de los trabajadores de un empleo remunerado y la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo.

II.4.3. SATISFACCIÓN LABORAL EN MUSICOTERAPEUTAS.

En lo que respecta a la satisfacción laboral de los Musicoterapeutas en España, no hemos encontrado ningún trabajo relacionado con nuestro tema de estudio. Sin embargo, a nivel internacional, existen algunas investigaciones como la de Stewart¹⁵⁶ que realizó un análisis sobre el estado de la Musicoterapia en el Reino Unido y, entre otros aspectos, estudió la satisfacción laboral y las condiciones de trabajo de los musicoterapeutas ingleses a través de encuestas autorrellenables. Se recogieron 126 encuestas y los resultados obtenidos sacaron a la luz que, la mayoría de los musicoterapeutas, trabajaban a jornada parcial y estaban moderadamente satisfechos.

Otro trabajo, el de Gooding¹⁵⁷, realizó un estudio en 86 profesores de las formaciones de Musicoterapia en los Estados Unidos a través de cuestionarios donde se les preguntaba acerca de su estilo de vida, su satisfacción laboral y su carga de trabajo. Observaron que, en general, más de la mitad de los docentes, estaban satisfechos con su ocupación, aunque destacaban la gran carga de trabajo e implicación de horas, más allá de las estrictamente pactadas.

Braswell¹⁵⁸ realizó otra investigación en Estados Unidos sobre la satisfacción laboral de los Musicoterapeutas, registrados en la Asociación Americana de Musicoterapia, en el año 1989. Se analizaron 1300 cuestionarios de los que se obtuvieron resultados como que, a mayor calidad de vida y remuneración, mayor era la satisfacción laboral en los Musicoterapeutas, así como que tenían una estabilidad emocional correcta para desempeñar su trabajo en óptimas condiciones.

Un estudio de Decuir¹⁵⁹ pone de manifiesto la situación de los musicoterapeutas americanos con más experiencia, a través de su satisfacción laboral, su capacidad de adaptación y el nivel de estrés laboral, en la que existía cierto nivel de estrés laboral, junto con una satisfacción laboral mayor cuantos más años de experiencia profesional y una gran capacidad de adaptación.

En otra publicación del Gooding se ponen de manifiesto algunos aspectos de la relación laboral entre los musicoterapeutas y las instituciones en las que trabajaban, el tipo de contrato, el salario y el tipo de centro en el que se realiza la actividad profesional de Musicoterapia¹⁶⁰. En el estudio se concluía que la satisfacción estaba influida por los años de experiencia, es decir, a mayor experiencia profesional, mayor satisfacción, la edad, el género y otros factores como el tipo de contrato, habiendo más satisfacción laboral en aquellos musicoterapeutas con contratos más estables.

Kim¹²⁴ estudió la satisfacción laboral de los musicoterapeutas, la autoestima del colectivo y el agotamiento profesional y emocional de dichos profesionales, a través de un estudio descriptivo en musicoterapeutas estadounidenses. Los resultados predijeron una correlación entre satisfacción laboral y nivel de SQT, siendo una relación inversamente proporcional.

La tesis doctoral de Ferrer¹⁶¹ analizó el actual estatus de la profesión de Musicoterapeuta en Estados Unidos, las líneas prioritarias de actuación y el futuro de la Musicoterapia en dicho país. Concluyó, a través de entrevistas la percepción de los participantes sobre aspectos de la profesión como el estatus, el salario y la satisfacción laboral eran aceptables en las encuestas realizadas. La satisfacción profesional de los musicoterapeutas está directamente influenciada por sus años de formación, sus mentores y la experiencia de práctica clínica.

Por otra parte, Cohen¹⁶² estudió la relación entre tener el título de musicoterapeuta, la satisfacción laboral y el estatus clínico entre musicoterapeutas estadounidenses. Los resultados revelaron que había más grado de empleabilidad cuanto más alto era el nivel académico alcanzado desde doctorado a Máster en Musicoterapia. Los que tenían una especialización en Musicoterapia habían permanecido más tiempo en los trabajos que aquellos que no estaban especializados.

La satisfacción laboral en musicoterapeutas ha sido más estudiada en aquellas zonas del mundo en las que la profesión está más desarrollada, como son Reino Unido¹⁵⁶, Estados Unidos¹⁵⁷⁻¹⁶⁰ o Argentina¹²⁷.

III.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La Organización Mundial de la Salud¹ en su “Informe 2000” revela la importancia del estrés y el SB en los profesionales, haciendo mayor hincapié en los que están en contacto directo con pacientes o personas. Fue declarado en el mismo año como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida de las personas, la salud mental e incluso su capacidad de poner en riesgo la vida de las personas y del funcionamiento de los sistemas socio sanitarios y educativos, dadas sus enormes repercusiones en los trabajadores, las empresas y organizaciones y en los entornos familiares y laborales de los mismos.

La satisfacción laboral es un concepto abordado por diferentes investigadores como Locke¹³⁵ o Herzberg^{142,144}. Este último promulgó la “Teoría de la satisfacción laboral bifactorial” que puede relacionarse con la “Teoría de necesidades” de Maslow¹⁴⁹.

Organismos internacionales como la Organización internacional del trabajo (OIT), desde los años ochenta elabora documentos y reuniones para velar por la seguridad y el bienestar a todos los niveles de los trabajadores. Ya en el año 1986 LA OMS publicó los resultados de la reunión del Comité Mixto OIT-OMS sobre Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención: informe del Comité OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo en su novena reunión celebrada en Ginebra en el año 1984 en la Oficina Internacional del Trabajo¹⁵¹. En esta reunión se trataron temas de suma relevancia como fueron los factores psicosociales en el trabajo y las posibles soluciones a estos factores.

En este documento se tratan temas de diversa índole como son: el estrés laboral, las medidas de prevención y solución, la cultura institucional al respecto y los medios para gestionar eficazmente este estrés.

Por otro lado, la Musicoterapia en España es una disciplina que, aunque desde la perspectiva histórica tiene bastante recorrido, como profesión sociosanitaria en España es relativamente joven. A pesar de ello, hay bastantes profesionales Musicoterapeutas trabajando en diferentes

proyectos, tanto a nivel privado como público. En otros países de Europa, Canadá o Estados Unidos, es una profesión sociosanitaria regulada que está incluida en los sistemas públicos de salud⁷⁶.

El perfil profesional del Musicoterapeuta ha sido tratado en algún trabajo como el de Sabbatella⁶⁹ donde se exponen datos acerca del ejercicio profesional, edad, sexo o nivel de estudios de los musicoterapeutas españoles. Por otra parte Mateos Hernández ¹⁶¹ en su libro “Fundamentos de Musicoterapia” trata de alguna de las características de los Musicoterapeutas como que el musicoterapeuta tiende al autoconocimiento, buscando la verdad, desde una visión prosocial. Suele respetar y actuar conforme al código deontológico, optando por la mejora continua en sí mismo, en la institución donde trabaja y por ende, con la sociedad¹⁶¹. El Musicoterapeuta es un agente de salud mental para la sociedad y un agente difusor y didáctico de la disciplina terapéutica, que adapta su lenguaje al interlocutor que tenga en frente, tal y como señalaba Bruscia⁶³.

La Musicoterapia es una disciplina terapéutica en vías de regulación profesional, labor que está realizando entre otros organismos la Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia, existente desde 2014⁷⁵.

El personal Musicoterapeuta que trabaja en los ámbitos tanto educativos como socio-sanitarios está sometido a situaciones complicadas a diario, incluso acompañando a personas hasta los últimos momentos de su vida o incluso éxitos tras un prolongado tiempo de acompañamiento o vínculo terapéutico sólido.

Partiendo de estas premisas y sustentados por investigaciones similares en países como Estados Unidos o Canadá^{20,22}, aparece esta tesis doctoral, considerando de sumo interés el abordaje del SB ^{123- 127} y la satisfacción laboral¹⁵⁴⁻¹⁶⁰ en la población a estudio.

IV.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

IV. OBJETIVOS E HIPÓTESIS..

IV.1 OBJETIVOS.

IV.1.1 OBJETIVO GENERAL.

IV.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

IV.2. HIPÓTESIS.

IV.1 OBJETIVOS.

IV.1.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar el perfil profesional y la salud psicolaboral de los musicoterapeutas en España.

IV.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar las variables psicosociales de la salud laboral como son la satisfacción laboral y el SB y conocer la relaciones en su caso.
2. Determinar la prevalencia del SB en los profesionales musicoterapeutas de España participantes en el estudio.
3. Describir y relacionar, en su caso, qué factores psicolaborales de la población en estudio afectan a la salud psicolaboral y a la satisfacción laboral de los participantes en el estudio.

IV.2. HIPÓTESIS.

1. Algunas características del perfil profesional de los musicoterapeutas influirían en tener más probabilidad de sufrir SB.
2. Algunas de los aspectos sociolaborales de los musicoterapeutas influirían en tener más probabilidad de sufrir SB.
3. Los musicoterapeutas con mayor satisfacción laboral tendrían bajo nivel de SB.
4. Los musicoterapeutas en España tendrían bajo nivel de SB.

V.

MATERIAL Y MÉTODOS.

V. MATERIAL Y MÉTODOS..

V.1. TIPO DE ESTUDIO.

V.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

V.2.A. SUJETOS DE ESTUDIO.

V.2.A.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

V.2.A.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

V.2.B. MARCO DEL ESTUDIO.

V.2.B.1. TAMAÑO MUESTRAL.

V.2.B.2. VARIABLES DE ESTUDIO.

V.2.B.2.1. Variables independientes.

V.2.B.2.2. Variables dependientes.

V.2.B.3. RECOGIDA DE DATOS.

V.2.B.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y ESCALAS UTILIZADAS.

V.2.B.4.1. Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.

V.2.B.4.2. Maslach SB Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).

V.2.B.4.3. Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction).

V.2.C. TRATAMIENTO DE LA BIBLIOGRAFÍA.

V.2.C.1. Fuentes bibliográficas.

V.2.C.2. Convención de Vancouver.

V.1. TIPO DE ESTUDIO.

Se ha realizado un estudio epidemiológico transversal o estudio de prevalencia, descriptivo, ya que vamos a medir la distribución de una determinada situación o enfermedad y analítico porque se establecerá la asociación entre las características o los factores de exposición con la enfermedad. La población de estudio está compuesta por los profesionales Musicoterapeutas que trabajan en el Estado español. Este estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Extremadura con fecha 8 de octubre de 2019 (Anexo IV).

V.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

A. SUJETOS DE ESTUDIO.

La muestra objeto de estudio fueron profesionales musicoterapeutas (Máster en musicoterapia, Licenciatura en Musicoterapia o equivalente) que trabajaban en el Estado español en el momento de rellenar el formulario y que desempeñaban su labor musicoterapéutica en el ámbito socio-sanitario o educativo en centros tanto públicos como privados de toda España con un mínimo de dos años de experiencia, previo consentimiento informado (incluido en el “Cuaderno de documentos y cuestionarios” del Anexo II) y que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

A.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Aceptación del profesional musicoterapeuta para participar en el estudio.
- Ser Titulados en Musicoterapia con un título avalado por la EMTC (Confederación Europea de Musicoterapia) como mínimo con 60 créditos ECTS o equivalente, Licenciatura en Musicoterapia en Argentina) y que estén en activo durante el estudio.
- Tener 18 o más años de edad.
- Contar con más de 2 años de experiencia laboral como musicoterapeuta.
- Firmar el Consentimiento Informado (Anexo II).

A.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Musicoterapeutas o estudiantes de Musicoterapia que no alcancen los criterios anteriores.
- Musicoterapeutas que en momento de la encuesta se encuentre de baja laboral (contingencias comunes, baja maternal, depresión...).
- Musicoterapeutas con menos de dos años de experiencia clínica trabajando como musicoterapeuta.

- Musicoterapeutas que solamente realicen trabajo administrativo.
- Musicoterapeutas en prácticas, en formación o voluntariado sin relación contractual con los pacientes/ usuarios.

B. MARCO DEL ESTUDIO.

B.1. TAMAÑO MUESTRAL.

Nuestra investigación se llevó a cabo a través del muestreo por conveniencia que es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio utilizada para crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular.

La selección de los participantes se realizó mediante varias vías. Parte de la muestra se seleccionó en el Congreso Iberoamericano de Musicoterapia celebrado en Valencia en noviembre de 2017, se puso un stand informativo en la puerta del Congreso y las personas participantes voluntariamente venían a recoger y rellenar los cuestionarios, otra parte fue tomada de musicoterapeutas pertenecientes a asociaciones profesionales repartidas por todo el territorio español, y el resto a través de correo ordinario.

Los cuestionarios se administraron en papel y los participantes rellenaron y devolvieron los cuestionarios en mano o por correo ordinario a la dirección de envío indicada en el mismo. De los 180 cuestionarios administrados a todos los musicoterapeutas contactados, 80 de ellos cumplían los requisitos de participación. La muestra final fue de $n=80$ musicoterapeutas.

B.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables recogidas para su análisis estadístico fueron las descritas a continuación:

B.2.1. Variables independientes

Se realizó un cuestionario propio (Anexo II) para el estudio donde se recogían las variables socio demográficas, las variables laborales y ciertos recursos personales que ampliaremos a continuación. Se le asignó

la categoría de variables independientes de los que posteriormente se hizo el análisis multivariante.

Las Variables sociodemográficas fueron las siguientes:

- Sexo (cualitativa).
- Edad (cualitativa).
- Estado civil (cualitativa).
- Nivel de estudios (cualitativa).
- Número de hijos conviviendo en el domicilio familiar (cuantitativa).
- Además de hijos, tiene a su cargo a algún otro miembro familiar en su domicilio (cualitativa).

Variables laborales:

- Comunidad autónoma de trabajo (cualitativa).
- ¿Compaginas tu trabajo de Musicoterapeuta con otras ocupaciones? (cualitativa).
- Funciones desempeñadas en el centro de trabajo (cualitativa).
- Tipo de contrato (cualitativa).
- Tiempo de antigüedad desarrollando su profesión como Musicoterapeuta.(cualitativa).
- Tiempo de antigüedad en el puesto actual o puestos actuales (cualitativa).
- Jornada de trabajo como musicoterapeuta a la semana (cualitativa).
- Turno de trabajo (cualitativa).
- ¿Impartes formación referente a la musicoterapia? (cualitativa).
- Ámbitos o áreas de trabajo (cualitativa).
- Tipología de centro de trabajo (cualitativa).
- Nº de pacientes individuales con los que trata de manera semanal (cualitativa).
- Nº de pacientes grupales con los que trata de manera semanal (cualitativa).
- ¿Compatibiliza su profesión con otro/s trabajos fuera de la Musicoterapia? (Cualitativa).
- ¿Ha estado de baja laboral en el último año por motivos laborales?

(Cualitativa).

- Número de días totales de baja en el último año (cualitativa).
- En los 2 últimos años, ¿ha estado en situación de paro? (Cualitativa).
- ¿Cuánto tiempo estuvo en el paro en los 2 últimos años? (Cualitativa).
- ¿Comparte profesión (no necesariamente mismo lugar de trabajo) con su pareja? (Cualitativa).
- ¿Cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones en el trabajo? (Cuantitativa continua).
- ¿Cuánto tiempo estuvo de vacaciones? (Cualitativa).
- En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo? (Cualitativa).
- En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo? (Cualitativa).
- ¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó? (Cualitativa).
- ¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por los pacientes a los que trata? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por los familiares de los pacientes a los que trata? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por sus compañeros/as de trabajo? (Cualitativa).
- A nivel laboral, ¿se siente valorado por el director/a de su centro? (Cualitativa).
- En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo? (Cualitativa).

Variables de recursos personales:

- ¿Padece alguna enfermedad crónica? (Cualitativa).
- En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? (Cualitativa).

En el análisis bivariante y en los modelos (análisis multivariantes), debido a su extensión, esta variable y sus opciones tuvieron que consi-

derarse como categorías diferentes dentro de una misma variable, estudiando si las medias en cada una de estas categorías eran iguales en comparación con la media de cada una de las escalas de la FC y con la media de cada una de las escalas del SQT (SB) para cada una de las opciones planteadas.

- Con respecto a la práctica de acciones terapéuticas, ¿con qué frecuencia a la semana? (Cualitativa).
- ¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo? (Cualitativa).

En el análisis bivalente y en los modelos (análisis multivariantes), debido a su extensión, esta variable y sus opciones tuvieron que considerarse como categorías diferentes dentro de una misma variable, estudiando si las medias en cada una de estas categorías eran iguales en comparación con la media de cada una de las escalas de la FC y con la media de cada una de las escalas del SQT (SB) para cada una de las opciones planteadas.

- En caso afirmativo, ¿qué actividad/es? (Cualitativa).
- ¿Con qué frecuencia a la semana? (Cualitativa).

B.2.2. Variables dependientes.

Relacionadas con los síndromes objeto de estudio:

- Las tres dimensiones que componen el SB medido con el MBI-HSS:
 - CE(Cansancio emocional).
 - D (Despersonalización).
 - RP (Realización personal) en el trabajo.
- La medida de la satisfacción laboral con sus dos dimensiones:
 - Satisfacción laboral extrínseca.
 - Satisfacción laboral intrínseca.

B.3. RECOGIDA DE DATOS.

La recogida de todos los datos fue una tarea ardua debido, entre otros factores, a la dispersión geográfica de los participantes en el estudio.

Durante los meses siguientes a la entrega y vía correo postal, se iban recibiendo los cuestionarios a la dirección de envío que se les facilitó. En otro orden de cosas, se iba diseñando el estudio, recopilando toda la información, vertiendo todos los datos a formato electrónico para su posterior análisis estadístico y conclusiones. En el Anexo V se puede observar el cronograma que se desarrolló para esta investigación.

