

Revista Electrónica de Psicología Política

BURNOUT Y CUIDADO DE LA SALUD EN VOLUNTARIOS ^[1]

Juan Antonio Moriana Elvira ^[2]

Resumen: El presente trabajo analiza las principales características del síndrome de burnout. Presentamos las características principales del síndrome y su origen histórico y explicamos su evolución según el planteamiento predominante de las teorías de Maslach. Tras su delimitación conceptual presentamos sus fases, factores y síntomas asociados. Posteriormente, exponemos las principales limitaciones que tiene dicho síndrome para su evaluación y estudio, y los métodos más importantes utilizados para su intervención individual, grupal, organito y nivel de prevención. Finalmente se exponen las particularidades más relevantes del síndrome en cuidadores y voluntarios.

Palabras clave: burnout, evaluación, tratamiento, cuidador y voluntario.

Burnout and care of the health in care-keepers and volunteers.

Abstract: The present work analyses the main characteristics of the burnout syndrome. We present the main characteristics of the

syndrome your historical origin and we explain the evolution according to the predominant position of the Maslach theories. After this conceptual delimitation we present the phases, factors and associate symptoms. Later on, we expose the main limitations that this syndrome has for your assessment and study, and the most important methods used for the individual, grupal, and organizative interventions and level of prevention. Finally the most outstanding particularities in the syndrome are exposed in care-keepers and volunteers.

Words key: burnout, assessment, treatment, care-keeper and voluntary.

El término *burnout* es un anglicismo utilizado, en un primer momento, por la sociedad británica como un concepto popular dentro de la jerga de los deportistas que describía una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos (De Dios, 1998). En castellano, su traducción literal significa “estar quemado”, “síndrome del quemado profesional” o “quemazón profesional”. Según Torres Gómez de Cádiz (1997), aludiendo al diccionario de la Real Academia Española, “quemar(se) hace referencia a impacientar o desazonar a uno, gastarse, quedarse sin recursos o posibilidades en una actividad cualquiera, y sobre quemazón: Desazón moral por un deseo no logrado”.

Fue utilizado por primera vez por Freudemberger (1974), en su descripción del agotamiento que sufrían los trabajadores de los servicios sociales. Sin embargo, fue Maslach (1977), quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Describiendo un fenómeno de agotamiento de trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos. Profesionales que mantienen un contacto constante y directo con personas que son beneficiarias del propio trabajo: docentes, servicios sociales, sanitarios, fuerzas de orden público...

Definido en un primer momento como “*debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos*” (Freudenberger, 1974), este autor, constató en su experiencia como director de una clínica como sus trabajadores al cabo de un tiempo y como causa de lo que analizó posteriormente: excesivas demandas y expectativas no realistas creadas por uno mismo y/o por la sociedad (Freudenberger y Richelson, 1980), se generaban unos síntomas de irritabilidad, cinismo y depresión de los trabajadores hacia las personas con las que trabajaban. La definición de este autor estaba encuadrada dentro de una perspectiva clínica. Se centró en el estudio de su etiología,

síntomas, curso y recomendaciones de tratamiento, representando en su manifestación clínica un estado de cansancio que resulta de trabajar demasiado intensamente y sin preocuparse de sus propias necesidades.

El término hace referencia a una situación de agotamiento, cansancio emocional, desgaste o fatiga psíquica en el trabajo, disminución de la realización personal, de la cantidad y calidad del trabajo y pérdida de energía, sobrepasando y agotando la capacidad de afrontar una situación laboral, familiar o social de forma adaptativa. A pesar de esto, la investigación sobre el *burnout* se ha centrado en el nivel laboral. La definición más aceptada es la acuñada por Maslach y Jackson, que desde una perspectiva psicosocial comenzaron a estudiar e identificar las distintas condiciones del trabajo que conducen al *burnout*, “*es un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, el cual lleva a extenuación y distanciamiento emocional con los beneficiarios de su trabajo*” (Maslach, 1977) completada en los años 80 como “*una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización*” (Maslach y Jackson, 1981) y más recientemente como “*un tipo de respuesta prolongada debida a estresores emocionales e*

interpersonales crónicos debida al trabajo” (Kleiber y Enzmann, 1990; Schaufeli, Maslach y Marek, 1993; Maslach, 1999).