Por lo que respecta la toma de datos, en primer lugar se realizó una serie de cuestionarios y documentos, a saber:

- Anexo I: Carta de presentación en el estudio.
- Anexo II: Hoja de consentimiento informado para participar en este estudio. Modelo de consentimiento informado.
- Anexo III: Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.
- Cuestionarios específicos:
 - Maslach SB Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) de Maslach y Jackson en su versión adaptada a la población española¹⁵ que es un cuestionario validado y autoadministrado.
 - Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) Warr, Cook y Wall, traducción de Pérez-Fidalgo.

Una vez realizados todos los cuestionarios se fotocopiaron y se administraron de la forma indicada. Cada participante se quedaba con una hoja firmada por el investigador principal informaba al participante la conformidad de participación, A la vez que se recibían los cuestionarios, se codificaron para garantizar el anonimato de cada participante y se procedió a su análisis posterior.

B.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y ESCALAS UTILIZADAS.

- B.4.1 Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.

Como se ha señalado anteriormente se realizó un cuestionario de variables sociodemográficas (Anexo III) de elaboración propia. (Dicho cuestionario fue una versión de la literatura científica que otros autores han utilizado para estudios similares ¹³⁶⁻¹³⁸. Se añadieron a dicho cuestionario los Ítems que el investigador principal consideró claves para la relación con las variables objeto de estudio y centradas en la disciplina terapéutica que nos ocupa, la musicoterapia.

En los casos de preguntas con respuesta múltiple (ámbito de trabajo y acciones llevadas a cabo en el último mes), se crearon variables indicadoras (Sí/No) para cada posible respuesta.

- B.4.2.Maslach SB Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).

Es interesante destacar la visión de Gil- Monte en este síndrome que dice que para comprender el SQT es necesario no solamente centrarnos en la sintomatología sino que también es necesario identificar las causas no orgánicas que lo provocan y sus implicaciones psicosociales, para poder realizar una intervención eficaz de dicho síndrome¹⁶².

El MBI-HSS⁹² fue publicado por Maslach y Jackson en 1986 y actualmente cuenta con tres ediciones y numerosas traducciones a diversos idiomas. Es el cuestionario más utilizado y que mayor número de investigaciones ha generado para medir el SQT⁹⁷. Esta es la razón por la que se decidió incluirlo en el estudio. Esta situación de SB se caracteriza por presentar varios síntomas como son la baja realización personal en el trabajo RP, un alto cansancio emocional CE además de una alta despersonalización D⁹⁷.

El MBI (Tabla 8) está formado por 22 ítems que se valoran en una escala de tipo Likert donde se señala el nivel de acuerdo o desacuerdo con una

declaración o ítem. El sujeto, en este caso, valora a través de una escala de rango desde 0 hasta 7 puntos diferentes adjetivos que van desde nunca (0) hasta todos los días (6).

EMOCIONALES	Nunca
0	Alguna vez al año o menos
1	Una vez al mes o menos
2	Una vez al mes o menos
3	Algunas veces al mes
4	Una vez por semana
5	Algunas veces por semana
6	Todos los días

Tabla 8: Rangos del cuestionario MBI. Elaboración propia.

Este inventario se divide en tres subescalas y cada una de ellas mide tres factores ortogonales, denominados:

- Cansancio emocional (Emocional exhaustion, 9 ítems).
- Despersonalización (Depersonalization, 5 ítems).
- Realización personal en el trabajo (Personal accomplishment, 8 ítems).

Con estas subescalas se obtiene una puntuación que se valora como baja, media o alta, dependiendo de las puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en concreto. Se considera como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

El MBI-HSS5, evalúa la frecuencia con la que los musicoterapeutas profesionales de nuestra muestra perciben:

A) CE (Cansancio Emocional): Esta dimensión se define como “la sensación de malestar acompañada de agotamiento físico y mental, así como la percepción de que existe un exceso de trabajo y estresores laborales durante la jornada laboral que se extrapolarían, al resto de la vida cotidiana de los profesionales musicoterapeutas. Este estado supondría no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo ⁹², al sentirse el sujeto saturado y agotado emocionalmente por causa del trabajo. Esta dimensión se valora a través de 9 ítems numerados en el Anexo II: “Maslach SB Inventory (MBI)” son los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

B) RP (Realización personal): La segunda dimensión refiere a la baja realización personal acompañada de una actitud negativa ante uno mismo y ante los demás, así como la baja productividad, autoestima y autoconcepto. El SQT se caracterizaría por una baja RP en el trabajo, con la tendencia a evaluarse uno mismo de manera negativa, sobre todo en el desempeño del trabajo y en las relaciones interpersonales personales en general y las profesionales en particular. Se valora a través de 8 ítems numerados en el Anexo II: “Maslach SB Inventory” (MBI) son los ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

C) D (Despersonalización): La tercera dimensión se refiere al desarrollo de sentimientos y actitudes impersonales de pasotismo y cinismo, a la vez que se produce una cierta negatividad hacia las personas del entorno laboral, compañeros y pacientes o usuarios. Se evalúa a través de 5 ítems numerados en el Anexo II: “Maslach SB Inventory (MBI)” y son los ítems: 5, 10, 11, 15 y 22.

La puntuación total de la escala MBI-HSS (Tabla 9) será el resultado del sumatorio total de todos los puntos correspondientes a cada una de ellas, obteniendo unas puntuaciones máximas de 54, en el cansancio emocional, 48 en el caso de la realización personal y 30 en el caso de la despersonalización.

ESCALA	ITEMS	PUNTUACIÓN DIRECTA MÁXIMA
CE(Cansancio emocional)	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
RP (Realización personal)	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48
D (Despersonalización)	5, 10, 11, 15, 22	30

Tabla 9: Puntuaciones máximas del MBI-HSS.Elaboración propia.

Originalmente, el MBI estaba compuesto por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas. Junto a esas tres escalas, se presentaba otra de “Implicación con el trabajo” compuesta por 3 ítems. En la primera versión del cuestionario, publicada en el 1981, esta escala era opcional pero, en la segunda versión de 1986, fue eliminada, con lo que el MBI quedó reducido a los 22 ítems presentados ¹⁶⁴.

Según Gil-Monte y Peiró ¹⁶⁵, “mientras que en las subescalas de CE y D, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de RP en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de estar quemado. Además, la subescala de RP es independiente de las otras dos subescalas, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello, no se puede asumir que la RP en el trabajo sea un constructo opuesto a AE y D”.

Estos autores, promueven que a nivel diagnóstico¹²¹, tanto el constructo de “estar quemado” como cada una de sus dimensiones, son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 25 y el 75 en la categoría “medio”, y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

Por lo tanto a nivel estadístico vemos que:

Las tres dimensiones que componen el SB (CE, D y RP) medido con el MBI-HSS se clasifican en niveles altos, medio y bajo (Tabla 10) según los puntos de corte establecidos en la bibliografía¹⁶⁴:

	CE	D	RP
Alto	≥27	≥ 13	≤31
Medio	17-26	7-12	32-38
Bajo	≤16	≤6	≥ 39

Tabla 10: Medida del cuestionario MBI HSS99

En nuestro trabajo, para realizar la valoración del síndrome se dividió la muestra en tres grupos de igual tamaño (33%) mediante un criterio de percentiles, y se asume que el tercio superior, medio e inferior de la muestra experimentan niveles altos, medios y bajos del síndrome, respectivamente. Aunque los autores del cuestionario advierten que esta clasificación no debería utilizarse con fines diagnósticos, lo cierto es que existe una clara tendencia a utilizarla para ese propósito⁹⁹. Analizan el grado del SQT estableciendo tres valores (alto, medio y bajo) según se encuentren las puntuaciones, en las tres dimensiones del MBI, en el tercio superior, medio, e inferior de los valores posibles. Para ello (Tabla 11), se dividió el segmento de valores en tres zonas: superior, medio, inferior, tomando como puntos de corte los percentiles 33 y 66.

	Bajo	Medio	Alto
Percentil	1-33	34-66	67-99

Tabla 11: Resultados del MBI.Elaboración propia.

Las subescalas de la escala Maslach (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) fueron categorizadas en tres niveles (bajo, medio y alto) según los criterios de referencia de Maslach. Finalmente, aunque la escala Maslach ofrece una puntuación final indicadora del nivel de SB, se crearon dos nuevas variables indicadoras “SB confirmado” de “indicios de SB”. Se definió “SB confirmado” como la presencia simultánea de alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal. En el segundo caso, fueron clasificadas como personas con indicios de SB aquellas que presentaban al menos uno de los tres síntomas mencionados previamente.

B.4.3. Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction)

Fue desarrollada por los autores Warr, Cook y Wall en el año 1979 ¹⁵³., sus principales características son:

- Es una escala que permite la operacionalización del constructo de satisfacción laboral, reflejando la experiencia de los trabajadores con un trabajo remunerado.
- Recoge la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo.
- Es una escala autorellenable.

Está compuesta por 15 preguntas con 7 respuestas cualitativas posibles.

Estas 15 preguntas se subdividen a su vez en dos subescalas:

1. Subescala de factores intrínsecos: aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc. Esta escala está compuesta por siete ítems; los números 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14.
2. Subescala de factores extrínsecos: explora la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Esta escala la conforman está compuesta por ocho ítems; los números 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15.

La escala general de Satisfacción nos permite obtener tres tipos de datos ¹⁵⁵:

- la satisfacción general, (sumatorio de la satisfacción extrínseca e intrínseca).
- la satisfacción extrínseca.
- la satisfacción intrínseca.

Los rangos de puntuaciones varían entre 15 y 105, siendo 15 la mínima satisfacción y 105 la mayor satisfacción general posible. De esta manera, la satisfacción intrínseca estará en los intervalos de entre 7 y 49 puntos y la extrínseca entre 8 y 56.

C.TRATAMIENTO DE LA BIBLIOGRAFÍA.

C1. Fuentes bibliográficas.

Para poder justificar y aproximarse al tema de la investigación se ha hecho una amplia y exhaustiva búsqueda bibliográfica. Para ello, Se utilizaron las siguientes palabras clave: SB (SB) satisfacción laboral (job satisfaction), musicoterapeutas (musictherapists), estrés laboral (Professional stress), se han utilizado los operadores booleanos “and” y “or” para aumentar los resultados buscados.

C.2.Convención de Vancouver.

Para realizar las referencias bibliográficas del texto, se han seguido las recomendaciones de la Normativa de Vancouver (2014).

El sistema Vancouver se basa en el sistema de orden de mención, que consiste en ir citando las referencias según el orden en que se mencionan en el manuscrito. Se debe colocar un superíndice con el número en orden ascendente según el orden de aparición. Están basados en el formato de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos que usa el Index Medicus. Se debe abreviar los títulos de las revistas de conformidad con el estilo publicado en dicho Index según el tipo de referencia que sea, como un artículo en revista científica, tesis doctoral, libro o capítulo de libro^{165,166}.

VI.

RESULTADOS.

VI. RESULTADOS.

VI.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .

VI.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

VI.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, mostrando las distribuciones absolutas y relativas (%) en el caso de variables categóricas, y el mínimo, máximo, media y desviación típica en el caso de variables continuas. Se comprobó la normalidad en la distribución de las variables continuas mediante pruebas de Kolmogorov-Smirnov.

Se realizaron análisis bivariantes para analizar las relaciones del nivel de SB y el nivel de satisfacción con el resto de factores sociolaborales y psicolaborales. Dada la naturaleza de las variables, y de acuerdo con los resultados del test de Kolmogorov-Smirnov, las diferencias por grupos se analizaron mediante pruebas t-Student (en el caso de 2 grupos), con prueba de Levene para igualdad de varianzas, o ANOVA (en el caso de 3 o más grupos).

Finalmente, se determinó la prevalencia del “SB confirmado” o “indicios de SB” mediante estimación puntal e intervalo de confianza al 95%. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.24.

VI.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

El número total de musicoterapeutas analizados fue 80. Destacan: una mayoría de mujeres (85%); edades comprendidas entre 30 y 49 años (67.6%), con Máster Universitario en Musicoterapia (81.3%) y con parejas estables (51.3%) (Tabla 12).

Variable	Categoría/Unidad	n	n
Edad	20-29	14	17.5
	30-39	31	38.8
	40-49	23	28.8
	50-59	11	13.8
	60 o más	1	1.3
Sexo	Hombre	12	15
	Mujer	68	85
Nivel de estudios	Máster Universitario en Musicoterapia (60ECTS)	65	81.3
	Licenciatura en Musicoterapia (Extranjera)	3	3.8
	Otro	12	15
Estado civil	Sin pareja	18	22.5
	Con pareja estable	41	51.3
	Sin pareja estable	1	1.3
	Casado/a - Pareja de hecho	19	23.8
	Viudo/a sin pareja (desde hace menos de 2 años).	1	1.3

Variable	Categoría/Unidad	n	n
CCAA de trabajo	Andalucía	8	10
	Aragón	7	8.8
	Asturias	4	5
	Castilla La Mancha	3	3.8
	Castilla y León	3	3.8
	Ceuta	1	1.3
	Extremadura	14	17.5
	Galicia	2	2.5
	Islas Baleares	10	12.5
	Islas Canarias	4	5
	La Rioja	1	1.3
	Madrid	12	15
	Murcia	1	1.3
	País Vasco	1	1.3
	Valencia	9	11.3

Tabla 12: Características sociodemográficas de la muestra.Elaboración propia.

La mayor parte de los participantes (76.3%) compaginaban la musicoterapia con otras ocupaciones, desempeñando en su mayoría (60%) funciones asistenciales, con contratos fijo o indefinido; la mayoría (40%) de manera autónoma.

Un 62.6% llevaba menos de 4 años desarrollando su profesión de musicoterapeuta, y menos de 4 años en su puesto actual (62.5%), trabajando en su mayoría en centros privados (62.5%).

Se observó una mayoría de trabajadores (36.3%) con jornadas laborales de pocas horas, principalmente en turno de tarde y la mitad impartía formación. Los ámbitos laborales más frecuentes fueron los relacionados con discapacidad y educación. Es destacable que poco más de la mitad (55%) compatibilizara la musicoterapia con otro trabajo de

manera habitual y que la cuarta parte haya tenido intención de abandonar su puesto en el último año, y haya iniciado la búsqueda de uno nuevo.

No en vano, en el 30% de los casos ha disminuido la ilusión por su puesto de trabajo. Todos los trabajadores se sintieron valorados por los pacientes y los familiares, pero algunos (3.8%) no por sus compañeros, y un 19% no se sintió valorado por el director del centro (Tabla 13).

Variable	Categoría/Unidad	n	%
Compagina trabajo de musicoterapeuta con otras ocupaciones	Sí	61	76.3
	No	19	23.8
Funciones desempeñadas en centro de trabajo	Asistencial	48	60
	Administración y gestión	5	6.3
	Ambas	27	33.8
Tipo de contrato	Fijo	13	16.3
	Indefinido	20	25
	Eventual	6	7.5
	De prácticas	3	3.8
	Por obra y servicio	6	7.5
	Autónomo/a	32	40
Antigüedad desarrollando su profesión	Menos de 1 año	13	16.3
	1-4	37	46.3
	5-9	14	17.5
	10-19	11	13.8
	20-29	5	6.3

Variable	Categoría/Unidad	n	%
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	12	15
	1-4	38	47.5
	5-9	11	13.8
	10-19	17	21.3
	20-29	1	1.3
	30 o más	1	1.3
Jornada laboral	Menos de 5 horas a la semana	26	32.5
	Entre 5 horas y 10 horas a la semana	15	18.8
	Entre 10 horas y 20 horas a la semana	18	22.5
	Entre 20 horas y 40 horas a la semana	15	18.8
	Más de 40 horas a la semana	6	7.5
Turno de trabajo	Mañanas	20	25
	Tardes	29	36.3
	Noches	1	1.3
	Rotatorio mañanas-tardes entre semana.	16	20
	Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana.	1	1.3
	Rotatorio mañanas-tardes entre semana + incluye fines de semana o festivos.	11	13.8
	Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana + incluye fines de semana o festivos.	2	2.5
Imparte formación	Sí	40	50
	No	40	50
Ámbito de trabajo prenatal	No	73	91.3
	Sí	7	8.8
Ámbito de trabajo UCI Pediátrica Prematuros	No	75	93.8
	Sí	5	6.3
Ámbito de trabajo Estimulación Temprana	No	67	83.8
	Sí	13	16.3

Variable	Categoría/Unidad	n	%
Ámbito de trabajo Atención Temprana	No	66	82.5
	Sí	14	17.5
Ámbito de trabajo Discapacidad	No	44	55
	Sí	36	45
Ámbito de trabajo Educativo	No	41	51.3
	Sí	39	48.8
Ámbito de trabajo Salud Mental	No	68	85
	Sí	12	15
Ámbito de trabajo Hospitalario	No	69	86.3
	Sí	11	13.8
Ámbito de trabajo Social Comunitaria	No	75	93.8
	Sí	5	6.3
Ámbito de trabajo Geriatría	No	62	77.5
	Sí	18	22.5
Ámbito de trabajo Neurorehabilitación	No	62	77.5
	Sí	18	22.5
Ámbito de trabajo Fibromialgia Dolor Crónico	No	76	95
	Sí	4	5
Ámbito de trabajo Cuidados Paliativos	No	74	92.5
	Sí	6	7.5
Tipología de centro de trabajo	Público	26	32.5
	Privado	50	62.5
	ONG	4	5
Compatibiliza musicoterapia con otro trabajo	Sí, de manera habitual.	44	55
	Sí, ocasionalmente.	21	26.3
	No.	15	18.8
Ha estado en paro en los 2 últimos años	Sí	12	15
	No	68	85
Comparte profesión con su pareja (n=79)	Sí	2	2.5
	No	77	97.5

Variable	Categoría/Unidad	n	%
Intención de abandono del puesto	Sí	20	25
	No	60	75
Mantenimiento de la ilusión por puesto	Sí	38	47.5
	No, ha aumentado	18	22.5
	No, ha disminuido	24	30
En el último año ha iniciado la búsqueda de otro trabajo (n=79)	Sí	20	25.3
	No	59	74.7
Acude a formación	Sí	78	97.5
	No	2	2.5
Número de pacientes individuales por semana	0-5	56	70
	6-10	17	21.3
	Más de 10	7	8.8
Número de pacientes grupales por semana	0-10	43	53.8
	11-20	15	18.8
	Más de 20	22	27.5
Baja por motivos laborales en último año	Sí, en 1 ocasión.	4	5
	Sí, en 3 o más ocasiones.	2	2.5
	No	72	90
	Sí, pero por motivos personales.	2	2.5
Tiempo que estuvo de vacaciones	Menos de 1 semana	5	6.3
	1 semana	4	5
	2 semanas	14	17.5
	3 semanas	5	6.3
	1 mes	28	35
	Más de 1 mes	24	30
Se siente valorado por los pacientes	Sí	80	100
	No	0	0
Se siente valorado por los familiares	Sí	80	100
	No	0	0

Variable	Categoría/Unidad	n	%
Se siente valorado por los compañeros	Sí	77	96.3
	No	3	3.8
Se siente valorado por el director del centro (n=79)	Sí	64	81
	No	15	19
Sueles trabajar en pareja terapéutica	Sí	15	18.8
	No	44	55
	A veces	21	26.3
Toma psicofármacos recetados medicamente (n=79)	Sí	11	13.9
	No	68	86.1

Tabla 13: Características sociolaborales de la muestra. Elaboración propia.

En cuanto a las características de salud laboral, el 17.5% padecía alguna enfermedad crónica y el 73.8% realizaba alguna actividad para evadirse del trabajo. Las principales acciones llevadas a cabo en el último mes tuvieron un carácter social; como quedar con familiares (71.3%) y con amigos (67.5%). Destaca también un 65% que llevó a cabo escapadas de viaje (Tabla 14).

Variable	Categoría/Unidad	n	%
Padece alguna enfermedad crónica	Sí	14	17.5
	No	66	82.5
Acciones en el último mes. Relajación	No	51	63.8
	Sí	29	36.3
Acciones en el último mes. Musicoterapia	No	61	76.3
	Sí	19	23.8
Acciones en el último mes. Yoga	No	60	75
	Sí	20	25
Acciones en el último mes. Mindfulness	No	62	77.5
	Sí	18	22.5
Acciones en el último mes. Minimeditación	No	69	86.3
	Sí	11	13.8
Acciones en el último mes. Identificación de emociones	No	66	82.5
	Sí	14	17.5
Acciones en el último mes. Gestión de emociones	No	73	91.3
	Sí	7	8.8
Acciones en el último mes. Escritura Reflexiva	No	71	88.8
	Sí	9	11.3
Acciones en el último mes. de autocuidado	No	67	83.8
	Sí	13	16.3
Acciones en el último mes. Actividades de formación continua voluntarias	No	59	73.8
	Sí	21	26.3
Acciones en el último mes. Retiros Especializados	No	71	88.8
	Sí	9	11.3
Acciones en el último mes. Talleres de autocuidado	No	79	98.8
	Sí	1	1.3
Acciones en el último mes. Talleres de intervención de equipo	No	72	90
	Sí	8	10
Acciones en el último mes. Escapada de viaje	No	28	35
	Sí	52	65

Variable	Categoría/Unidad	n	%
Acciones en el último mes. Quedada con amigos no laboral	No	26	32.5
	Sí	54	67.5
Acciones en el último mes. Quedada con familiares	No	23	28.8
	Sí	57	71.3
Frecuencia de acciones en el último mes (N=78)	Lo hice de manera aislada.	27	34.6
	1 hora semanal.	6	7.7
	2 horas/semana.	16	20.5
	3 horas/semana.	10	12.8
	4 horas/semana.	6	7.7
	5 horas/semana.	3	3.8
	Más de 5 horas/semana.	10	12.8
Realiza actividades para evadirse del trabajo	Sí	59	73.8
	No	21	26.3

Tabla 14: Características de salud laboral de la muestra. Elaboración propia.

La salud psicolaboral de la muestra puede observarse en la Tabla 14. El nivel medio de cansancio emocional fue de 23.44 (DT=12.55); un 37.5% de la muestra mostraba un nivel alto de cansancio emocional. El nivel de despersonalización fue bajo (92.5%), con una media de 2.11 (DT=3.25), aunque el 37.5% de la muestra mostró bajo nivel de realización personal. El nivel medio de SB en su conjunto fue de 63.44 (DT=13.88), aunque sólo el 3.8% tenían “SB confirmado” (incluyendo alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal). El 57.7% tenía “indicios de SB”, cumpliendo al menos una de las condiciones anteriores. Por otra parte, el nivel medio de satisfacción fue de 73.59 (DT=19.69), siendo ligeramente mayor el nivel de satisfacción extrínseca que intrínseca (Tabla 15).

Variable	Categoría/ Unidad	n	%
Cansancio emocional	Mínimo-Máximo Media (Desviación típica)	2-53 23.44 (12.55)	
	Bajo	31	38.8
	Medio	19	23.8
	Alto	30	37.5
Despersonalización	Mínimo-Máximo Media (Desviación típica)	0-16 2.11 (3.25)	
	Baja	74	92.5
	Media	3	3.8
	Alta	3	3.8
Realización personal	Mínimo-Máximo Media (Desviación típica)	20-56 37.3 (7.77)	
	Baja	30	37.5
	Media	15	18.8
	Alta	35	43.8
Maslach SB	Mínimo-Máximo Media (Desviación típica)	38-97 63.44 (13.88)	
SB confirmado (alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal)	No	77	96.3
	Sí	3	3.8
Indicios de SB (al menos una de las condiciones: alto cansancio emocional, alta despersonalización o baja realización personal)	No	34	42.5
	Sí	46	57.5
EG Satisfacción total	Mínimo-Máximo Media (Desviación típica)	29-105 73.59 (19.69)	
EG Satisfacción extrínseca	Mínimo-Máximo Media (Desviación típica)	17-56 38.49 (9.96)	
EG Satisfacción intrínseca	Mínimo-Máximo Media (Desviación típica)	12-64 34.76 (11.3)	

Tabla 15: Características de salud psicolaboral de la muestra.

Pruebas de normalidad.

Los resultados de las pruebas de normalidad pueden verse en la Tabla 15. Salvo las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, el resto de escalas/subescalas siguieron una distribución normal según los resultados del test de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 16).

	Z de Kolmogorov-Smirnov	p-valor	Normal
Maslach SB (MBI)	0.916	0.372	Sí
MBI cansancio emocional	1.571	0.014	No
MBI despersonalización	2.308	0.000	No
MBI realización personal	1.139	0.150	Sí
EG satisfacción total	1.030	0.239	Sí
EG satisfacción extrínseca	1.208	0.108	Sí
EG satisfacción intrínseca	0.980	0.292	Sí

Tabla 16: Pruebas de normalidad. Elaboración propia.

Relaciones entre los factores sociolaborales y psicolaborales y el SB.

Las principales diferencias por grupos en el nivel de SB incluyeron mayores niveles en personas con contrato en prácticas, que imparten formación, que atienden entre 6 y 10 pacientes por semana, que suelen trabajar con pareja terapéutica y que no toman psicofármacos recetados por un médico. También es destacable, aunque no llegara a ser estadísticamente significativo, el mayor nivel de SB en trabajadores del ámbito de cuidados paliativos y en personas que no acudían a formación (Tabla 17).

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Maslach Media (DT)	p-valor
Compagina trabajo de musicoterapeuta con otras ocupaciones	Sí	62.23 (13.79)	0.165 ^a
	No	67.31 (13.81)	
Funciones desempeñadas en centro de trabajo	Asistencial	62.15 (13.06)	0.449 ^b
	Administración y gestión	61 (12.1)	
	Ambas	66.19 (15.58)	
Tipo de contrato	Fijo	54.38 (10.14)	0.001 ^b
	Indefinido	67.45 (13.98)	
	Eventual	63.17 (10.01)	
	De prácticas	90 (8.89)	
	Por obra y servicio	59.67 (9.83)	
	Autónomo/a	62.88 (13.36)	
Antigüedad desarrollando su profesión	Menos de 1 año	69.46 (18.26)	0.067 ^b
	1-4	59.43 (13.49)	
	5-9	69.79 (11.31)	
	10-19	62.64 (8.54)	
	20-29	61.4 (12.48)	
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	67.17 (16.97)	0.651 ^b
	1-4	61.92 (12.51)	
	5-9	66.82 (14.78)	
	10-19	63.09 (14.62)	
	20-29	62 (--)	
	30 o más	47 (--)	
Jornada laboral	Menos de 5 horas a la semana	65.69 (15.5)	0.377 ^b
	Entre 5 horas y 10 horas a la semana	58.27 (14.39)	
	Entre 10 horas y 20 horas a la semana	65.28 (14.62)	
	Entre 20 horas y 40 horas a la semana	64.8 (10.73)	
	Más de 40 horas a la semana	57.67 (7.06)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Maslach Media (DT)	p-valor
Turno de trabajo	Mañanas	57.45 (14.59)	0.071 ^b
	Tardes	69.07 (14.78)	
	Noches	50 (--)	
	Rotatorio mañanas-tardes entre semana.	62.75 (12.11)	
	Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana.	52 (--)	
	Rotatorio mañanas-tardes entre semana + incluye fines de semana o festivos.	64.64 (8.19)	
	Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana + incluye fines de semana o festivos.	53 (0)	
Imparte formación	Sí	67 (13.57)	0.021 ^a
	No	59.88 (13.42)	
Ámbito de trabajo prenatal	No	63.73 (14.16)	0.552 ^a
	Sí	60.43 (10.91)	
Ámbito de trabajo UCI Pediátrica Prematuros	No	62.99 (14.13)	0.263 ^a
	Sí	70.2 (7.05)	
Ámbito de trabajo Estimulación Temprana	No	63.36 (14.46)	0.909 ^a
	Sí	63.85 (10.89)	
Ámbito de trabajo Atención Temprana	No	64.35 (14.48)	0.115 ^c
	Sí	59.14 (9.9)	
Ámbito de trabajo Discapacidad	No	63.66 (14.92)	0.876 ^a
	Sí	63.17 (12.7)	
Ámbito de trabajo Educativo	No	62.29 (14.36)	0.453 ^a
	Sí	64.64 (13.44)	
Ámbito de trabajo Salud Mental	No	62.51 (14.19)	0.158 ^a
	Sí	68.67 (11.09)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Maslach Media (DT)	p-valor
Ámbito de trabajo Hospitalario	No	63.7 (13.91)	0.680 ^a
	Sí	61.82 (14.26)	
Ámbito de trabajo Social Comunitaria	No	63.2 (14.18)	0.557 ^a
	Sí	67 (8.28)	
Ámbito de trabajo Geriatria	No	63.02 (13.59)	0.617 ^a
	Sí	64.89 (15.16)	
Ámbito de trabajo Neurorehabilitación	No	63.81 (14.41)	0.662 ^a
	Sí	62.17 (12.15)	
Ámbito de trabajo Fibromialgia Dolor Crónico	No	63.49 (14.16)	0.891 ^a
	Sí	62.5 (7.94)	
Ámbito de trabajo Cuidados Paliativos	No	62.65 (13.48)	0.074 ^a
	Sí	73.17 (16.41)	
Tipología de centro de trabajo	Público	66.92 (17.54)	0.193 ^b
	Privado	62.26 (11.65)	
	ONG	55.5 (9)	
Compatibiliza musicoterapia con otro trabajo	Sí, de manera habitual.	64.84 (15.45)	0.330 ^b
	Sí, ocasionalmente.	63.9 (13.74)	
	No.	58.67 (7.35)	
Ha estado en paro en los 2 últimos años	Sí	60.42 (10.62)	0.417 ^a
	No	63.97 (14.38)	
Comparte profesión con su pareja (n=79)	Sí	64 (1.41)	0.774 ^c
	No	63.44 (14.15)	
Intención de abandono del puesto	Sí	67.6 (14.87)	0.122 ^a
	No	62.05 (13.38)	
Mantenimiento de la ilusión por puesto	Sí	63.08 (14.68)	0.116 ^b
	No, ha aumentado	58.67 (12.79)	
	No, ha disminuido	67.58 (12.57)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Maslach Media (DT)	p-valor
En el último año ha iniciado la búsqueda de otro trabajo (n=79)	Sí	63.25 (12.19)	0.958 ^a
	No	63.44 (14.61)	
Acude a formación	Sí	63.01 (13.77)	0.088 ^a
	No	80 (7.07)	
Número de pacientes individuales por semana	0-5	60.68 (13.37)	0.001 ^b
	6-10	74.59 (12.17)	
	Más de 10	58.43 (7.16)	
Número de pacientes grupales por semana	0-10	63.91 (15.27)	0.810 ^b
	11-20	64.47 (12.89)	
	Más de 20	61.82 (11.99)	
Baja por motivos laborales en último año	Sí, en 1 ocasión.	55.25 (6.5)	0.142 ^b
	Sí, en 3 o más ocasiones.	52 (0)	
	No	64.61 (14.07)	
	Sí, pero por motivos personales.	49 (1.41)	
Tiempo que estuvo de vacaciones	Menos de 1 semana	54.6 (11.5)	0.380 ^b
	1 semana	64.75 (15.24)	
	2 semanas	58.36 (8.05)	
	3 semanas	68.4 (3.36)	
	1 mes	65.5 (13.57)	
	Más de 1 mes	64.58 (17.57)	
Se siente valorado por los compañeros	Sí	63.6 (13.97)	0.605 ^a
	No	59.33 (13.05)	
Se siente valorado por el director del centro (n=79)	Sí	62.47 (13.87)	0.221 ^a
	No	67.4 (14.13)	
Sueles trabajar en pareja terapéutica	Sí	71.27 (19.87)	0.046 ^b
	No	62.18 (11.86)	
	A veces	60.48 (11.12)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Maslach Media (DT)	p-valor
Toma psicofármacos recetados medicamento (n=79)	Sí	57.55 (8.09)	0.034 ^c
	No	64.34 (14.52)	
^a t-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene. ^b ANOVA ^c t-Student sin asumir igualdad de varianzas por la prueba de Levene.			

Tabla 17: Relación entre los factores sociolaborales de la muestra y SB. Elaboración propia.

En cuanto a las características de salud laboral, se observó un mayor nivel de SB en personas que no habían llevado a cabo trabajos de musicoterapia en el último mes y que habían realizado retiros especializados, observándose que el nivel de SB dependía de la frecuencia de estas acciones. Otras relaciones que no resultaron estadísticamente significativas parecen indicar, que existe una relación entre un mayor nivel de SB y el hecho de realizar acciones como yoga o autocuidado (Tabla 18).

Variable	Categoría/ Unidad	Puntuación Maslach Media (DT)	p-valor
Padece alguna enfermedad crónica	Sí	60.57 (15.49)	0.398 ^a
	No	64.05 (13.57)	
Acciones en el último mes. Relajación	No	64.14 (15.06)	0.525 ^c
	Sí	62.21 (11.66)	
Acciones en el último mes. Musicoterapia	No	66.66 (13.62)	<0.001 ^c
	Sí	53.11 (8.9)	
Acciones en el último mes. Yoga	No	61.9 (13.9)	0.086 ^a
	Sí	68.05 (13.09)	
Acciones en el último mes. Mindfulness	No	61.79 (12.5)	0.104 ^c
	Sí	69.11 (17.05)	
Acciones en el último mes. Minimeditación	No	62.32 (13.12)	0.071 ^a
	Sí	70.45 (17.01)	
Acciones en el último mes. Identificación de emociones	No	63.45 (14.31)	0.981 ^a
	Sí	63.36 (12.1)	
Acciones en el último mes. Gestión de emociones	No	63.07 (14.16)	0.446 ^a
	Sí	67.29 (10.58)	
Acciones en el último mes. Escritura Reflexiva	No	62.94 (13.99)	0.375 ^a
	Sí	67.33 (13.11)	
Acciones en el último mes. Acciones de autocuidado	No	62.19 (13.8)	0.069 ^a
	Sí	69.85 (12.95)	
Acciones en el último mes. Actividades de formación continua voluntarias	No	63.47 (13.88)	0.968 ^a
	Sí	63.33 (14.23)	
Acciones en el último mes. Retiros Especializados	No	62.21 (13.71)	0.026 ^a
	Sí	73.11 (11.79)	
Acciones en el último mes. Talleres de autocuidado	No	63.46 (13.97)	0.918 ^a
	Sí	62 (--)	
Acciones en el último mes. Talleres de intervención de equipo	No	63.57 (14.55)	0.602 ^c
	Sí	62.25 (5.12)	

Variable	Categoría/ Unidad	Puntuación Maslach Media (DT)	p-valor
Acciones en el último mes. Escapada de viaje	No	60.71 (15.2)	0.200 ^a
	Sí	64.9 (13.03)	
Acciones en el último mes. Quedada con amigos no laboral	No	65.08 (13.64)	0.467 ^a
	Sí	62.65 (14.05)	
Acciones en el último mes. Quedada con familiares	No	62.17 (15.73)	0.608 ^a
	Sí	63.95 (13.18)	
Frecuencia de acciones en el último mes (N=78)	Lo hice de manera aislada.	62.41 (14.72)	0.009 ^b
	1 hora semanal.	56.5 (14.72)	
	2 horas/semana.	72 (15.02)	
	3 horas/semana.	56.1 (8.96)	
	4 horas/semana.	68 (5.62)	
	5 horas/semana.	72.67 (1.15)	
	Más de 5 horas/ semana.	55.7 (6.31)	
Realiza actividades para evadirse del trabajo	Sí	64.64 (15.16)	0.101 ^c
	No	60.05 (8.86)	

^at-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene.
^bANOVA
^ct-Student sin asumir igualdad de varianzas por la prueba de Levene.

Tabla 18: Relación entre los factores de salud laboral de la muestra y SB. Elaboración propia.

Relaciones entre los factores sociolaborales y psicolaborales y el nivel de satisfacción.