Estas autoras, identificaron tres aspectos básicos que conformaban el *burnout*: cansancio emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. El **cansancio emocional**, supone síntomas de pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste y sentimientos de estar al límite, y ocurre cuando la fuerza emocional se va consumiendo y el profesional ve cómo se vacía su capacidad de entrega a los demás, desde un nivel personal, físico y psicológico. La **despersonalización**, supone la aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que se trabaja, con un distanciamiento emocional, irritabilidad y rechazo de los mismos. Este proceso, lleva al endurecimiento y a la deshumanización de los trabajadores frente a los usuarios a los que atienden, llegando a tratarlos en algunas ocasiones como simples objetos, números o incluso considerándolos como merecedores de sus propios problemas. En esta línea, Lief y Fox (1963), afirmaron que niveles moderados de despersonalización podían resultar adaptativos ya que minimizaban los efectos negativos y emocionales resultantes de establecer contacto con personas que normalmente tienen problemas. La **realización personal**, implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima, baja efectividad en el trabajo, ideas de

fracaso respecto a la propia realización del mismo, evaluación negativa, infeliz y descontento con su labor, incluso síntomas propios de depresión como moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión.

Según Maslach (1999), se pueden distinguir dos momentos fundamentales en la discusión del término *burnout*. La primera denominada por la autora como la fase pionera (que abarca la década de los 70 y principios de los 80) se caracteriza por la aparición de los primeros artículos en magazines y revistas dirigidas a colectivos profesionales específicos, describían situaciones que vivían estos colectivos y usualmente proporcionaban estrategias de intervención que recomendaban.

Derivado de esta definición, una de las más aceptadas por la comunidad científica (Courage y Williams, 1987; Perlman y Hartman, 1982; Maslach, 1982b, 1993; Cordes y Dougherty, 1993), estas autoras proporcionaron un instrumento de evaluación del *burnout*: el Maslach *Burnout* Inventory (M.B.I.) (Maslach y Jackson, 1981). También, intentaban analizar las causas y sus consecuencias con pequeñas evidencias empíricas no refutadas. Eran definiciones

borrosas que dieron paso a centrar los estudios en la búsqueda de una definición con un modelo teórico explicativo de este fenómeno.

Más tarde, en los años 80, surgen muchos libros y artículos en donde se planteaban multitud de modelos explicativos, se proponen ideas de intervención y se presentaban varias formas de corroborar sus evidencias por medio de cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos (Maslach, 1999). A principios de los 80, el fenómeno *burnout* es casi exclusivamente estudiado en EEUU, gradualmente se incorporan a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, hasta el momento actual, en el que podemos encontrar estudios por todo el mundo.

La literatura actual se caracteriza fundamentalmente por:

1º. Se sigue estudiando el *burnout* dentro de ocupaciones laborales de servicios humanos aunque la variedad de profesiones se amplía constantemente.

2º. El concepto de *burnout* se extiende a otro tipo de ocupaciones así como a áreas no ocupacionales como (mundo de negocios, deportes, política, ámbito familiar...) (Maslach, Jackson and Leiter, 1996).

3º. La mayoría de los estudios tienden a focalizar más su atención sobre factores relacionados directamente con el trabajo que con otro tipo de variables.

Sin embargo, a lo largo de más de 25 años de estudios sobre el *burnout*, todavía no existe una postura consensuada sobre su definición. El tratarse de un fenómeno dependiente de numerosas variables tanto personales y contextuales como del propio trabajo a realizar, hacen que no aparezca como un constructo homogéneo. No está universalmente aceptada una definición (Dworkin, 1987; Farber, 1991b; Handy, 1988; Jackson, Schwab y Schuler, 1986; Shirom, 1989). Desgraciadamente, limitaciones para la investigación del *burnout* están dificultando su desarrollo teórico hasta el momento (Freudenberger, 1983; Gold, 1984; Handy, 1988; Jackson et al, 1986; Maslach y Jackson, 1984; Meier, 1983; Perlman y Hartman, 1982; Byrne, 1999). La variabilidad de constructos y variables de cada uno de los grupos profesionales estudiados dificulta una conceptualización del *burnout* y replicar y testar estadísticamente las investigaciones de forma satisfactoria. Como consecuencia no se puede establecer un único modelo teórico que lo pueda explicar satisfactoriamente (Byrne, 1999).

No obstante, son muchos los autores que han definido el síndrome de *burnout* desde diferentes puntos de vista, acuñando significados distintos a los anteriormente descritos (Burke, 2001). Por ejemplo, Jenkins y Calhoun (1991), definieron el *burnout* como una consecuencia del estrés prolongado, reflejando la acumulación de reacciones de estrés y su connotación de fenómeno contagioso ya que cuando hay un profesional insatisfecho y deprimido sus compañeros pueden llegar a estarlo con mayor probabilidad (Calvete y Villa, 1997).

Cada vez son más los autores que apuestan por modelos de explicación de este fenómeno desde posturas integradoras y multifactoriales (Vandenberghe y Huberman, 1999; Maslach, 1999). En el estudio de diversas profesiones e incluso de ámbitos no relacionados con el trabajo (como la familia, el matrimonio, asociacionismo, etc.) vemos la aparición del *burnout* relacionada con una multitud de factores que requieren de modelos integradores para su explicación. De esta forma se describe el fenómeno de forma general con algunos factores comunes para cualquier persona y situación pero que a su vez, sea capaz de explicar aspectos específicos de situaciones y ámbitos más concretos.