Por su parte, el menor nivel de satisfacción se asoció a personas con contratos de prácticas, con menor número de horas laborales semanales, que compatibilizaban la musicoterapia con otro trabajo, que trabajaban en el ámbito educativo, que tenían menor ilusión por su puesto de trabajo, que habían intentado abandonar su puesto, así

como los que no se sentían valorados por sus compañeros ni por el director del centro. En cambio, fue mayor el nivel de satisfacción en las personas que trabajaban en el ámbito de la discapacidad y la salud mental.

También se observó, aunque no se demostró estadísticamente, que la satisfacción fue mayor cuanto más antigüedad en el puesto de trabajo, en personas que trabajaban en el ámbito hospitalario, en los que no habían iniciado la búsqueda de otro trabajo en el último año y los que no tomaban psicofármacos recetados médicamente (Tabla 19).

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Satisfacción Media (DT)	p-valor
Compagina trabajo de musicoterapeuta con otras ocupaciones	Sí	73.74 (20.36)	0.904 ^a
	No	73.11 (17.86)	
Funciones desempeñadas en centro de trabajo	Asistencial	70.63 (18.75)	0.111 ^b
	Administración y gestión	67.6 (17.95)	
	Ambas	79.96 (20.67)	
Tipo de contrato	Fijo	77 (18.76)	0.041 ^b
	Indefinido	69.35 (22.24)	
	Eventual	62.17 (23.22)	
	De prácticas	55 (13.23)	
	Por obra y servicio	64.33 (17.91)	
	Autónomo/a	80.47 (16.05)	
Antigüedad desarrollando su profesión	Menos de 1 año	68.69 (19.67)	0.258 ^b
	1-4	70.19 (19.04)	
	5-9	77.79 (20.3)	
	10-19	81.18 (22.59)	
	20-29	83 (10)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Satisfacción Media (DT)	p-valor
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 1 año	67.25 (23.21)	0.070 ^b
	1-4	68.97 (18.6)	
	5-9	80.55 (14.28)	
	10-19	81.18 (19.34)	
	20-29	94 (--)	
	30 o más	99 (--)	
Jornada laboral	Menos de 5 horas a la semana	64 (20.35)	0.016 ^b
	Entre 5 horas y 10 horas a la semana	74.87 (26.44)	
	Entre 10 horas y 20 horas a la semana	74.83 (13.5)	
	Entre 20 horas y 40 horas a la semana	82.73 (10.53)	
	Más de 40 horas a la semana	85.33 (16.17)	
Turno de trabajo	Mañanas	70.55 (19.78)	0.234 ^b
	Tardes	68.79 (20.91)	
	Noches	86 (--)	
	Rotatorio mañanas-tardes entre semana.	78.19 (18.73)	
	Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana.	102 (--)	
	Rotatorio mañanas-tardes entre semana + incluye fines de semana o festivos.	82.55 (16.01)	
	Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana + incluye fines de semana o festivos.	67 (0)	
Imparte formación	Sí	75.53 (18.76)	0.382 ^a
	No	71.65 (20.62)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Satisfacción Media (DT)	p-valor
Ámbito de trabajo prenatal	No	72.79 (19.59)	0.247 ^a
	Sí	81.86 (20.29)	
Ámbito de trabajo UCI Pediátrica Prematuros	No	73.17 (20.22)	0.100 ^c
	Sí	79.8 (6.38)	
Ámbito de trabajo Estimulación Temprana	No	73.24 (19.41)	0.722 ^a
	Sí	75.38 (21.78)	
Ámbito de trabajo Atención Temprana	No	72.26 (19.64)	0.191 ^a
	Sí	79.86 (19.37)	
Ámbito de trabajo Discapacidad	No	68.66 (21.37)	0.010 ^c
	Sí	79.61 (15.67)	
Ámbito de trabajo Educativo	No	79.37 (18.14)	0.006 ^a
	Sí	67.51 (19.63)	
Ámbito de trabajo Salud Mental	No	71.49 (19.79)	0.022 ^a
	Sí	85.5 (14.72)	
Ámbito de trabajo Hospitalario	No	79.99 (20.19)	0.068 ^a
	Sí	83.64 (12.67)	
Ámbito de trabajo Social Comunitaria	No	73.89 (19.35)	0.594 ^a
	Sí	69 (26.45)	
Ámbito de trabajo Geriátrica	No	72.65 (21.31)	0.301 ^c
	Sí	76.83 (12.51)	
Ámbito de trabajo Neurorehabilitación	No	73.98 (20.34)	0.751 ^a
	Sí	72.28 (17.7)	
Ámbito de trabajo Fibromialgia Dolor Crónico	No	74.36 (19.4)	0.129 ^a
	Sí	59 (22.32)	
Ámbito de trabajo Cuidados Paliativos	No	72.97 (19.71)	0.330 ^a
	Sí	81.17 (19.43)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Satisfacción Media (DT)	p-valor
Tipología de centro de trabajo	Público	68.23 (20.86)	0.240 ^b
	Privado	76.06 (19.4)	
	ONG	77.5 (7.68)	
Compatibiliza musicoterapia con otro trabajo	Sí, de manera habitual.	70.02 (21.38)	0.012 ^b
	Sí, ocasionalmente.	71.48 (17.46)	
	No.	87 (10.39)	
Ha estado en paro en los 2 últimos años	Sí	66.83 (25.05)	0.313 ^c
	No	74.78 (18.56)	
Comparte profesión con su pareja (n=79)	Sí	61.5 (6.36)	0.393 ^a
	No	73.64 (19.82)	
Intención de abandono del puesto	Sí	58.6 (17.8)	<0.001 ^a
	No	78.58 (17.76)	
Mantenimiento de la ilusión por puesto	Sí	73.92 (19.84)	<0.001 ^b
	No, ha aumentado	87.39 (16.17)	
	No, ha disminuido	62.71 (15.22)	
En el último año ha iniciado la búsqueda de otro trabajo (n=79)	Sí	67 (19.24)	0.076 ^a
	No	76.05 (19.55)	
Acude a formación	Sí	73.91 (19.19)	0.363 ^a
	No	61 (43.84)	
Número de pacientes individuales por semana	0-5	71.59 (18.85)	0.097 ^b
	6-10	74 (23.05)	
	Más de 10	88.57 (11.37)	
Número de pacientes grupales por semana	0-10	73.51 (21.8)	0.975 ^b
	11-20	72.8 (22.18)	
	Más de 20	74.27 (13.36)	

Variable	Categoría/Unidad	Puntuación Satisfacción Media (DT)	p-valor
Baja por motivos laborales en último año	Sí, en 1 ocasión.	74 (12)	0.383 ^b
	Sí, en 3 o más ocasiones.	50 (0)	
	No	74.06 (20.15)	
	Sí, pero por motivos personales.	79.5 (12.02)	
Tiempo que estuvo de vacaciones	Menos de 1 semana	74 (28.3)	0.578 ^b
	1 semana	76 (11.17)	
	2 semanas	76.71 (17.92)	
	3 semanas	57.6 (15.98)	
	1 mes	73.11 (20.67)	
	Más de 1 mes	75.17 (19.56)	
Se siente valorado por los compañeros	Sí	74.14 (19.86)	<0.001 ^c
	No	59.33 (2.31)	
Se siente valorado por el director del centro (n=79)	Sí	77.55 (17.76)	<0.001 ^a
	No	54.6 (15.45)	
Sueles trabajar en pareja terapéutica	Sí	68.33 (25.03)	0.234 ^b
	No	72.66 (19.93)	
	A veces	79.29 (13.48)	
Toma psicofármacos recetados medicamente (n=79)	Sí	63.91 (21.41)	0.074 ^a
	No	75.35 (19.16)	

^at-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene.
^bANOVA
^ct-Student sin asumir igualdad de varianzas por la prueba de Levene.

RESULTADOS.

Tabla 19: Relación entre los factores sociolaborales de la muestra y nivel de satisfacción. Elaboración propia.

Por otra parte, fue mayor el nivel de satisfacción en personas con enfermedades crónicas y que llevaban a cabo acciones de Musicoterapia, y menor en personas que realizaban actividades para evadirse del traba-

jo. También se observaron indicios no demostrados de un mayor nivel de satisfacción en personas que organizaban quedadas con los amigos (Tabla 20).

Variable	Categoría/ Unidad	Puntuación Satisfacción Media (DT)	p-valor
Padece alguna enfermedad crónica	Sí	82.07 (13.32)	0.025 ^c
	No	71.79 (20.41)	
Acciones en el último mes. Relajación	No	71.37 (19.68)	0.184 ^a
	Sí	77.48 (19.42)	
Acciones en el último mes. Musicoterapia	No	70.2 (19.86)	0.005 ^a
	Sí	84.47 (14.9)	
Acciones en el último mes. Yoga	No	72.9 (20.44)	0.592 ^a
	Sí	75.65 (17.54)	
Acciones en el último mes. Mindfulness	No	74.81 (18.43)	0.307 ^a
	Sí	69.39 (23.63)	
Acciones en el último mes. Minimeditación	No	72.71 (20.17)	0.321 ^a
	Sí	79.09 (16.03)	
Acciones en el último mes. Identificación de emociones	No	72.74 (19.43)	0.408 ^a
	Sí	77.57 (21.14)	
Acciones en el último mes. Gestión de emociones	No	73.52 (19.45)	0.922 ^a
	Sí	74.29 (23.74)	
Acciones en el último mes. Escritura Reflexiva	No	74.04 (19.3)	0.565 ^a
	Sí	70 (23.5)	
Acciones en el último mes. de autocuidado	No	72.93 (19.81)	0.498 ^a
	Sí	77 (19.41)	
Acciones en el último mes. Actividades de formación continua voluntarias	No	72.95 (19.62)	0.630 ^a
	Sí	75.38 (20.24)	
Acciones en el último mes. Retiros Especializados	No	73.9 (19.94)	0.691 ^a
	Sí	71.11 (18.44)	

Variable	Categoría/ Unidad	Puntuación Satisfacción Media (DT)	p-valor
Acciones en el último mes. Talleres de autocuidado	No	73.48 (19.79)	0.670 ^a
	Sí	82 (–)	
Acciones en el último mes. Talleres de intervención de equipo	No	72.71 (20.27)	0.233 ^a
	Sí	81.5(11.29)	
Acciones en el último mes. Escapada de viaje	No	74.5 (20)	0.763 ^a
	Sí	73.1 (19.69)	
Acciones en el último mes. Quedada con amigos no laboral	No	68.23 (23.01)	0.091 ^a
	Sí	76.17 (17.52)	
Acciones en el último mes. Quedada con familiares	No	78.26 (21.97)	0.179 ^a
	Sí	71.7 (18.56)	
Frecuencia de acciones en el último mes (N=78)	Lo hice de manera aislada.	73.22 (20.52)	0.637 ^b
	1 hora semanal.	75.5 (16.18)	
	2 horas/semana.	70.25 (23.57)	
	3 horas/semana.	71.9 (24.28)	
	4 horas/semana.	72.17 (11.02)	
	5 horas/semana.	60.67 (28.67)	
	Más de 5 horas/ semana.	83.5 (5.62)	
Realiza actividades para evadirse del trabajo	Sí	70.51 (19.8)	0.018 ^a
	No	82.24 (16.93)	

^at-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene.
^bANOVA
^ct-Student sin asumir igualdad de varianzas por la prueba de Levene.

RESULTADOS.

Tabla 20: Relación entre los factores de salud laboral de la muestra y nivel de satisfacción. Elaboración propia.

Prevalencia de SB.

La prevalencia de SB confirmado (entendido como la presencia simultánea de alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal) fue de 3.8% en la muestra, aunque en la población podría variar entre 0.8% y el 10.64% con una confianza del 95%.

Sin embargo, la prevalencia de indicios de SB (entendido como la presencia de alguno de los tres síntomas) fue superior (57.5% en la muestra), pudiendo variar en la población entre el 45.94% y el 68.49%, con una confianza del 95% (Tabla 21).

Variable	Prevalencia	Intervalo de confianza al 95%
SB confirmado ^a	3.8%	(0.8%-10.64%)
Indicios de SB ^b	57.5%	(45.94%-68.49%)

^aCumple las tres condiciones: alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal.
^bCumple al menos una de tres condiciones anteriores.

Tabla 21: Prevalencia de SB.

Correlación entre el SB y la SL.

Existe una correlación inversa entre las diferentes variables del MBI y las diferentes variables de la SL. Son más significativas las correlaciones de las variables CE y RP con la SL que las otras variables, según aparece en la Tabla 22 de correlación entre el SB y la SL.

		CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	EG SATISACCIÓN TOTAL	EG SATISACCIÓN EXTRINSECA	EG SATISACCIÓN INTRINSECA
MASLACH SB	r	0.843 ^b	0.414 ^b	0.061 ^a	-0.266 ^a	-0.321 ^a	-0.273 ^a
	p	<0.001	<0.001	0.593	0.017	0.004	0.014
CANSANCIO EMOCIONAL	r		0.488 ^b	-0.342 ^b	-0.459 ^b	-0.482 ^b	-0.466 ^b
	p		<0.001	0.002	<0.001	<0.001	<0.001
DESPERSONALIZACIÓN	r			-0.293 ^b	-0.303 ^b	-0.243 ^b	-0.298 ^b
	p			0.008	0.006	0.030	0.007
REALIZACIÓN PERSONAL	r				0.397 ^a	0.342 ^a	0.448 ^a
	p				<0.001	0.002	<0.001
EG SATISACCIÓN TOTAL	r					0.894 ^a	0.940 ^a
	p					<0.001	<0.001
EG SATISACCIÓN EXTRINSECA	r						0.723 ^a
	p						<0.001

^aCoefficiente de correlación de Pearson.
^bCoefficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS.

Tabla 22. Correlación entre el SB y la SL. Elaboración propia.

VII.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

VII.1. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

VII.2 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOLABORALES.

VII.3 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE SALUD LABORAL.

VII.4 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE SALUD PSICOLABORAL.

VII.4.1 Sobre el SB, con la escala (MBI).

VII.4.2 Sobre la Satisfacción Laboral con la escala (EGS).

VII.4.3 Sobre las relaciones entre los factores sociolaborales y psicolaborales y el SB.

VII.4.4 sobre las relaciones entre los factores sociolaborales y psicolaborales y el nivel de satisfacción laboral.

VII.4.5 Sobre la prevalencia de SB.

VII.4.6. Correlación entre SB y Satisfacción laboral.

VII.1. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Nuestro estudio evidencia una mayoría de profesionales musicoterapeutas mujeres (85%), frente al 15% de musicoterapeutas hombres. Estos datos coinciden con los aportados en otras investigaciones relacionadas con musicoterapia como la de Fowler²¹ con un 87,8% de musicoterapeutas mujeres y un 12,2% de musicoterapeutas hombres, Vega²⁰ con un 91% de mujeres y un 9% de hombres, el trabajo de Decuir¹⁵⁹, en el que del total de personas encuestadas un 90,3% eran mujeres y un 9,7% hombres o Hills¹²⁶, en su estudio sobre SB en musicoterapeutas americanos, refleja que el 86% eran mujeres y el 14% hombres, al igual que en los estudios de Carvallo¹²⁷, Goodings¹⁶⁰ y Berry¹⁶⁷ o Sabbatella¹⁶⁸. Es evidente que la Musicoterapia es predominantemente femenina, una profesión que, como en la mayoría de las profesiones sociosanitarias y educativas¹⁶⁹⁻¹⁷³ la estudian y ejercen mayoritariamente mujeres. Esto puede ser debido a que, en líneas generales, las mujeres poseen cualidades de las tareas de cuidados como la empatía, la detección y atención de necesidades o la paciencia y tradicionalmente han ocupado profesiones relacionadas con los cuidados, la enseñanza o la salud¹⁷².

VII.2 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOLABORALES.

Respecto al nivel de estudios hay que tener en cuenta, en primer lugar, que los estudios de Musicoterapia en Europa y en otros países fuera de la Unión europea son diferentes. De esta manera, Fowler²¹ señaló en su estudio en musicoterapeutas de Estados Unidos que el 46,9% poseía un grado en Musicoterapia, un 42,9% un máster en Musicoterapia, un 8,1% un doctorado en Musicoterapia y un 2% tenía convalidado el título por otros motivos.

En el trabajo de Braswell¹⁵⁸ poseían un grado en Musicoterapia un 72%, un Máster en Musicoterapia un 23 % y un doctorado un 3% de los participantes, resultados semejantes con los de nuestro estudio.

Concluía Berry¹⁶⁷ que el 52,8% tenían un grado en Musicoterapia, un 45% habían cursado un máster en Musicoterapia, un 1,1% un doctorado y un 5% todavía no habían completado su formación académica como musicoterapeuta.

En España para ser musicoterapeuta se debe tener una formación de Máster de musicoterapia de 60 créditos ECTS. No existe el grado o Licenciatura en Musicoterapia como ocurre en países como Alemania, Estados Unidos o Argentina, por lo que, con respecto a nuestra investigación, un 81,3% de los participantes cumplían el requisito anteriormente citado, el resto poseían otra titulación equivalente.

Mientras que en el estudio de Braswell¹⁵⁸ el 75 % de los participantes trabajaban exclusivamente como musicoterapeutas y el 25% en otro campo, en nuestra investigación hay que destacar que, solamente, un 23,8 % no compaginaban su trabajo de Musicoterapia con otras ocupaciones, frente al 76,3% que sí lo hacían. Este resultado es muy significativo ya que los profesionales estadounidenses tienen la posibilidad de trabajar exclusivamente como musicoterapeutas debido a que la profesión está regulada e implantada en la sociedad, frente a los datos que arroja nuestro estudio en el que solo un porcentaje muy bajo consigue trabajar exclusivamente de la musicoterapia, principalmente

por ese motivo, lo que refleja la situación laboral de muchos musicoterapeutas españoles que no consiguen alcanzar una jornada completa exclusivamente en la Musicoterapia y deben buscar alternativas laborales con las que complementarlo.

En lo referente a la jornada laboral del musicoterapeuta, Fowler²¹ mostró que un 55,1% de los encuestados trabajaban más de 30 horas a la semana como musicoterapeutas o Sabatella¹⁶⁸ que el 43% de los musicoterapeutas españoles trabajaban a jornada parcial, solamente el 17% a jornada completa y un 40% trabajaba por proyectos, pero no especificaba si esos proyectos eran a jornada completa o parcial.

En nuestro estudio un 32,5% de los participantes trabajan menos de 5 horas semanales como musicoterapeuta, un 18,8% entre 5 y 10 horas, un 22,5% trabajan entre 10 y 20 horas, un 18,8% entre 20 y 40 horas semanales y un 7,5% más de 40 horas a la semana. Podemos observar que un porcentaje muy bajo de musicoterapeutas no alcanzan la jornada completa, lo que nos indica la baja implantación de la musicoterapia en los centros de España.

En relación a la experiencia laboral como musicoterapeutas, en primer lugar, veremos la experiencia laboral en el puesto actual y la experiencia laboral total como musicoterapeuta. En este aspecto encontramos investigaciones como la de Braswell¹⁵⁸ en el que un 50,8% de los musicoterapeutas, tenían entre 1 y 4 años de experiencia de musicoterapeuta en el puesto actual, un 19,3 % poseían una experiencia de entre 5 y 9 años y un 7,8 tenían experiencia de 10 años. La experiencia total de musicoterapeuta que muestra es que un 35,4% de los profesionales poseían una experiencia entre 1 y 4 años, un 27,12% abarcaban una experiencia entre 5 y 9 años, un 14% experiencia de 10 años y un 11% experiencia entre 11 y 41 años.

Otros estudios como el de Fowler²¹ de 2006 concluye que el promedio de experiencia total como musicoterapeuta fue de 11,8 años; Decuir¹⁵⁹ en 2010 indica que un 39,77% de los musicoterapeutas tenían una antigüedad entre 10 y 15 años, un 24,43% entre 16 y 20 años y un 35,79%

21 años o más de experiencia total; Carvallo¹²⁷ indica que un 58,3% de los musicoterapeutas tenían hasta 5 años de experiencia total, un 28,3% entre 10 y 15 años, y un 13,3% más de 20 años de antigüedad total o la investigación de Berry¹⁶⁷ que apunta que el 36,4% de la muestra, de 176 participantes, tenían entre 2 y 5 años, un 18,8% entre 6 y 10 años, y un 6,3% más de 20 años de experiencia clínica.

En nuestra investigación apareció una antigüedad en el puesto actual similar a los estudios anteriores ^{21,159,127,167} donde encontramos que un 15% de los participantes presentan una experiencia menor de un año, un 47,5% entre 1 y 4 años, 13,8% entre 5 y 9 años, 21,3% entre 10 y 19 años, 1,3% entre 20 y 29 años, y 1,3% con más de 30 años en el puesto actual. Podemos señalar que, en líneas generales, los musicoterapeutas españoles tienen menos antigüedad en los puestos actuales, hay más inestabilidad laboral en el mercado laboral de la Musicoterapia en España, debido a que es una profesión que todavía no cuenta con una regulación profesional y existe implantación media, aunque creciente, en el sistema socio-sanitario y educativo tanto público como privado.

En lo que se refiere a la antigüedad total como musicoterapeuta, nuestro estudio indica que un 46,3% de los participantes tenían una antigüedad de entre 1 y 4 años, un 17,5% de entre 5 y 9 años, un 13,8% una antigüedad total de entre 10 y 19 años y, solamente, un 6,3% entre 10 y 29 años de experiencia como musicoterapeuta. Al ser una profesión relativamente joven en España, no encontramos profesionales con mucha experiencia profesional. Además, la mayoría de los cuestionarios se recogieron en congresos y asociaciones de musicoterapeutas del territorio nacional, en las que la mayoría de miembros son musicoterapeutas recién terminados o con poca experiencia que quieren seguir formándose sobre esta temática.

Relacionado con la jornada laboral, Braswell¹⁵⁸ concluyó, en su estudio realizado en Estados Unidos, que el 75% de los participantes trabajaban solamente de musicoterapeuta, no compatibilizando su trabajo de musicoterapeuta con otro, el 20% trabajaba fuera de la Musicoterapia

y un 5% no especificaban nada al respecto. Nuestro estudio arroja un dato significativo y es que un 55% de los participantes compatibiliza su trabajo de musicoterapeuta con otros trabajos de manera habitual y solamente un 7,5% trabajaban de manera exclusiva como musicoterapeuta, dato bastante inferior al estudio estadounidense.

Referente a los ámbitos de trabajo, Carvalho¹²⁷, aunque clasifica los ámbitos de trabajo de los musicoterapeutas en Argentina en otras categorías diferentes a las nuestras, es interesante reflejarlo, ya que en Argentina la Musicoterapia está regulada como profesión sociosanitaria y además está integrada en los sistemas públicos de salud, de ahí que un 40% trabajaban en la salud privada, un 21,7% en la educación privada, un 10% en la salud y educación privadas, un 8,3% en la salud pública y el mismo porcentaje en la salud pública y privada.

Berry¹⁶⁷ realiza una clasificación de los ámbitos de trabajo similar a nuestro estudio. La mayoría de musicoterapeutas, un 24,57%, trabajaban por contrato, un 22,86% trabajaban en geriatría, en el ámbito hospitalario un 22,29%, en agencia o consultorio privado un 20,57% y en psiquiatría un 20%. En nuestra muestra, aunque era una variable que podían contestar a varios ámbitos de trabajo, mayoritariamente los musicoterapeutas participantes trabajan en el educativo, un 48%, en discapacidad un 45%, en geriatría y neurorrehabilitación un 22,5% y en atención temprana un 16,3%.

Como podemos observar, el ámbito educativo y la discapacidad, son los mayoritarios en nuestra investigación y puede ser debido a que en nuestro país la Musicoterapia está más implantada en los ámbitos educativos, de la discapacidad y la geriatría y en menor medida en los ámbitos sanitarios y de hospitales al ser una disciplina no considerada, por el momento, como profesión sanitaria.

VII.3 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE SALUD LABORAL.

Con respecto a la salud laboral de los musicoterapeutas, solamente hemos encontrado una investigación que lo aborde, el estudio estadounidense de Berry¹⁶⁷. Este estudio indica que, con respecto a actividades de autocuidado, un 37% lo realiza 1 o 2 veces por semana, un 26%, 3 o 4 veces a la semana, un 16,9% entre 5 o 7 veces a la semana o más de 7 veces un 15%. Nuestra muestra refleja que un 83,88% de los musicoterapeutas realizaban actividades de autocuidado y un 16,12% no las realizaban. Hay que destacar que un 34,6% de los participantes lo realizaban 1 vez por semana, un 7,7% 2 veces a la semana, un 20,5%, 3 veces, un 12,8% 4 veces semanales, un 7,7% 5 veces y más de 5 veces a la semana, las realizaban un 12,8%.

Con respecto a los datos anteriores podemos decir que los musicoterapeutas españoles, son profesionales que tienden a realizar algunas actividades de autocuidado, aunque la mayoría las realizan de forma aislada y que los musicoterapeutas estadounidenses están más concienciados con el autocuidado que los españoles.

No hemos encontrado más estudios relevantes en Musicoterapeutas en lo referente a si realizan alguna actividad para evadirse del trabajo, sin embargo, si existen investigaciones similares en personal socio sanitario como el trabajo de Méndez¹⁶⁹ en el que refleja que los profesionales sociosanitarios de residencias de mayores en las que se incluía, médicos, enfermeros, auxiliares, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, realizaban actividades para evadirse del trabajo tales como quedar con familiares un 79,1%, con amigos 79,1 o viajar un 43,1%. En nuestro estudio aparecen datos similares, un 73,8% de los musicoterapeutas realizan algún tipo de actividad de carácter social para evadirse del trabajo entre las que se encuentran visitas a familiares, un 71,3%, quedar con amigos un 67,5% y un 65% realizó escapadas de viaje, dato mayor al del estudio anterior. Los musicoterapeutas españoles prefieren quedar con la familia y amigos y viajar para evadirse del trabajo.

VII.4 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE SALUD PSICOLABORAL.

VII.4.1 Sobre el SB, con la escala (MBI).

Los estudios encontrados que aborden a los musicoterapeutas con respecto al SB^{21,124,127,167} indican que, aunque padecen cansancio emocional, las variables de despersonalización y realización personal no destacan, es decir los musicoterapeutas no sufren despersonalización, ni tienen baja realización personal, dato muy positivo en la profesión de musicoterapeuta que trata de humanizar la salud.

Con respecto a la medida del SB con la escala (MBI) vamos a desglosar las tres subescalas:

Con respecto a la primera subescala, el CE.

En nuestra investigación, realizada con un total de 80 musicoterapeutas de España, el CE es de 23,44%. Nuestros resultados coinciden con los resultados de Hills¹²⁶, que con una muestra de 149 musicoterapeutas, en el año 2000, concluyó que poseían un CE de 20,39%; con el estudio de Vega²⁰, realizado en 137 musicoterapeutas estadounidenses, donde aparece un CE de 18,16%; con Kim¹²⁴, que realiza una investigación en una muestra de 90 musicoterapeutas de Corea, obteniendo un CE de un 23,22 % y por último con Fowler²¹ que observó que la variable del CE era de un 17,4%. Esto puede ser debido a que los musicoterapeutas reciben una formación que intenta tener en cuenta el cuidado emocional de los futuros profesionales con la supervisión y medidas de autocuidado necesarias para evitar esta posible repercusión de trabajar con personas-pacientes.

Con respecto a la segunda subescala, la D.

En nuestro estudio hemos obtenido una D de 2,11%, resultado similar a los estudios de Hills¹²⁶, con una D de 3,69%, que aunque es un poco más alta, no llega al límite (más de 9). Fowler²¹, en Estados Unidos, con un

2,7% de D, obtuvo más despersonalización que en nuestro estudio.

Kim¹²⁴ realiza una investigación en una muestra de 90 musicoterapeutas de Corea, obteniendo un 23,22 % de CE, un 8,6% de D, dato que es bastante alto a nuestra investigación, casi en el límite de considerar que se tiene despersonalización de los pacientes. Entendiendo la despersonalización como la manifestación de actitudes negativas e insensibles a los destinatarios de un servicio que se preste, en nuestro caso, las sesiones de Musicoterapia.

Nosotros, al igual que la mayoría de estudios, destacamos que los musicoterapeutas, no padecen DE despersonalización.

Con respecto a la tercera subescala, la RP.

Esta subescala si es menor de 34 nos indica que puede haber SB. En nuestra investigación obtuvimos una RP de 37,3%. Porcentaje similar al estudio de Hills¹²⁶, con una RP de 34,74%, al estudio de Fowler²¹ con la RP de un 41,2 % y al estudio de Berry¹⁶⁷ con una RP de 41,06%. En cambio, vuelve a ser en el estudio de Kim¹²⁴ donde se refleja la baja realización personal que poseen los musicoterapeutas coreanos con un 20,96% de RP.

Los musicoterapeutas, en líneas generales, poseen una aceptable realización personal en las funciones que desempeñan y en los puestos de trabajo que ocupan.

VII.4.2 Sobre la Satisfacción Laboral con la EGS.

La satisfacción laboral es un indicador clave para entender cómo está la profesión de la Musicoterapia en España. Unos profesionales cualificados, motivados y satisfechos, tendrán mejor calidad de vida laboral y, por ende, sufrirán menos estrés y SB. Recurrimos a la EGS basándonos en estudios previos^{158,160}.

En nuestro estudio aparece una puntuación de la SL de 73,56 lo que puede considerarse una satisfacción laboral muy aceptable, siendo el máximo 105. En el estudio de Braswell¹⁵⁸ aparece que un 85,71% de la muestra de musicoterapeutas americanos estaban bastante más satisfechos con su posición actual que en nuestra muestra, pero, sin embargo, un 41,61% estaban descontentos con el salario. Al igual que el estudio de musicoterapeutas ingleses de Stewart¹⁵⁶ y el estudio de Kim¹²⁴, aparecen satisfacciones laborales superiores a nuestro estudio.

Gooding¹⁶⁰, en su estudio en profesores de las facultades de Musicoterapia de Estados Unidos, concluía que el 85% de las personas encuestadas estaban satisfechas con su trabajo, aunque también reflejaban que estaban agotados y que las condiciones podrían mejorar. Esto se debe a que los musicoterapeutas les gustan el trabajo que realizan, normalmente, es un trabajo por vocación y aunque las condiciones laborales puedan ser mejorables, como el salario, la jornada laboral, el reconocimiento profesional sanitario, se sienten satisfechos y están orgullosos de realizarlo^{124,156,160}.

VII.4.3 Sobre las relaciones entre los factores sociolaborales y psicolaborales y el SB.

En nuestra investigación los musicoterapeutas que aparecen con mayor nivel de SB son personas con contratos en prácticas, que imparten formación y musicoterapeutas que atienden entre 6 y 10 pacientes a la semana. En lo que respecta a la variable tipo de contrato, no hemos encontrado ningún estudio sobre musicoterapeutas que aborden la relación del SB y el tipo de contrato. Sin embargo, sí destaca una investigación realizada por Galicia¹⁷¹, que estudia la relación entre el tipo de contrato y el grado de estrés en profesores de México. Este estudio concluye que cuantas más horas a la semana trabajan estos profesionales, más nivel de estrés poseen, resultados que discrepan con los que hemos obtenido en nuestra investigación, donde los musicoterapeutas que tienen mayor nivel de SB son los musicoterapeutas contratados en prácticas que tienen que tener un periodo de formación asociado al contrato. Esto puede ser debido a que solamente un pequeño porcentaje de musicoterapeutas españoles que han participado en nuestro estudio, trabajan exclusivamente como musicoterapeuta, y lo tienen que compaginar con otras actividades profesionales¹⁶⁸. Un musicoterapeuta que trabaja a jornada completa, tiene más estabilidad laboral y personal, es decir, más tranquilidad que un musicoterapeuta que trabaja pocas horas en dicha profesión y tiene que cambiar de centro para realizar sesiones de Musicoterapia en varios centros a la semana de manera itinerante.

En lo referente al nivel de estrés laboral, en nuestra muestra el mayor grado de SB lo sufren musicoterapeutas que trabajan en cuidados paliativos, comprensible por el desgaste emocional y el tipo de pacientes que atienden. Por el contrario, hemos encontrado en el estudio de Carvalho¹²⁷ que existía un mayor nivel de estrés laboral en musicoterapeutas de la educación pública y el sistema penal. Esto es debido a que, en España, la Musicoterapia en la educación pública y en sistema penitenciario están muy poco implantadas y desarrolladas y por lo tanto los musicoterapeutas españoles no tienen experiencia en el abordaje de

este tipo de pacientes en dicho ámbito de intervención.

Con respecto a la relación del SB con las actividades de autocuidado hemos obtenido que los musicoterapeutas con mayor nivel de SB, realizaban alguna actividad de autocuidado o yoga. Sin embargo el único estudio en musicoterapeutas que hemos encontrado al respecto es el de Berry¹⁶⁷ en el que concluye que había una relación inversa entre mayor autocuidado y menor despersonalización, y una relación directa entre el autocuidado y la realización personal, resultados que no coinciden con los nuestros. Esto puede ser debido a que los musicoterapeutas españoles, como consecuencia del SB que sufren, buscan actividades de autocuidado y de yoga para disminuirlo. Un musicoterapeuta que está quemado con su trabajo, tenderá a buscar actividades de autocuidado y evasión de ese trabajo.

VII.4.4 sobre las relaciones entre los factores sociolaborales y psicolaborales y el nivel de satisfacción laboral.

La satisfacción laboral es una medida que nos indica cómo está el trabajador con respecto su puesto de trabajo, sus compañeros y su entorno, repercutiendo esa satisfacción en su salud. En nuestro estudio la menor satisfacción laboral la tenían personas con contratos en prácticas, musicoterapeutas con pocas horas semanales de trabajo así como profesionales que no tenían iusión en el puesto de trabajo actual. La mayor satisfacción laboral la tenían musicoterapeutas que trabajaban en salud mental y discapacidad y los que llevaban más años de antigüedad en el puesto de trabajo. Resultados que coinciden con los del estudio de Goodging¹⁵⁷ en el que refleja que a mayor número de años de antigüedad como musicoterapeuta, la satisfacción laboral es mayor.

Con respecto a la ilusión y motivación por el puesto de trabajo, encontramos en el estudio de Decuir¹⁵⁹ que los musicoterapeutas que presentaban menor ilusión o motivación en su puesto de trabajo, tenían menos satisfacción laboral, argumento que concuerda con nuestros resultados. Esto puede suceder porque un musicoterapeuta desmotivado, intentará cambiar de trabajo, buscar otras alternativas laborales, y no tendrá mucha implicación tanto con los pacientes como con la institución donde trabaje.

En lo que se refiere a las acciones de evasión del trabajo, nuestro estudio arroja datos interesantes, los musicoterapeutas que tienen mayor nivel de satisfacción laboral realizan actividades de musicoterapia como forma de autocuidado, además de los que padecen enfermedades crónicas. Por otro lado, los que tienen menor satisfacción laboral son musicoterapeutas que realizan alguna acción para evadirse del trabajo. El estudio de Berry¹⁶⁷ afirma que poseen mayor satisfacción laboral los musicoterapeutas que realizan algunas acciones de autocuidado a la semana. Nuestros datos no concuerdan con los del estudio de Berry¹⁶⁷, esto puede deberse a que la mayoría de los musicoterapeutas en España compatibilizan sus trabajos con otros y a veces no tienen tiempo de realizar otras actividades, solo Musicoterapia.

Referente a la relación con el número de horas semanales trabajando como musicoterapeuta, no hemos encontrado ningún estudio que avale nuestros resultados obtenidos. Es importante destacar en este punto que en España los profesionales no trabajan muchas horas como musicoterapeuta a la semana. Esto puede ser debido a varios factores: en primer lugar puede ser que no hay una gran demanda social de tratamientos con Musicoterapia a día de hoy, a la no regulación de la profesión a nivel laboral y legislativo, a que no existen plazas públicas de musicoterapeutas en centros sociosanitarios y/o educativos y muchas de las iniciativas y proyectos de Musicoterapia que se desarrollan en España son privadas.