A lo largo de la historia del término, existen numerosas dudas sobre su validez de constructo, al tratarse de una cuestión de reciente aparición ha sido difícil no confundirlo con otro tipo de fenómenos que o bien han sido considerados como su propia causa o al menos han estado muy relacionados, como puede ser el estrés (Pines y col. 1981), pobres condiciones económicas (Cruse, 1980), sobrecarga de trabajo y falta de éxito percibido (Weiskopf, 1980), crisis en el desarrollo de su carrera (Cardinell, 1981), insatisfacción, estrés, tedium, ansiedad, tensión, conflicto, nervios, aburrimiento, fatiga y depresión (Ficklin, 1983).

Sin lugar a dudas el cuestionario más utilizado ha sido el MBI (Maslach y Jackson, 1981). No obstante, cabe mencionar los siguientes instrumentos que han sido aplicados a todo tipo de profesiones asistenciales, incluso algunos especialmente diseñados para estas.

1. Tedium Measure (TM) o Tedium Scale (TS), (Pines, Aronson y Kafry, 1981)
2. The Staff *Burnout* Scale for Health Professionals (Jones, 1980)
3. *Burnout* Index (BI) (Shirom, 1986)
4. Energy Depletion Index (EDI) (Garden, 1987)

5. Job *Burnout* Inventory (JBI) (Ford, Murphy y Edwards, 1983)
6. Matthews *Burnout* Scale for Employees (Matthews, 1990)
7. Medical Personnel Stress Survey (MPSS) (Hammer, Jones, Lyons, Sixmith y Afficiando, 1985)
8. Nursing Stress Scale (NSS) (Gray-Toft y Anderson, 1981)
9. Psychologist's *Burnout* Inventory (PBI) (Ackerley, Burnell, Holder y Kurdel, 1988)
10. Teacher Attitude Scale (TAS) (Farber, 1984)
11. Teacher Stress Inventory (TSI) (Fimian, 1984)
12. Tedium Occupational (TO) (Corcoran, 1995)
13. Meier *Burnout* Assesment (M.B.A.) (Meier, 1983)
14. *Burnout* Inventory for Health and Mental Healt Practitioners (Tout y Shama, 1990)
15. Emener-Luck *Burnout* Scale (ELBOS) (Emener, Luck y Gohs, 1982)
16. Escala de Efectos Psíquicos del *Burnout* (García y Velandrino, 1992)
17. Generalized Work Distress Scale (GWDS) (Flowers, Booraem y Schwartz, 1992)
18. Holland *Burnout* Assessment Survey (Holland y Michael, 1993)
19. Human Services Inventory (Whitehead, 1989)
20. McDermott *Burnout* Inventory (McDermott, 1984)
21. Rome *Burnout* Inventory (Ventruí, Dell'erba y Rizzo, 1994)

22. Teacher's World Scale (Friedman y Lotan, 1987)

23. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI: HS; ED; GS)

Los distintos cuestionarios y sistemas de medida del *burnout* añaden una gran variabilidad de instrumentos fruto de las diversas definiciones y modelos teóricos que existen en la literatura sobre el tema, además su utilización para colectivos profesionales concretos intenta delimitar aún más las condiciones específicas de cada ámbito laboral añadiendo características diferenciales propias de cada profesión. No obstante, como comentábamos anteriormente, es sin duda el MBI de Maslach el instrumento más utilizado independientemente del colectivo profesional estudiado.

Respecto a las profesiones con riesgo de sufrir *burnout* los estudios se han caracterizado por centrarse en ámbitos laborales relacionados con los servicios humanos (Freudenberger, 1978; Maslach, 1999; Byrne, 1999; etc.), relacionadas con la salud (Lewy, 1981; Hoiberg, 1982; McCarty y Reyes, 1985), en enfermeros/as (Olmedo, 1996; Manzano, 1997, 2000; Gil, 1993; Gil, Peiró, Valcarcel y Grau, 1996; Alarcón, 1999), en médicos de hospital general (Daniel, 1994; Olza, 1998; Silva, 1998), en médicos de atención primaria (Sáez, 1997); en personal sanitario que trabaja con afectados de SIDA

(López, 1995); la enseñanza (Pont y Reid, 1985; Faber, 1984; McIntyre, 1984; Kremer y Hofman, 1985, Vandenberghe y Huberman, 1999), seguridad pública (Cherniss, 1980); policías (Silbert, 1982; Patterson, 1999); clérigos (Fichter, 1984; Kirsch, 2001); psicólogos (Maslach y Jackson, 1984); alumnos (Marcilla, 1991); en la administración pública (Manzano, 2001); en voluntarios (Chacón y Vecina, 1999), etc.