Los musicoterapeutas para poder desarrollarse profesionalmente y para poder sobrevivir economicamente deben compaginar su actividad de musicoterapeutas con otras actividades profesionales (psicología, maestros de música, profesores de secundaria o de conservatorio, terapia ocupacional, entre otros) y son muy pocas las horas de trabajo como musicoterapeuta a la semana.

La regulación de la profesión traería un gran impulso en el desarrollo e implantación de la Musicoterapia en el sistema sociosanitario y/o educativo como ocurre en otros países de nuestro entorno como Italia, Suiza, Dinamarca, Alemania o Reino Unido¹⁷⁵⁻¹⁷⁸.

VII.4.5 Sobre la prevalencia de SB.

La prevalencia es un término epidemiológico muy útil para ver cómo se encuentra una determinada población en un momento determinado con respecto a una patología o situación. En nuestro caso la prevalencia del SB nos da una idea de cómo están esos profesionales musicoterapeutas que trabajan con pacientes, muchos de ellos, en situación de grave vulnerabilidad. Este trabajo conlleva un cansancio emocional y físico importantes y que si no se gestiona bien puede acarrear consecuencias con respecto a la prevalencia del SB. Algunos autores ¹²⁴⁻¹²⁶ no determinan la prevalencia del SB con la escala MBI pero sí con sus subescalas de CE, D y RP.

Carvallo¹²⁷, en su investigación sobre SB en los musicoterapeutas argentinos, determina que no existe SB entre los participantes, aunque algunos tenían indicios de SB.

En nuestra muestra, la prevalencia de casos confirmados de SB es del 3,8%, resultado que discrepa con los resultados de Fowler²¹ donde resulta una prevalencia del 10%. Nuestra prevalencia se aproxima más a los datos reflejados en el estudio de Berry¹⁶⁷ que aportan una prevalencia de SB confirmado de un 5%.

Según nuestros resultados, la mayoría de los musicoterapeutas en España no padecen SB. Nuestra muestra ha sido tomada, principalmente, en musicoterapeutas que han participado en congresos, asociaciones o cursos de reciclaje, profesionales que intentan mejorar cada día su práctica profesional, y por ende, su cuidado físico, mental y emocional. Los musicoterapeutas que, quizás, pueden tener o padecer SB, han podido estar de baja o bien por apatía o desmotivación no han asistido a este tipo de eventos ni son miembros de asociaciones de musicoterapeutas, vías principales de obtención de la muestra. En cambio en el estudio de Kim¹⁶⁴ los musicoterapeutas coreanos analizados aparecían con un nivel de SB mucho mayor debido a que las condiciones laborales y culturales en Corea son diferentes a las de Europa.

VII.4.6. Correlación entre SB y Satisfacción laboral.

En nuestro estudio observamos una relación directa o positiva entre el MBI y el cansancio emocional y la despersonalización. Es decir, personas que presentan un SB alto, los valores en el cansancio emocional y la despersonalización van a ser también altos. Esto concuerda con los hallazgos de Kim¹²⁴ y Berry¹⁶⁷ en Musicoterapeutas y los estudios anteriores de Butler¹⁷³ y Yu¹⁷⁴ en profesores. Este hallazgo implica que la satisfacción en el trabajo es un factor importante para predecir el agotamiento entre los Musicoterapeutas.

Sin embargo, el nivel de satisfacción en el trabajo, según Rainey¹⁷⁵ está determinado por varios elementos: el diseño del trabajo, las características personales, salario, promoción, seguridad laboral, supervisión, características del grupo de trabajo, participación y estructura organizativa y ambiente de trabajo. Por todo esto es necesario realizar los cambios necesarios en los entornos de trabajo y en la percepción social del trabajo del musicoterapeuta.

Además, se observó una correlación inversa o negativa entre el MBI y la Escala de Satisfacción general total, y por ende la satisfacción extrínseca e intrínseca. Con lo que las personas que tengan un valor bajo de MBI tendrán valores altos de satisfacción laboral.

Esto es debido a que cuanto mayor satisfacción laboral tenga un musicoterapeuta, es decir, cuanto más satisfecho esté este profesional, menor será el nivel del SB que padezca ya que la insatisfacción laboral puede desembocar en SB.

VIII.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

VIII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Los estudios transversales o también denominados estudios de prevalencia, pretenden estudiar a la vez la exposición ante una determinada causa o enfermedad y la presencia de esa causa o enfermedad en una población concreta y bien definida en un momento determinado. Este tipo de estudio no nos permite saber cuál ha sido la evolución a lo largo del tiempo o qué pasó antes y después del momento en el que se hizo la medición¹⁷⁶. Por lo tanto, este tipo de estudios no nos determinan si en nuestro caso la exposición a los agentes estresantes precedió al SB o viceversa. La información que surge de este tipo de estudios sí que es de gran utilidad para valorar el estado de salud de una comunidad y determinar sus necesidades. Nuestro trabajo permite hacer una radiografía de la situación de la profesión de musicoterapeuta en España. Revela que a pesar de que los musicoterapeutas españoles tengan estrés o indicios de SB, solamente un porcentaje bajo es el que realmente sufre este síndrome.

Una posible limitación de este estudio viene dada por el hecho de que el muestreo fuese por conveniencia. Este tipo de muestreo no probabilístico no garantiza la representatividad de la muestra, y en ocasiones puede dar lugar a sesgos. Sin embargo, su uso fue necesario en este estudio por no contar con un censo completo ni con mecanismos para poder acceder a ellos utilizando metodologías de muestreos probabilísticos. No obstante, la singularidad de esta población y el escaso número de musicoterapeutas en España hace que esta muestra sea representativa de los musicoterapeutas españoles.

El estudio inicialmente se preparó para 200 encuestados, de los que finalmente 80 fueron los que cumplimentaron la encuesta y reunían los requisitos indispensables para participar.

La participación fue similar a estudios como los de Berry¹⁶⁷, Kim¹²⁴, Carvalho¹²⁷ o Decuir¹⁵⁹. Pueden ser varios los motivos de ese resultado en la participación. En primer lugar, con respecto a la recogida de datos,

era un cuestionario en papel que se tardaba de media entre 20 y 30 minutos para rellenarlo, no todas las personas estaban dispuestas a rellenarlo y entregarnos el documento en el momento. En el caso de las personas que fueron contactadas a través de asociaciones y de manera individual, debían enviarnos por correo ordinario dichos cuestionarios y eso dificultaba la participación en el estudio, porque el procedimiento era quizás más largo.

Por otra parte, Maslach⁹ también asegura que las personas que viven en Europa están menos habituadas a participar en estudios, encuestas o investigaciones exhaustivas ya que la expresión en público de algunos aspectos emocionales del SB puede estar socialmente mejor vistos en la sociedad de Estados Unidos a nivel individual que en Europa, donde los sentimientos de solidaridad grupal aparecen de manera más significativa.

Con respecto a variables laborales como ámbito de actuación, hubo algunas confusiones, ya que sólo algunos participantes trabajan unas horas a la semana como musicoterapeuta y tenían confusión con este apartado, quizás haber puesto en el enunciado, ámbito de trabajo como musicoterapeuta principal habría despejado esas dudas.

Como última limitación destacar que la Musicoterapia en España no tiene regulación profesional, no existen colegios profesionales ni está implantada de manera oficial en los sistemas de salud.

IX.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

IX. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Nuestro estudio transversal arroja resultados significativos tanto en satisfacción laboral, como en la salud psicolaboral y SB de los musicoterapeutas de España.

Sería aconsejable aumentar el tamaño muestral de las personas que participan en el estudio, intentando que participasen musicoterapeutas de todas las comunidades autónomas, así los resultados serían más relevantes.

Como futura investigación sería interesante estudiar si el enfoque o modelo de musicoterapia prioritario de trabajo de los musicoterapeutas influye en las variables de estudio, ya que en otros estudios como los de Berry¹⁶⁷ aparecen estas variables con resultados interesantes.

Con respecto a la metodología podría plantearse estudios con cuestionarios on line que faciliten la recogida de datos y, probablemente, aumentarían la participación.

Por todo lo anterior, apostamos por estas vías de investigación como futuros estudios que amplíen el trabajo iniciado y nos permitan seguir obteniendo resultados con significancia estadística sobre la satisfacción laboral y el SB en el colectivo profesional de musicoterapeutas y ver las repercusiones en la salud de los trabajadores desde una perspectiva integral, de forma bio-psico-socio-espiritual.

X.

CONCLUSIONES

X.CONCLUSIONES.

- Los musicoterapeutas profesionales que trabajan en España tienen una buena salud psicolaboral, presentan una prevalencia baja del SB y un alto porcentaje, 57,7% posee indicios de SB.
- Los musicoterapeutas españoles tienen una alta satisfacción laboral tanto intrínseca como extrínseca. El menor nivel de satisfacción laboral lo representan musicoterapeutas con contratos en prácticas y el mayor nivel, en musicoterapeutas con antigüedad en el puesto de trabajo.
- En los musicoterapeutas españoles, existe una relación inversa entre SB y satisfacción laboral. A mayor nivel de SB, menor es la satisfacción laboral y viceversa.
- La mayoría de musicoterapeutas trabajan pocas horas a la semana como musicoterapeuta y solamente un bajo porcentaje lo hace en jornada completa.
- Las condiciones laborales de los musicoterapeutas españoles son muy mejorables, tanto en número de horas, como en condiciones.
- Los musicoterapeutas que presentan SB son los que trabajan más horas y están trabajando en cuidados paliativos.

XI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo: 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra. 2000.
2. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Psicopediahoy [Revista en Internet] 2001. [consulta 05 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/SB-teoria-intervencion/>
3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Normas de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo. Suiza. 2009.
4. Rubio- Jiménez CJ. Fuentes de estrés, síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria [tesis doctoral]. Badajoz: Facultad de Educación (Departamento de Psicología y Sociología de la Educación). Universidad de Extremadura; 2003.
5. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (10-11-1995).
6. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (31-01-1997).
7. Fidalgo M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o „Síndrome Burnout“ (I): definición y proceso de generación [Internet] 2014 [Consultado 5 noviembre de 2018] Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768.
8. Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (Directiva Marco). Fecha de aprobación: 12-06-1989.
9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job SB. Annu Rev Psychol. 2001; 52 (1):

397-422.

10. Chacón M, Grau JA. Síndrome Burnout en los equipos de cuidados paliativos: evaluación e intervención. *Avances en cuidados paliativos. GAFOS (Las Palmas de Gran Canaria)*. 2003;3: 149-68.

11. Cheung C-K, Chow E O-W. Reciprocal influences between Burnout syndrome and effectiveness in professional care for elders. *Soc Work Health Care*. 2011; 50 (9): 694-718.

12. Kearney M, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Monut BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life. *Jama*. 2009; 301 (11): 1155-1164.

13. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout syndrome. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2 (2): 99-113.

14. Vachon ML. *Oncology staff stress and related interventions*. Psycho-oncology. Oxford Univ. Press, (Oxford) 2010: 575-581.

15. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout syndrome Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. 1981;21: 3463-3464.

16. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 215-30.

17. Cieslak R, Shoji K, Douglas A, Melville E, Luszczynska A, Benight CC. A meta-analysis of the relationship between job Burnout syndrome and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services*. 2013;11 (1):75.

18. Halbesleben J, Wakefield B, Wakefield D, Cooper L. Nurse Burnout syndrome and patient safety outcomes: nurse safety perception versus reporting behavior. *West J Nurs Res*. 2008; 30: 560-77.

19. Ortega C, López F. El Síndrome Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Exp Pathol*. 2004; 4 (1): 137-60.
20. Vega VP. Personality, Burnout syndrome and longevity among professional music therapist. *Journal of Musictherapy*. 2010; 47 (2): 155-179.
21. Fowler KL. The relation between personality characteristic, work environment and the professional well-being of music therapist. *Journal of Musictherapy*. 2006; 43 (3): 174-197.
22. Clements-Cortés A. Burn out in musictherapist work, individual and social factors. *American Journal of MusicTherapy*. 2013; 31 (2): 166-174.
23. Dileo Ch. *Ethical thinking in music therapy*. Jeffrey Books; 2000.
23. Mora P. Trabajo con contenidos multidisciplinares para aumentar la motivación de los alumnos de secundaria por el área de música. *Revista Internacional de Evaluación y Medición de la Calidad Educativa*. 2016;2(2).
24. Merriam AP, & Merriam, V. *The anthropology of music*. Northwestern University Press; 1964.
25. De Vitray-Meyerovitch, E. *Mystique et poésie en Islam: Djalâl-ud-Dîn Rûmî et l'ordre des derviches tourneurs*. Desclée de Brouwer; 1972.
26. Albert IC. La importancia de la mujer en la historia de la musicoterapia. Desde la Antigüedad al Barroco. VII Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres. *Archivo Histórico Diocesano de Jaén*.;2015.
27. De Pablo L. ¿fronteras y conocimiento en música? unos apuntes. *Fronteras del conocimiento*. Fundación BBVA. 2008; (1): 606-6212.
28. Albert I C. *Fundamentos histórico-artísticos de la música como medio*

terapéutico en Europa: Desde la edad media hasta el prerromanticismo. [tesisdoctoral] Universitat de Valencia;2013.

29. Shiloah A. The status of traditional art music in Muslim nations. *Asian Music*.1980; 12(1): 40-55.

30. Vitray-Meyerovitch E. *Mystique et poésie en Islam: Djalâl-ud-Dîn Rûmî et l'ordre des derviches tourneurs*. Desclée de Brouwer:Myers, H., & Sadie, S. (Eds.);1972.

31. Karavar N. *Simbolismo y comunicación no-verbal en la danza sema de Mevlânâ Celâleddin Rumi*. [tesis doctoral] Universidad de Valencia; 2017.

32. Albert D I C. PUBLICACION DEL CENTRO DE INVESTIGACION DE ESTUDIO SAHAR-PRIMAVERA 2015-Nro. 25-ISSN 2347-0283 Publicación declarada de interés cultural y auspiciada por el Ministerio de Cultura de la Nación Argentina. 2015;2-9.

33. Bernard JH, Atkinson, R. *The Irish Liber Hymnorum*. Henry Bradshaw Society; 1898.

34. Chiaia M. *El dulce canto del corazón: Mujeres místicas, desde Hildegarda a Simone Weil*;46. Madrid: Narcea Ediciones;2006.

35. Esteban M.H. *El Decameron como viaje de regeneración. Notas sobre su modernidad/Decameron as a Regeneration Journey. Remarks on its Modernity*. *Revista de filología románica*. 2005;22: 183-192.

36. Samuel. *La Santa Biblia*. Editorial Planeta, Barcelona; 1967

37. Vasari G. *La vita di Michelangelo: nelle redazioni del 1550 e del 1568* 5. Riccardo Ricciardi ed.; 1962.

38. Mastrángelo S. *Acerca de la bibliografía de Nicolás Maquiavelo en la Biblioteca*

Nacional de México. Boletín del Instituto de Investigaciones Bibliográficas; 2013.

39. Barreiro E. De conversión y melancolía en la canción „Flow my Tears“ de John Dowland (1563-1626). ALM.2010; 15:191-208.

40. Céard J. Esculape et Dionysos: mélanges en l'honneur de Jean Céard. Librairie Droz. 2008; 439.

41. Horden P. Commentary on Part I, with a note on China. Music as Medicine. Routledge Londres; 2000 p. 43-50.

42. Sabuco O. Nueva filosofía de la naturaleza del hombre. Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social. 2006; 1(10):263-275.

43. Velasco J. Martín Lutero devuelve el canto y la música al pueblo en el culto público. Revista El Faro. Septiembre-Octubre (México).1994

44. Hernández A. Descartes: Discurso del método. Alicante, España: Editorial Club Universitario.2005

45. Sánchez Rojo M. F., Chiantore L. Singing Desire: erotismo y deseo en las canciones para laúd en Inglaterra.2015 p. 1597-1615

46. Rabassó G. Robert Burton y la música como remedio de la Melancolía. Allegro con brio Universitat de Barcelona (Barcelona). 2012; 1 (1) 103-115.

47. Lorenzo L. Carabantes M. El teatro de Calderón en la escena española (1939-1999). Bulletin of Hispanic Studies,2000; 77(1): 421-433.

48. Bloom H. (2001).Shakespeare: la invención de lo humano. Bogotá; Editorial Norma.;2001 p.24.

49. Citro S. Ritual y espectáculo en la música indígena: el caso de los jóvenes toba del Chaco argentino. Latin American Music Review. 2005; 318-346.

50. Prinz A. Mesmer, Franz A. Neue Deutsche Biographie.1994; 17: 209-211.

51. Downs Philip G. La música clásica: la era de Haydn, Mozart y Beethoven Madrid: Akal Madrid; 1998.
52. Sanz E. Musicoterapia y enriquecimiento personal. Revista interuniversitaria de formación del profesorado.1989;1 (4):91-108.
53. Martínez MMM, Lorda DS., Mazaira E B., Triveño JOP, de Aspe MF. EL CATALÉPTICO DE LA HABANA: VIEJAS Y NUEVAS NOTICIAS. HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL VII, 1885; 21: 85.
54. Davis WB. Keeping the dream alive: Profiles of three early twentieth century music therapists. Journal of Music Therapy. 1993; 30(1): 34-45.
55. Davis W, Hadley S. A history of music therapy. Music therapy handbook, Nueva York: The Guilford press; 2015 p. 17-28.
56. Palacios Sanz, JI. EL CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado [Internet]. 2001; (42):19-31.
57. Haase, U. (2012). Thoughts on WFMT's definition of music therapy. Nordic Journal of Music Therapy. 2012; 21(2): 194-195.
58. Blasco, S. (2001) „Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano.“ Revista interuniversitaria de formación del profesorado 42: 91-113.
59. Benenson, Rolando O. Teoría De La Musicoterapia. Ediciones Literarias Mandala, 2008.
60. American Music Therapy Association. Definition.[Internet] 2011[Consultado 8 noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>.

61. Wigram, Tony, Inge Nygaard Pedersen, and Lars Ole Bonde. *Guía Completa De Musicoterapia: Teoría, Práctica Clínica, Investigación y Formación*. AgrupArte Producciones, 2011. Prin.
62. World Federation of Music Therapy. [Internet] [Consultado el 8 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.wfmt.info/>.
63. Bruscia KE. *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Editorial Amarú;1997.
64. Página web de la EMTC (Confederación Europea de Musicoterapia) Training programs in Spain c2019 [Consultada el 7 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.emtc-eu.com/spain>.
65. Página web de AEMP (Asociación Española de Musicoterapeutas profesionales) Documentos técnicos. [Consultada el 7 de septiembre de 2019] Disponible en <https://musicoterapeutas.wixsite.com/aemp/documentos>.
66. Bruscia KE. *Musicoterapia*. Editorial Pax México; 2006.
67. Bruscia, Kenneth E. *Definiendo musicoterapia*. Salamanca: Amarú, 1997.
68. Del Moral MT, Mercadal-Brotons M, Sabatella P. Un Estudio Descriptivo sobre el Perfil del Musicoterapeuta en España. *Música, Terapia y Comunicación*. 2015; 35: 15-29.
69. Poch S. *Musicoterapia en Psiquiatría*. España: Editorial Médica Jims, SL; 2013.
70. Sabbatella PL, Marcos MTDM. *Perspectiva Contemporánea de la Musicoterapia en España (2000-2018)* [Consultada el 7 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Melissa_Brotons/publication/325742514_Perspectiva_Contemporanea_de_la_Musicoterapia_en_Espana_2000-2018/links/5bf6e46192851ced67d0d4ac/Perspectiva-Contemporanea-de-la-Musicoterapia-en-Espana-2000-2018.pdf.
71. Ministerio de Sanidad, Consumo y Políticas sociales. [Internet] Consultado el

día 9 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.msrebs.gov.es/>.

72. Asociación española de musicoterapeutas profesionales. [Internet] [Consultado el 9 de septiembre de 2019] Disponible en: <https://musicoterapeutas.wixsite.com/aemp/contactar>.

73. Página web del Ministerio del Interior [Consultada el 7 de septiembre de 2019] Disponible en <https://sede.mir.gov.es/opencms/export/sites/default/es/procedimientos-y-servicios/tramites-sobre-asociaciones-inscritas/consulta-del-fichero-de-denominaciones-de-asociaciones/>.

74. Página web del Congreso de Terapias creativas de Vitoria [Consultada el 7 de septiembre de 2019] Disponible en <https://congresoterapiascreativas2013.wordpress.com/>.

75. Página web de la Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia [Consultada el 7 de septiembre de 2019] Disponible en <http://feamt.es/>.

76. Sequera M, Miranda, C, Masegú C, Pablos C, González A. Musicoterapia en la demencia del paciente anciano: fundamentos, aplicaciones y evidencia científica actual. *Psicogeriatría*. 2015;5(3). 93-100.

77. Página web del VII Congreso Nacional de Musicoterapia [Consultado el 10 de septiembre de 2019] Disponible en <http://www.congresonacionaldemusicoterapia.es/>.

78. Campaña contra las pseudoterapias del Ministerio de sanidad, consumo y políticas sociales. [Internet] [Consultado el 20 de septiembre de 2019] <https://www.conprueba.es/sites/default/files/multimedia/documentos/informe-exploratorio.pdf>.

79. Abrams B. Evidence-Based Music Therapy Practice.: An Integral Understanding, *Journal of music therapy*(Estados Unidos). 2010; 47(4): 351-379.

80. Página web de la Asociación americana de Musicoterapia. [Internet]

[Consultada el 20 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.musictherapy.org/research/strategic_priority_on_research/.

81. Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen XJ, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. (5).

82. Joke B, Dileo Ch, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (12)

83. Dileo Ch, Bradt J. Music therapy. *Stress Management*, 3ª edición. Nueva York, Guilford editorial; 2000; 519-544

84. Dos Santos E, Sinegaglia MI. Actuación de la Musicoterapia en la reducción del estrés en el ámbito hospitalario. Una revisión sistemática. Congreso Internacional de espacios de Artes y salud. Denia. 2017 [Consultado el 15 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335334104_Actuacion_de_la_musicoterapia_en_la_reduccion_del_estres_en_ambito_hospitalario

85. Dileo Ch. Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. *Journal of the Society for Integrative Oncology*. 2006; 4(2): 67-70.

86. Loewy J, Frisch-Hara A,. *Caring for the Caregiver: The Use of Music and Music Therapy in Grief and Trauma*. American Music Therapy Association. (New York). 2001;(1).

87. Trallero C. Tratamiento del estrés docente y prevención del Síndrome Burnout con musicoterapia autorrealizadora." *Revista Virtual Psiquiatría*. Com [Internet]. 2006 [consultado el 19 de septiembre de 2019] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/11519>.

88. Moreno D, Martín AC, Cano F. Musicoterapia como medio de comunicación

para disminuir el estrés y prevenir el síndrome de Burnout. Revista de la Universidad Carlos III. [Internet].2015[Consultado el 19 de septiembre de 2019] Disponible en: <https://ravelpruebas.uc3m.es/handle/10016/21746>.

89. Sedei G, Cheryl A. The use of music therapy in pain clinics. *Music Therapy Perspectives*;1987. 4(1): 24-28.

90. Caprilli S. et al. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*.2007; 28(5): 399-403.

91. Taylor D. *Biomedical Foundations of Music as Therapy*. St. Louis. MMB ed. MMB Music;1997.

92. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout syndrome Inventory. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.

93. Mann T. *Buddenbrooks*. Berlín: S Fisher;1901.

94. Greene, Graham. *A burnt out case*. Random House, 2010.

95. Lief HI, Fox RC. Training for "detached concern" in medical students. H. I. Lief, V. F. Lief, & N. R. Lief (Eds.), *The psychological basis of medical practice*. New York: Harper & Row;1963.

96. Freudenberger HJ. Staff SB. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-66.

97. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. *Maslach Burnout syndrome Inventory Manual*. 3ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

98. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. *El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome Burnout)*. Madrid: Pirámide; 2007.

99. Maslach C, Wilmar S, Leiter M. *Job Burnout syndrome. Annual review of*

psychology.2001; 52(1): 397-422.

100. Edelwich, J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. Human Sciences Press (New York). 1980; 1: 255.

101. Price DM, Murphy PA. Staff Burnout syndrome in the perspective of grief theory. Death education.1984; 8(1): 47-58.

102. Fidalgo M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Síndrome Burnout"(I): definición y proceso de generación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (España). 2008: 701-750.

103. Pines A, Aronson E. Combatting Burnout syndrome. Children and Youth Services Review. 1983; 5(3), 263-275.

104. Piñuel I. Libro Blanco. Resultados del Barómetro Cisneros V sobre violencia en el entorno laboral de las administraciones públicas. Alcalá de Henares. 2004;1: 54-70.

105. Álvarez RF. El síndrome de Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Éxito empresarial. 2011; 160: 1-4.

106. Moreno A. Síndrome Burnout asistencial: Identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.2007;10(1):63-79.

107. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista española de salud pública. 2004; 78: 505-516.

108. Shirom A. Burnout syndrome in work organization. C.L. Cooper y I. Robertson (Eds) International Review of Industrial and Organizational Psychology. New York: John Wiley and Sons; 1989.

109. Wolpin J. Psychological Burnout syndrome among canadian teachers:

A longitudinal stud[tesis doctoral] Unpublished doctoral dissertation. York University, Toronto Canada; 1989.

110. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout syndrome and Risk Factors for Cardiovascular Diseases. Behavioral medicine (Washington, D.C.). 1992; 18:53-60.

111. Jackson SE, Maslach C. After-effects of job related stress: families as victims. Journal Occupational Behavior.1982; 3, 63-77.

112. Ortega C, López F. (2004). El Síndrome Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004; 4(1): 137-160.

113. Pérez AM. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia.2010; (112): 42-80.

114. Pines A. Burnout syndrome: An Existential Perspective. En: SCHAUFELI WB, MASLACH C, MAREK T editors. Professional Burnout syndrome: recent developments in theory and research. Londres. Taylor and Francis eds.; 1993.33-51.

115. Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout syndrome: From tedium to personal growth. Staff Burnout syndrome: Job stress in the human services. Nueva York: Thefreepress. 1981;8.

116. Berg A, Hanson U, Hallberg, I. Nurses's creativity, tedium and Burnout syndrome during 1 year of individually planned nursing care: Comparison between a ward for severely demented patients and a similar control ward. Journal of Advanced Nursing. 1994; 20:742-749.

117. Oswin M. „An historical perspective.“ RESEARCH HIGHLIGHTS IN SOCIAL WORK. London: Jessica Kingsley Publishers; 1998. p: 29-42.

118. Maher EL. Burnout syndrome and commitment: A theoretical alternative.

The Personnel and Guidance Journal.1983; 61(7): 390-393.

119. Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton P. Burnout syndrome and professional depression: related concepts. Journal of Advanced Nursing. 1986 11: 633-641.

120. Manassero MA Síndrome Burnout en la enseñanza: Aspectos atribucionales. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [en línea]. 2005; 21 (1): 89-105.

121. Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista PsicologíaCientífica.com[Internet]. 2005[Citado el 10 de septiembre de 2019], 3(5). Disponible en:<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-> (Síndrome Burnout).html.

122. Maslach C. Burnout syndrome: A multidimensional perspective. Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional Burnout syndrome: Recent developments in theory and research. C. Maslach, & T. Marek (Eds.) 1993; 19-32.

123. Oppenheim L. A work values profile of university music therapy and performance majors. Journal of Music Therapy.1984; 21(2): 89-94.

124. Kim Y. Music therapists' job satisfaction, collective self-esteem, and Burnout syndrome. The Arts in Psychotherapy.2012; 39(1): 66-71.

125. Chang K. An Opportunity for Positive Change and Growth: Music Therapists' Experiences of Burnout syndrome. Canadian Journal of Music Therapy.1024; 20(2).

126. Hills B, Ian N, Lucy F. A study of Burnout syndrome and multidisciplinary team-working amongst professional music therapists. British Journal of Music Therapy. 2000; 14(1): 32-40.

127. Carvallo L, Ilariucci L. Índices de estrés laboral y la prevalencia del Síndrome Burnout, en profesionales musicoterapeutas que trabajan en la provincia de Bs. As. [Tesis final de estudios] Servicio de publicaciones de la Universidad del Salvador;2013.
128. Dos Santos E, Alves A, de Oliveira CR, Esperidão E. Cuidando de quem cuida: uma revisão integrativa sobre a musicoterapia como possibilidade terapêutica no cuidado ao cuidador. *Revista Música Hodie*. 2015; 15(2).
129. Trallero C, Oller J. Cuidados musicales para cuidadores. Bilbao. Desclée De Brouwer; 2013.
130. Benavides FG, Ruiz Frutos C, García AM. Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. *Revista Española de Salud Pública*.1997; 71(4): 409-410.
131. Extremera N, Montalbán FM, Rey L. Engagement y Síndrome Burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*.2005; 21(1-2): 145-158.
132. Carrillo-García C, Martínez-Roche M, E. Gómez-García CI, Meseguer-DePedro M. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*.2015; 31(2): 645-650.
133. Salgado JF, Remeseiro C, Iglesias M. Clima organizacional y satisfacción laboral en una PYME. *Psicothema*.1996; 8(2): 329-335.
134. Locke E A. What is job satisfaction?.*Organizational behavior and human performance*.1969; 4(4): 309-336.
135. Rand A. *Atlas Shrugged* New York: Signet. New American Library.1957.
136. Weinert AB. *Manual De Psicología De La Organización*. Barcelona:

Herder;1985.

137. Robbins SP. Comportamiento organizacional. México: D.F. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.;1987.

138. Robbins SP, Coulter M. Administración. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.;1996.

139. Muñoz A. Satisfacción e insatisfacción en el trabajo. [tesis doctoral] Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid;1990.

140. Loitegui JR. Determinantes de la satisfacción laboral en empleados de la Administración Foral de Navarra. [tesis doctoral].Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid;1990.

141. Kreitner R, Kinicki A.Comportamiento de las organizaciones. Londres. McGraw Hill; 1997.

142. Herzberg F. Teoría de los dos factores de Herzberg.[internet] Obtenido de Teoría de los dos Factores de Herzberg: <http://prof.usb.ve/lcolmen/Trabajo-Grupo1-seccion-02.Pdf>; 2013.

143. López-Más J. Motivación laboral y gestión de recursos humanos en la teoría de Frederick. [Internet]. 6nov.2014 [citado 17ene.2020];8(15):25-6. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/administrativas/article/view/9692>.

144. Herzberg Frederick. The motivation-hygiene concept and problems of manpower. BYU Electronic Media Department; 1974.

145. Meng R. The relationship between unions and job satisfaction. Applied economic. 1990;22 (12): 1635-1648.

146. Sousa-Poza A.Sousa-Poza A. A.Taking another look at the gender/job-satisfaction paradox. Kyklos.2000; 53(2):135-152.

147. Clark AE. Job satisfaction and gender: why are women so happy at work?. *Labour economics*.1997; 4(4): 341-372.
148. Rossilli, Mariagrazia. Políticas de género en la Unión Europea. Vol. 26. Narcea Ediciones, 2001.
149. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological review*. 1943; 50(4): 370.
150. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de Burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(4): 300-308.
151. Comité mixto OIT-OMS sobre medicina del trabajo. Reunión. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención: informe del Comité OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión [Internet]. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo; 1986. [Citado 11 18 enero 2020]; Disponible en: <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>.
152. González P, Peiró JM, Bravo MJ. Calidad de vida laboral. En: Peiró JM y Prieto F, Editores. *Tratado de Psicología del Trabajo*. Vol.II: Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid: Síntesis, 1996; 161-186.
153. Segurado-Torres A, Agulló-Tomás E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema* 14 (4) [Internet] 2002. [Citado el 17 de enero de 2020] Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=806>.
154. Boluarte A. Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall, versión en español. *Revista Médica Herediana*. 2014; 25(2): 80-84.
155. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes

and aspects of psychological well-being. *Journal of occupational Psychology*. 1979; 52(2): 129-148.

156. Stewart D. The state of the UK music therapy profession: Personal qualities, working models, support networks and job satisfaction. *British Journal of Music Therapy*. 2000;14(1): 13-31.

157. Gooding LF. Work-life factors and job satisfaction among music therapy educators: A national survey. *Music Therapy Perspectives*. 2018; 36(1): 97-107.

158. Gooding LF. Burnout syndrome among music therapists: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2019; 28 (5): 426-440.

159. Decuir AA, Policastro-Vega V. Career longevity: A survey of experienced professional music therapists. *The Arts in Psychotherapy*. 2010; 37(2): 135-142.

160. Braswell C, Decuir A, Jacobs K. Job satisfaction among music therapists. *Journal of Music Therapy*. 1989; 26(1): 2-17.

161. Ferrer AJ. Music therapy profession: An in-depth analysis of the perceptions of educators and AMTA board members. *Music Therapy Perspectives*. 2018; 36(1): 87-96.

162. Cohen NS. Music therapy and sociological theories of aging. *Music Therapy Perspectives*. 2014; 32(1): 84-92.

163. Mateos-Hernández L A. Fundamentos de la Musicoterapia. En Autor (Coord.). *Terapias Artístico Creativas. Musicoterapia, Arte Terapia, Danza Movimiento Terapia, Psicodrama*. 2011;(1): 167.

164. Gil-Monte PR. Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome Burnout): el cuestionario "CESQT". J. Garrido (Comp.); *Maldito trabajo!*. Barcelona. Granica. 2008; 269-291.

165. Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome Burnout) según el MBI-HSS en España. (Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. España). 2000; 16(2): 135-149.
165. Caballero J. Cómo citar referencias bibliográficas en los escritos biomédicos: Normas de Vancouver. Revista paceña de medicina familiar (Bolivia). 2014; 86: 100.
166. Cañedo R. ¿Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver?: Citing medicine es la fuente de consulta por excelencia. Acimed. 2009. 19 (6):1.
167. Berry S. An analysis of Burnout syndrome and music therapy methodologies. [Internet] *Theses & Dissertations*. 57. Molloy College. [Consultado el 18 de enero de 2020] Disponible en: <https://digitalcommons.molloy.edu/etd/57>.
168. Sabbatella PL, Mercadal-Brotons M. Perfil profesional y laboral de los musicoterapeutas españoles: Un estudio descriptivo. "Revista Brasileira de Musicoterapia. 2014; 17: 6-16.
169. Méndez-Campos R. Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el "Síndrome Burnout" en profesionales de Centros de mayores en Extremadura. [Tesis doctoral] Diss. Universidad de Extremadura, 2015.
170. Cifre E, Llorens-Gumbau S. Síndrome Burnout en profesores de la UJI: un estudio diferencial. [Internet] 2001; Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61427137.pdf>
171. Galicia FA, González-Zermeño MA. Estrés, agotamiento profesional (Síndrome Burnout) y salud en profesores de acuerdo a su tipo de contrato. "Ciencia & Trabajo. 2009; 12(33): 172-176.
172. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gaceta sanitaria. 2004; 18(4): 189-194.