De esta forma, se han estudiado profesionales de los negocios, corredores de bolsa y ejecutivos (Burke, 1990; Fry, 1995; Kahn y Cooper, 1992; Gryskiewicz y Buttner, 1992), empleados de transportes públicos (Dekker y Schaufeli, 1995), vendedores y representantes de departamentos de atención al cliente (Singh, Goolsby y Rhoads, 1994), sindicalistas (Carli, Pedrabisi y Santinello, 1994; Nandram y Klandermans, 1993), empleados de empresas informáticas y técnicos diseñadores de software (Sonnentag, Brodbeck, Heinboker y Stolte, 1994; Evans y Fischer, 1993), bibliotecarios (Smith, Birch y Marchant, 1984), controladores aéreos (Ventruí, Dell'érba y Rizzo, 1994), deportistas (para una revisión: Dale y Weinberg, 1990), dentro de estos, a los entrenadores (Capel, Sisley y Desertrain, 1987) y a los atletas (Garcés de los Fayos, 1995; Fender, 1989; Silva, 1990), músicos (Cohen, 2000).

Incluso encontramos estudios que poco tienen que ver con el ámbito laboral como los realizados en la esfera familiar (Pelsma, Roland, Tollefson y Wigington, 1989; Brotherson, Berdine y Sartini, 1993), *burnout* marital (Pines, 1988), asociacionismo y activismo político (Gomes y Maslach, 1991; Pines, 1994; Wollman y Wexler, 1992).

En cuanto a las terapias utilizadas para tratar el síndrome de *burnout* destacan:

Intervenciones individuales: counseling, terapias breves de orientación y asesoramiento, terapias centradas en el control e inoculación de síntomas de ansiedad y depresión, resolución de problemas, etc.

Intervenciones grupales: counseling aplicado a grupos, técnicas centradas en actividades deportivas y psicofísicas (yoga, relajación), resolución de problemas en grupo y otras actividades de ocio y tiempo libre.

Intervenciones en la organización o comunidad: actuar sobre todos aquellos aspectos físicos y psíquicos del trabajo relacionados con la aparición del síndrome de *burnout* en los trabajadores.

Prevención: la prevención está actualmente considerada como una de las herramientas más útiles en la intervención contra *burnout*. Implica modificar aquellas características que provocan los

estadios iniciales del síndrome y el trabajo previo con las capacidades de afrontamiento de lo individuos.

En cuanto a las particularidades que presenta el síndrome de *burnout* en cuidadores y voluntarios parece que en líneas generales la aparición de cansancio emocional (la primera fase del síndrome), se asocia con la atención y sobrecarga emocional producida por un contacto prolongado con pacientes o personas que viven una situación problemática crónica. El desgaste producido en el cuidador y voluntario se relaciona con la incapacidad de poder cambiar esa situación, con los pocos avances que normalmente se producen, e incluso, con la particularidad más frecuente que suele ser el empeoramiento de los cuadros o situación de la persona cuidada (incluido su posible fallecimiento).

Para atenuar esta situación se recomienda que el cuidador y/o voluntario disponga de tiempo libre y pueda realizar otro tipo de actividades que no tengan nada que ver con la persona cuidada, desarrollar actividades lúdicas y ejercicio físico, tener contacto con otras personas que se encuentren en situaciones similares y disponer del asesoramiento de un profesional que pueda orientarlos en las distintas fases y problemáticas que vivirán tanto uno como el otro. Una de las recomendaciones más importantes es trabajar previamente con

el cuidador o voluntario preparándole para todas las situaciones futuras a las que posiblemente se tenga que enfrentar.

Referencias Bibliográficas

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

Moriana, J.A. (2004). *Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado*. Córdoba: Servicio de Publicaciones UCO.

Moriana, J.A. y Herruzo, J. (2004). Estrés y *burnout* en profesores. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 597-621.

Moriana, J.A. y Herruzo, J. (2005a). Type A Behavior Pattern as a predictor of psychiatric sick-leaves of Spanish teachers. *Psychological Reports*, 96, 77-82.

Moriana, J.A. y Herruzo, J. (2005b). El síndrome de *burnout* como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Revista Clínica y Salud*, 16, 9-29.

Peiró, J.M. (2005). *El síndrome de burnout*. Madrid: Ed. Pirámide.

^[1] Presentado en el Encuentro Internacional de Psicólogos Sin Fronteras. 04, 05 y 06 de agosto de 2005. Universidad Nacional de San Luís, Argentina.

^[2] Dr. en Psicología. Profesor Asociado de la Universidad Nacional de Córdoba (España). E-mail: ed1moelj@uco.es