173. Butler SK, Madonna GG. Collective self-esteem and Burnout syndrome in professional school counselors. *Professional School Counseling*.2005; 9(1): 1-7.
174. Yu K, Sang-Hee L, Sang-Min L. „Counselors’ collective self-esteem mediates job dissatisfaction and client relationships. *Journal of Employment Counseling*.2007; 44(4): 163-172.
175. Edwards J. Paths of professional development in music therapy: training, professional identity and practice.*Approaches: Music therapy & special music education 7*.Special Issue: music therapy in Europe: paths of professional development. 2015;(1): 44-53.
176. Register D.Professional recognition of music therapy: Past, present, and future. *Music Therapy Perspectives*.2013; 31(2): 159-165.
177. Letulé N, Ala-Ruona E. An overview of the music therapy professional recognition in the EU. *Specialusis Ugdymas/Special Education*.2016; 1(34) (2016): 120-144.
178. Ridder HM, Adrienne L, Suvini F. The role of the EMTC for development and recognition of the music therapy profession.*Approaches: Music Therapy &Special Music Education, Special Issue*.2015; 7(1): 13-22.
179. Rainey, Hal G. *Understanding and managing public organizations*. Hoboken NJ. John Wiley & Sons ed; 2009.
180. Fernández P. Tipos de estudios clínico epidemiológicos. *Epidemiología*. Conceptos básicos en: *Tratado de epidemiología clínica*. Madrid. DuPont Pharma; 2001.

XII.

Anexos

Anexo X.

Anexo I: Carta de presentación en el estudio.

Anexo II: Hoja de consentimiento informado para participar en este estudio.

Modelo de consentimiento informado.

Anexo III: Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.

Anexo IV: Informe del Comité de Bioética y Bioseguridad.

Anexo V. Cronograma.

Anexo I: Carta de presentación en el estudio.



Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica
Facultad de Medicina.
Av. de Elvas, s/n.
06071 Badajoz
924 28 94 66. Ext. 86150

CUADERNO DE DOCUMENTOS Y CUESTIONARIOS

El presente “Cuaderno de documentos y cuestionarios” consta de una relación de escritos y formularios necesarios para efectuar el estudio de investigación titulado: **“ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNT-OUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN MUSICOTERAPEUTAS DE ESPAÑA”**, cuyo objetivo principal es determinar la prevalencia del SB en Musicoterapeutas que trabajen en el Estado español. Se trata de un estudio de investigación epidemiológico transversal, descriptivo y analítico al cual se le invita a participar.

Los investigadores de este estudio son Manuel Sequera Martín, Juan Rodríguez Mansilla y María Isabel Ramos Fuentes. Si decide participar, el investigador principal puede ser contactada en cualquier momento en el siguiente teléfono, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección:

Manuel Sequera Martín
Avda de Colón 7 A
06192 Villar del Rey, Badajoz

Asimismo, si desea participar, debe **leer antes este documento**, efectuar todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo y **firmar el modelo de consentimiento informado tras su lectura**.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

El presente “Cuaderno de documentos y cuestionarios” consta de:

- Carta de presentación del estudio (Anexo I).
- Hoja de consentimiento informado para participar en este estudio (Anexo II).
- Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (Anexo III).
- Tres cuestionarios validados autoadministrados, el *Maslach SB Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)* de Maslach y Jackson y escala de satisfacción laboral (SL) War, Cook y Wall, trad. Pérez-Fidalgo.

Es fundamental que responda a los mismos con absoluta sinceridad y exactitud, esforzándose por conseguir la mayor precisión en sus respuestas. Toda la información que usted proporcione, tendrá carácter confidencial y solo será utilizada con fines de investigación.

Una vez relleno, doble el cuaderno, introdúzcalo en el sobre adjunto, ciérrelo convenientemente para preservar la confidencialidad de los datos reflejados en el mismo y entrégalo a la dirección de su centro para su posterior recogida en persona por la investigadora principal.

¡Muchas gracias por su colaboración!

CLAVE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

TELÉFONO:

Anexo II: Hoja de consentimiento informado para participar en este estudio. Modelo de consentimiento informado.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: **ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURN-OUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN MUSICOTERAPEUTAS DE ESPAÑA**

Participante:

Participante ID#:

Investigadores: MANUEL SEQUERA MARTÍN, JUAN RODRIGUEZ MANSILLA, MARIA ISABEL RAMOS,

LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE QUE ENTIENDE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR FAVOR SI ESTÁ DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, FIRME ESTE DOCUMENTO. POR SU FIRMA RECONOCE QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO, DE SUS REQUISITOS Y SUS RIESGOS Y QUE ACEPTA LIBREMENTE PARTICIPAR EN ÉL. UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADA.

OBJETO DEL ESTUDIO.

Ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación dirigido a Musicoterapeutas titulados que trabajen en el territorio español que: a) Tengan 18 o más años de edad; b) Cuenten con más de 1 año de experiencia laboral; c) se encuentren motivados en participar y; d) den su consentimiento informado.

Los objetivos del estudio son:

OBJETIVOS PRIMARIOS

- Analizar la salud psicolaboral de los musicoterapeutas en España participantes en el estudio
- Describir y relacionar en su caso los diferentes factores psicolaborales de la población en estudio

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Determinar la prevalencia de BURN-OUT en los profesionales musicoterapeutas de España participantes en el estudio
- Analizar las variables psicosociales de la salud como son la satisfacción laboral, los síntomas psicósomáticos, el Burn-out, y el bienestar psicológico de la muestra.
- Establecer y analizar la relación entre dichas variables psicolaborales.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El único procedimiento al que será sometido/a será a la lectura de la carta de presentación, lectura del presente modelo de consentimiento informado y su posterior firma si desea participar, junto con la cumplimentación de cuatro cuestionarios autoadministrados: 1) Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales. 2) Escala sobre la satisfacción laboral. 3) *Maslach SB Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) Escala sobre salud global. La duración total del proyecto se ha estimado en 23 meses. El tiempo de recogida de datos durará en total 3 meses, durante

los cuales usted nos autoriza a poder pasarle los citados cuestionarios, que serán analizados estadísticamente en una fase posterior. Los cuestionarios rellenos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Al finalizar el estudio se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007, de Investigación biomédica.

RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

No existen riesgos asociados a la cumplimentación de los cuestionarios.

BENEFICIOS.

La participación en el proyecto no será recompensada económicamente. Este estudio pretende mejorar la calidad terapéutica y asistencial de los Musicoterapeutas en España, contribuyendo así a su desarrollo e implantación como profesión socio-sanitaria.

COSTES.

Su participación en el estudio cumplimentando los cuestionarios no le supondrá ningún coste.

El investigador principal, puede ser contactada en cualquier momento en el siguiente teléfono, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección: Manuel Sequera Martín Avda de Colón 7 A 06192 Villar del Rey Badajoz

CONFIDENCIALIDAD DE SU MUESTRA.

De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados de los cuestionarios se tratarán con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos será archivado, y a cada participante se le asignará una clave de tal modo que no pueda relacionarse el cuestionario e información obtenida con la identidad del sujeto. Los cuestionarios serán anonimizados, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad, para su estudio y potencial análisis ulterior.

El investigador principal del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos por los investigadores del proyecto.

El investigador principal del proyecto se compromete a no utilizar los cuestionarios para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasar los cuestionarios a otros posibles proyectos o equipos de investigación.

Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999; Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección

de datos de carácter personal, BOE 17 de 19 de enero de 2008), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.

Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.

Recibirá una copia de esta hoja de información y del consentimiento informado firmado por usted.

DECLARACIÓN DEL DONANTE.

He sido informado por el personal relacionado con el proyecto mencionado:

- De las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.
- Del fin para el que se utilizarán los cuestionarios que he rellenado.
- He sido informado de que los cuestionarios rellenos serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.
- Que mis cuestionarios rellenos serán proporcionadas de forma anónima a los investigadores del proyecto.
- Que en cualquier momento puedo solicitar información genérica sobre los estudios para los que se han utilizado los cuestionarios que he rellenado
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Usted tiene derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento.

SE ME HA PROPORCIONADO COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO. ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Nombre del participante:

_____ DNI: _____ Firma:

- **Declaración del profesional de salud médica de que ha informado debidamente al participante.**

Nombre: MANUEL SEQUERA MARTÍN Firma:

Anexo III: Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y recursos personales.

<u>Datos sociodemográficos</u>	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad: <input type="checkbox"/> 18-19 <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 30-39 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 60 ó más
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Sin pareja. <input type="checkbox"/> Con pareja estable. <input type="checkbox"/> Sin pareja estable. <input type="checkbox"/> Casado /a - Pareja de hecho. <input type="checkbox"/> Viudo /a sin pareja (desde hace menos de 2 años).	Nº de hijos conviviendo en domicilio familiar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más de 3
Nivel de estudios de Musicoterapia <input type="checkbox"/> Máster Universitario en Musicoterapia(60ECTS) <input type="checkbox"/> Licenciatura en Musicoterapia (Extranjera) <input type="checkbox"/> Otro..... (Especificar)	Además de hijos, tiene a su cargo a algún miembro familiar en su domicilio: <input type="checkbox"/> Sí, de manera habitual. <input type="checkbox"/> Sí, de manera intermitente. <input type="checkbox"/> No.
Comunidad autónoma de trabajo: <input type="checkbox"/> Andalucía <input type="checkbox"/> Aragón <input type="checkbox"/> Asturias <input type="checkbox"/> Cantabria <input type="checkbox"/> Castilla La Mancha <input type="checkbox"/> Castilla y León <input type="checkbox"/> Cataluña <input type="checkbox"/> Ceuta <input type="checkbox"/> Extremadura <input type="checkbox"/> Galicia <input type="checkbox"/> Islas Baleares <input type="checkbox"/> Islas Canarias <input type="checkbox"/> La Rioja <input type="checkbox"/> Madrid <input type="checkbox"/> Melilla <input type="checkbox"/> Murcia <input type="checkbox"/> Navarra <input type="checkbox"/> País Vasco <input type="checkbox"/> Valencia	

Datos laborales	
<p>¿Compaginas tu trabajo de Musicoterapeuta con otras ocupaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál/es?: _____</p>	<p>Funciones desempeñadas en el centro de trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencial</p> <p><input type="checkbox"/> Administración y gestión</p> <p><input type="checkbox"/> Ambas</p> <hr/> <p>Tipo de contrato o relación laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Fijo</p> <p><input type="checkbox"/> Indefinido</p> <p><input type="checkbox"/> Eventual</p> <p><input type="checkbox"/> De prácticas</p> <p><input type="checkbox"/> Por obra y servicio</p> <p><input type="checkbox"/> Autónomo/a</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____.</p>
<p>Tiempo de antigüedad desarrollando su profesión como Musicoterapeuta.</p> <p><input type="checkbox"/> < 1 año.</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 año a < 5 años (especificar): _____ años.</p> <p><input type="checkbox"/> 5-9 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 10-19 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 20-29 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 30 ó más años.</p>	<p>Tiempo de antigüedad en el puesto actual o puestos actuales:</p> <p><input type="checkbox"/> < 1 año.</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 año a < 5 años (especificar): _____ años.</p> <p><input type="checkbox"/> 5-9 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 10-19 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 20-29 años.</p> <p><input type="checkbox"/> 30 ó más años.</p>
<p>Jornada de trabajo como Musicoterapeuta a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> menos de 5 horas a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 5 horas y 10 horas a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 10 horas y 20 horas a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 20 horas y 40 horas a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 40 horas a la semana</p> <p>(incluye preparación, sesiones y evaluación)</p> <hr/> <p>Turno de trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> Mañanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tardes.</p> <p><input type="checkbox"/> Noches.</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes entre semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Fines de Semana</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes entre semana + incluye fines de semana o festivos.</p> <p><input type="checkbox"/> Rotatorio mañanas-tardes-noches entre semana + incluye fines de semana o festivos.</p>	<p>¿Realiza supervisión?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1/mes <input type="checkbox"/> 2/mes <input type="checkbox"/> 3 ó más/mes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p>¿Impartes formación referente a la Musicoterapia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <hr/> <p>Ámbitos o áreas de trabajo (señale una o varias según corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> Prenatal</p> <p><input type="checkbox"/> Uci Pediátrica/prematuros.</p> <p><input type="checkbox"/> Estimulación temprana</p> <p><input type="checkbox"/> Atención temprana</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad</p> <p><input type="checkbox"/> Educativo</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalaria</p> <p><input type="checkbox"/> Social/Comunitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Geriatría</p> <p><input type="checkbox"/> Neuro-rehabilitación</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromialgia/dolor crónico</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados paliativos</p>

<p>Tipología de centro de trabajo (Señale la que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Público</p> <p><input type="checkbox"/> Privado</p> <p><input type="checkbox"/> Ong.</p>	<p>¿Acudes a cursos de formación?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p>Nº de pacientes individuales con los que trabajas de manera semanal(indica el número):</p> <p><input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Nº de pacientes grupales con los que trata de manera semanal(indica el número):</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>¿Compatibiliza su profesión con otro/s trabajos fuera de la Musicoterapia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, de manera habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	<p>¿Ha estado de baja laboral en el último año por motivos laborales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, en 1 ocasión.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, en 2 ocasiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, en 3 ocasiones ó más.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero por motivos personales.</p> <hr/> <p>Nº de días totales de baja en el último año: ____</p>
<p>En los últimos 2 años, ¿ha estado en situación de paro?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <hr/> <p>¿Cuánto tiempo estuvo en el paro en los 2 últimos años?</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <hr/> <p>¿Comparte profesión (no necesariamente mismo lugar de trabajo) con su pareja?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	<p>¿Cuándo fue la última vez que solicitó vacaciones de trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Hace _____.</p> <hr/> <p>¿Cuánto tiempo estuvo de vacaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mes.</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 1 mes.</p>
<p>En el último año, ¿ha pensado seriamente en abandonar su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	<p>En el último año, ¿ha iniciado la búsqueda de otro trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>
<p>¿Mantiene la misma ilusión por su trabajo que cuando comenzó?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No, ha aumentado.</p> <p><input type="checkbox"/> No, ha disminuido.</p>	<p>¿Frecuentemente toma psicofármacos recetados médicamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>
<p>A nivel laboral, ¿se siente valorado:</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Los pacientes a los que cuida/trato?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Los familiares de los pacientes a los que cuida/trato?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Por mis compañeros/as de trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Por el/a director/a de mi centro si lo hubiera?</p>	<p>En el último año, ¿ha consultado con algún profesional para tratar alguna dolencia relacionada con su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con el médico de cabecera.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con un médico especialista.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con un psicólogo.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con un fisioterapeuta.</p> <p><input type="checkbox"/> Musicoterapeuta</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>

Datos recursos personales.

<p>¿Padece alguna enfermedad crónica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p>	
<p>En el último mes, ¿ha practicado alguna de las siguientes acciones? Señala 1 ó varias si es así:</p> <p><input type="checkbox"/> Relajación.</p> <p><input type="checkbox"/> Musicoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Yoga</p> <p><input type="checkbox"/> Mindfulness</p> <p><input type="checkbox"/> Minimeditación.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificación de emociones.</p> <p><input type="checkbox"/> Gestión de emociones.</p> <p><input type="checkbox"/> Escritura reflexiva.</p> <p><input type="checkbox"/> Actividades de autocuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Actividades de formación continua de manera voluntaria.</p> <p><input type="checkbox"/> Retiros especializados.</p> <p><input type="checkbox"/> Talleres de autocuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Talleres de intervención de equipo.</p> <p><input type="checkbox"/> Escapada de viaje.</p> <p><input type="checkbox"/> Queda con amigos no relacionados con mi trabajo.</p> <p><input type="checkbox"/> Quedada con familiares.</p>	<p>¿Realiza alguna actividad de manera consciente para evadirse de su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <hr/> <p>En caso afirmativo, ¿qué actividad/es? (Se incluyen actividades de ocio)</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <p><input type="checkbox"/> _____.</p> <hr/> <p>¿Con qué frecuencia a la semana?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 hora semanal.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 5 horas/semana.</p>
<p>Con respecto a la pregunta anterior, ¿con qué frecuencia a la semana?</p> <p><input type="checkbox"/> Lo hice de manera aislada.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 hora semanal.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 horas/semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Más 5 horas/semana.</p>	

Anexo IV: Informe del Comité de Bioética y Bioseguridad.

D. JAVIER DE FRANCISCO MORCILLO, PRESIDENTE POR DELEGACIÓN DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.

INFORMA: Que una vez analizada por esta Comisión la solicitud de Proyecto de Tesis titulado “Estudio sobre la prevalencia del síndrome de Burn Out y satisfacción laboral en musicoterapeutas de España”, cuyo Investigador/a Principal es D/Dª Manuel Sequera Martín, ha decidido por unanimidad, valorar positivamente el precitado proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Badajoz, a 08 de octubre de 2019.

**DE
FRANCISCO
MORCILLO
JAVIER -
28946338X**

Firmado digitalmente por DE
FRANCISCO MORCILLO JAVIER -
28946338X
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES,
serialNumber=IDCES-28946338X,
givenName=JAVIER, sn=DE
FRANCISCO MORCILLO, cn=DE
FRANCISCO MORCILLO JAVIER -
28946338X
Fecha: 2020.09.15 19:10:28 +0200

Anexo V. Cronograma.

	2017												2018											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov/Dic	
Búsqueda bibliográfica																								
Selección, análisis, interpretación y síntesis documental de antecedentes																								
Diseño de cuestionarios																								
Elaboración Memoria-Proyecto de Tesis Doctoral																								
Envío de documentación y permisos Comité de Ética UEX																								
Inicio de la investigación: información, selección de la muestra y entrega de documentación para recogida de datos																								
Recopilación de datos: tratamiento y ordenación de datos obtenidos																								
Análisis estadístico de los datos																								
Interpretación de los resultados																								
Redacción final de la investigación y extracción de conclusiones																								

	2019												2020												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov/Dic		
Búsqueda bibliográfica																									
Selección, análisis, interpretación y síntesis documental de antecedentes																									
Diseño de cuestionarios																									
Elaboración Memoria-Proyecto de Tesis Doctoral																									
Envío de documentación y permisos Comité de Ética UEX																									
Inicio de la investigación: información, selección de la muestra y entrega de documentación para recogida de datos																									
Recopilación de datos: tratamiento y ordenación de datos obtenidos																									
Análisis estadístico de los datos																									
Interpretación de los resultados																									
Redacción final de la investigación y extracción de conclusiones																									

Doctorando: Manuel Sequera Martín.



**VNiVERSiDAD
DSALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL