

ESTRÉS ESPECÍFICO: “BURNOUT” EN CUIDADORES FORMALES E INFORMALES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Guadalupe Manzano García
Universidad de La Rioja

En las sociedades contemporáneas, factores como el aumento de la esperanza de vida, el descenso notable de la fecundidad, y el incremento de la población anciana, susceptible de adquirir una enfermedad crónica e incapacitante, unidos a una transformación de la familia que minimiza el número de cuidadores informales, genera un crecimiento de solicitudes de sistemas de apoyo formal, principalmente de cuidadores profesionales en el contexto de las residencias geriátricas, que suplan las demandas y necesidades del anciano.

El envejecimiento de las poblaciones se está produciendo a escala mundial. España se inscribe dentro del grupo de poblaciones envejecidas siendo la proporción de mayores de sesenta y cinco años superior al 15% y con un índice de dependencia del 76,5%. Es importante reseñar que no sólo ha aumentado el número de personas ancianas con respecto a la población total sino que se ha incrementado la esperanza de vida produciéndose cambios en la estructura interna de la población anciana, es decir, un envejecimiento interno, con un considerable aumento, tanto en términos absolutos como relativos de la población de ochenta y más años de edad. En la Unión Europea se prevé que en el año 2020 las personas de sesenta años y más constituirán una quinta parte de la población total.

El cuidado de las personas de edad avanzada ha emergido durante los últimos años como un importante problema social. El envejecimiento de la población ha generado un incremento de la carga y de las responsabilidades de las

familias, quienes contribuyen con una importante cantidad de ayuda a la asistencia de personas mayores con algún nivel de dependencia. Esta prestación de ayuda se mantiene habitualmente durante un largo período de tiempo, no existiendo precedentes en la historia de esta nueva condición que se impone a las responsabilidades familiares.

La responsabilidad de proporcionar, día a día, ayuda a un familiar que está en una situación de fragilidad tiene una importante repercusión física y psicológica sobre la vida de los cuidadores informales y el resto de la familia. De hecho, el cuidador de personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los acontecimientos más estresantes en la vida de una familia y de cada uno de sus miembros.

La experiencia del trabajo, que afirma la identidad y asegura una coherencia y una posición social, se configura como una de las formas culturales más importantes para el desarrollo individual y social de la persona; por tanto, no debe convertirse en una forma de alienación, despersonalización o estrés.

Los cuidadores son aquellas personas (padres, hijos, familiares, amigos, vecinos, voluntarios, etc.), instituciones o asociaciones que atienden a personas dependientes.

A pesar de las ayudas que proporcionan las instituciones y asociaciones de Servicios Sociales y de Salud, en la mayoría de los casos es la familia quien asume el cuidado directo y la atención de la persona dependiente.

El estrés es un ingrediente inevitable de nuestra existencia. Todos reaccionamos constantemente a los cambios y las exigencias de nuestro organismo y entorno. Está comprobado que un cierto grado de estrés nos vigoriza, nos mantiene en forma, y estimula la producción de ciertas hormonas (dopamina, epinefrina) relacionadas con experiencias excitantes (Sexo, deporte).

El estrés no implica necesariamente problemas psicológicos, ni miedos irracionales, ni dudas existenciales. Tampoco nos obliga a culpar a nadie, ni que estemos abrumados, o que estemos enfermos, o que hemos fracasado en algún proyecto.

Tal vez por su alta aceptación social, el estrés nos ofrece una forma más honorable y menos costosa de quejarnos de nuestros dolores y debilidades, o de justificar lo injustificable. Además, la gente tiende a mirar con respeto a quienes confiesan sentirse estresados. Se les considera personas activas, luchadoras, que soportan con valentía las fatigas de la vida diaria.

Las enfermedades neurodegenerativas y el envejecimiento poblacional suponen un importante reto para la ciencia, dadas las alarmantes repercusiones que acarrearán. En este capítulo trataremos de analizar y exponeremos las consecuencias afectivas que, en el ámbito familiar y laboral, conllevan las labores de aten-

ción y cuidado a los familiares de quienes padecen el "paso de los años". A la vez que describimos un síndrome emocional, o tipo de estrés específico, denominado Burnout (cuya traducción libre del inglés sería "estar quemado"), que incide especialmente en esta población de cuidadores formales e informales de personas mayores. También propondremos estrategias de afrontamiento que permitan que dicha labor sea más llevadera.

Los cuidadores informales deben ser conscientes de las consecuencias que supone el cuidado de personas mayores en el núcleo familiar. El impacto sobre la familia del enfermo es un hecho incuestionable, que está modulado por múltiples factores, siendo los más destacados: la situación económica familiar, la red de apoyo social, el tipo de relación conyugal, el estado de salud de los propios cuidadores y la evolución de la enfermedad en sí. Todos estos factores unidos a la impotencia de ver como el familiar va progresivamente deteriorándose van a contribuir al aumento del estrés en todo el núcleo familiar.

La "ocupación" que supone un enfermo mayor, hace necesario que uno de los miembros de la familia se haga cargo y responsabilice de su cuidado y atención durante todo el transcurso de la enfermedad.

Por lo tanto, el cuidador pasa a ser una figura relevante en el proceso de la enfermedad concreta. Este cuidador, según Florez (1996), tiene una edad que se sitúa en más de cincuenta años en el 60% de los casos (con una media de 57), teniendo el 10% de ellos más de setenta y cinco años. Los miembros de la familia que atienden al enfermo suelen ser predominantemente las hijas en un 43% de los casos, el cónyuge (2,7%), las nueras (7,5%), hijos varones (5,8%) y el resto, otros familiares.

La vida del cuidador cambia por completo, tiene que estar las veinticuatro horas del día pendiente de una persona que va deteriorándose día a día. Esta situación genera una gran dosis de estrés y más concretamente de Burnout que tan frecuentemente padecen quienes han de realizar tareas asistenciales (Peinado et al, 2004).

La literatura científica ha puesto de manifiesto los costes sociales, psicológicos, financieros y físicos que provocan a los cuidadores esta situación, que se traduce en el padecimiento de estrés, carga mental, depresión y una amplia variedad de síntomas que cursan con el malestar emocional y el decremento del bienestar del cuidador (Jofré y Mendoza, 2005).

El estrés del cuidador surge principalmente de las diferentes formas de percibir las necesidades del enfermo, invertir tiempo y recursos a cambio de otras privaciones, sentimientos de culpa, conflictos entre las expectativas o valores propios y del resto de miembros de la familia, insuficiencia de factores económicos, falta de recursos en la comunidad etc. Generalmente el conflicto se genera entre satisfacer las necesidades del enfermo y las familiares, ya que ambas son,

casi siempre, incompatibles. El cuidador ha de renunciar, en la mayoría de los casos, a parcelas de su vida social y laboral como consecuencia de la atención que ha de proporcionar al enfermo (García, Mateo y Gutiérrez, 1999). El trabajo de los cuidadores es intrínsecamente estresante.

Siguiendo a Pérez Melero (2000) las tres etapas de agotamiento en el cuidador son:

- a) La frustración: el cuidador principal expresa su frustración y decepción continua con el deterioro del estado de la persona a quien cuida, o con su falta de progreso. Al cuidador principal se le dificulta aceptar que la calidad del cuidado y los esfuerzos no tienen nada que ver con el deterioro actual del estado de salud o del humor de la persona a quien cuida.
- b) El aislamiento: el cuidador principal lucha por justificar la razón por la cual trabaja tan duro para cuidar a alguien. Es posible que sienta soledad, falta de agradecimiento, falta de confianza o crítica de parte de otros miembros de la familia o de la persona a quien cuida. No acepta la realidad sobre el estado de la persona a quien cuida ni los límites del cuidado. El cuidador principal no quiere, no puede o duda en pedir ayuda de otras personas.
- c) La desesperación: el cuidador principal se siente desamparado y desorientado. El cuidador principal no puede concentrarse y pierde su eficacia como cuidador. Ya no le anima el progreso de la persona a quien cuida o su reacción al cuidado de calidad. Como consecuencia, el cuidador principal descuida su propia atención personal y bienestar, pierde interés en la comunidad, los contactos sociales y las actividades de descanso, como la lectura, las películas u otras actividades estimulantes.

Perfil del cuidador

La mayoría de los cuidadores familiares son mujeres: por ejemplo, tanto en Austria como en España más del 80% de los cuidadores son mujeres (Winkler, 1999; Rodríguez, 1997). Es importante reseñar, sin embargo, que los cuidadores no son un grupo homogéneo. Por ejemplo, las hijas pueden estar casadas o solteras y puede ser que tengan hijos o no. Muchos cuidadores son mayores y puede que sean dependientes, de una forma u otra. Una pequeña, pero significativa, proporción de cuidadores son hombres con necesidades y expectativas potencialmente diferentes a las de las mujeres cuidadoras (Wells, 1999).

Las normas sociales pueden influir en la decisión que los individuos tomen a la hora de involucrarse en el cuidado de una persona mayor. Muchas mujeres se sienten en la obligación de desempeñar este papel que racionalmente “preferían a otras actividades”. En algunos casos, independientemente de las moti-

vaciones iniciales, al cuidador, no le queda otra elección que continuar desempeñándolo mientras sea necesario.

En la familia, es la mujer mayoritariamente la prestadora de servicios de cuidado, y ante su incorporación al mercado laboral se ejerce una importante presión hacia los sistemas de protección social exigiendo provisión de servicios de atención y cuidado a los niños y personas dependientes que facilite la conciliación entre sus roles tradicionales y los actuales en igualdad de oportunidades a otros ciudadanos.

La incorporación de las mujeres al empleo, actualmente, es un requisito para afrontar los desafíos de los estados del bienestar contemporáneos. Pero de forma paralela, el envejecimiento de la población y la globalización de los mercados, amenaza con desbordar la capacidad de los sistemas de protección social con suficientes garantías. Hasta ahora, las mujeres protagonizan los sistemas formales e informales de protección social a personas dependientes (Esping-Andersen, 2002).

En España la visión de la familia es aún muy conservadora y arroja una gran sobrecarga familiar y sobre todo de la mujer, que se traduce en que: las mujeres de 35-55 años tienen tres veces más enfermedades debidas al estrés que el promedio español; el 51% de las mujeres que cuidan personas dependientes están cansadas; 32% están deprimidas y el 30% sienten que su salud se ha deteriorado; el 64% de mujeres cuidadoras de personas dependientes han reducido su tiempo de ocio; 48% han dejado de ir de vacaciones; 40% ha dejado de frecuentar amistades; para el 28% de mujeres cuidadoras, su trabajo cuidador dura más de diez años; para un 19% dura entre seis y diez años; y para un 25% dura entre tres y cinco años (Navarro y Quiroga, 2001; Navarro, 2003).

Los patrones educativos y los medios de comunicación, siguen reproduciendo una división de roles sociales según el género que perpetúa una discriminación de la mujer.

Apoyar a las familias, supone permitir el desarrollo de cada uno de sus miembros, y muy en especial de la mujer, facilitándole su derecho a integrarse en el mercado de trabajo para conseguir su propia autonomía.

En España, las hijas cuidan a sus padres y madres, a sus hijos e hijas, incluso cuando son jóvenes, dado que éstos abandonan el hogar familiar rondando los treinta años, a sus parejas y a sus familiares con discapacidad. Además, muchas de ellas trabajan también en el mercado de trabajo.

Las mujeres igual que los hombres quieren tener su propio proyecto profesional, familiar, personal y social. Esta es una conciliación equilibrada y justa, incomparables a los actuales sistemas de conciliación que obligan a, al menos, un tercio de las mujeres españolas a trabajar el "segundo turno" durante la mayor parte de su vida, incluso a aquellas que aportan la principal fuente de ingresos a

sus hogares. Hoy día gran parte del cuidado informal, no es cuidado formal por la falta de una red pública de servicios adecuada que creará puestos de trabajo, cualificados y bien remunerados (OTI, 2006).

Como síntesis de este perfil diremos que en España sólo el 3,5 % de las personas mayores de sesenta y cinco años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,84% con tele-asistencia, el 3,86% con una plaza en una residencia (57% privadas; 18% concertadas y 25% públicas) y el 0,54% en un centro de día, lo que sitúa a España muy por detrás de los niveles de cobertura de los países europeos (Díaz, 2006).

La prestación de servicios va a cargo de la familia especialmente de las mujeres (representan el 83% de las personas cuidadoras), y que por esta situación no pueden integrarse en el mercado laboral remunerado con todo lo que ello conlleva de perjudicial sin tener en cuenta el estrés que puede generar en su psique.

El síndrome de Burnout en cuidadores formales e informales

El estrés laboral se define como una falta de ajuste del individuo a las exigencias percibidas o reales del entorno profesional. Esta ausencia puede ser ocasionada por la insuficiente correspondencia entre las capacidades de la persona y las exigencias del trabajo, bien porque la realidad dificulta la realización de dicho trabajo, bien porque el mismo no satisface las necesidades y expectativas de quien lo desempeña.

Algunos profesionales pueden matizar o atenuar estas experiencias negativas del trabajo, mientras que otros no disponen de los recursos necesarios (materiales y humanos) para afrontarlo, y pueden experimentar un proceso de desarrollo progresivo de estrés laboral, que constituye uno de los fenómenos más extendidos en las sociedades vigentes.

El interés por estudiar el Burnout está relacionado con las importantes repercusiones que este fenómeno genera en los cuidadores que se implican en una relación continua, prolongada y exhaustiva con personas dependientes, y principalmente si ésta es de ayuda y problemática.

De las definiciones relativas al síndrome de Burnout (SB), la más consolidada y clásica, es la propuesta por Maslach y Jackson (1981-1986). El SB sería una respuesta inapropiada a un estrés crónico. Estos autores lo entienden como un constructo multidimensional, configurado por tres dimensiones básicas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) o cinismo y falta de realización personal (RP).

A pesar de la gran variedad de definiciones, Maslach y Shaufeli (1993) señalan que todas ellas comparten características comunes: hay una predominancia

de síntomas disfóricos tales como cansancio mental o emocional, fatiga y depresión, si bien el síntoma principal es el cansancio emocional; el acento se coloca en un síntoma mental o conductual más que en síntomas físicos. Estos investigadores apuntan más hacia los cambios de comportamiento (conducta anormal del rol asistencial o despersonalización o cinismo de la relación con el cliente o persona dependiente), aunque otros autores mencionan también quejas somáticas atípicas. Los síntomas se manifiestan en personas normales que no sufrían previamente ninguna psicopatología; por último, se refleja un síndrome clínico-laboral, que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, y se aprecia una reducción de la efectividad y el rendimiento en el trabajo acompañada de una baja autoestima.

Se puede afirmar que el SB se caracteriza por ser un proceso que genera en el individuo una serie de alteraciones que empujan a una conducta distrófica y a un agotamiento en los ámbitos físicos, psíquico y conductual. Dicho proceso desarrolla en el individuo la sensación de no poder dar más de sí mismo en su entorno laboral, familiar y social, y contribuye de manera efectiva a la disminución del logro personal y al empobrecimiento de la autoestima, manifestándose a través de una sintomatología asociada al ámbito psicósomático, conductual, emocional y defensivo (Manzano, 1998).

Un gran número de variables sociodemográficas han sido consideradas a lo largo de la abundante literatura pertinente al SB. En general, se ha encontrado que estas variables tienen una modesta relación con los niveles del síndrome, llegando tal relación incluso a ser inexistente en bastantes casos (Burke y Richardsen, 1996). Las variables más estudiadas han sido: sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel educación y número de años de experiencia. De todas ellas, la edad y el sexo han sido los factores demográficos más destacados.

El modo en que cada persona maneja las demandas estresantes caracteriza su estilo de afrontamiento: algunos individuos tienden a estar más focalizados en la solución de problemas, mientras otros tienden a estar centrados en las emociones. Desde esta postura, el afrontamiento es el proceso explicativo de las diferencias existentes entre los individuos ante situaciones de estrés.

O'Brien y DeLongis (1996) defienden que la personalidad afecta al grado con que las personas son capaces de coordinar sus esfuerzos cognitivos con las otras personas implicadas en las situaciones estresantes interpersonales. Afirman que el efecto de la personalidad sobre el afrontamiento depende de la situación específica en que ocurra, ya que un mismo rasgo de personalidad puede ser expresado de forma bastante diferente en función del contexto social.

Las disposiciones de personalidad no aumentan la vulnerabilidad al estrés, sino que generan en las personas una forma ineficaz de afrontar los estresores situacionales y, en consecuencia, un incremento en el distrés.

Ciertas variables de personalidad son consideradas como saludables y, por tanto, menos tendentes al SB: personalidad resistente (hardiness), conducta Tipo B, Locus de Control (interno), Sentido de Coherencia (SC), Optimismo, Humor, Esperanza, Nivel de Tolerancia Percibida, Empatía, Autoestima Autoeficacia/Autoconfianza. Otras en cambio, son facilitadoras del SB: Neuroticismo, Ansiedad, Personalidad Obsesiva, Conducta Tipo A y perfeccionismo (Sandín, 1995).

La mayoría de autores ven en el Burnout un sinónimo de estrés ocupacional, cerrándose la posibilidad a comprender dicho fenómeno en otros contextos. Cabe afirmar que el Burnout no tiene que ser obligatoriamente producto del estrés ocupacional. Cualquier individuo puede verse afectado por este problema. Maslach y Jackson, 1984 afirman que es un problema social que afecta a muchas personas y es preciso tener más conocimiento.

Las principales categorías aisladas como factores predictores de Burnout son:

- a) Intrapersonales: recogen las variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, sus creencias, etc.
- b) Familiares: Hacen referencia a las variables relacionadas con la familia que pueden por sí mismas generar situaciones aversivas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua cuidador-resto de la familia-enfermo.
- c) Ambientales: Recogen las variables no relacionadas con el contexto familiar y sí con otros ámbitos como amigos, estilo de vida, hábitos de ocio, etc.

Estrategias de intervención

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por la evaluación cognitiva, los recursos de que dispone (Hamburg y Adams, 1967), las creencias existenciales, las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que pueden ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

Augusto y Martínez (1998) señalan que, con independencia de la elección realizada por los investigadores con uno u otro enfoque teórico, el individuo utiliza combinaciones de estrategias para manejar el estrés, haciendo del afrontamiento un fenómeno complejo.

Moreno-Jiménez y Peñacoba (1995) afirman que la búsqueda de posibles clasificaciones de las estrategias de afrontamiento puede resultar una misión excesiva, ya que los afrontamientos del estrés laboral son múltiples, unos eficaces y otros inadaptativos, y posiblemente siempre propios y particulares del trabajo que se realiza.

En resumen, el síndrome de burnout puede depender de cada individuo en particular, de sus variables personales y de los modos de afrontamiento, pero los factores organizacionales frecuentemente intervienen junto con otros relativos a las peculiaridades de la profesión, a las circunstancias laborales y a circunstancias familiares en las que ésta es ejercida. Incrementar positivamente las condiciones objetivas y subjetivas del trabajo constituye una de las intervenciones básicas en la prevención y el tratamiento del síndrome de burnout.

Por otra parte, los métodos de prevención, reducción o superación del burnout que se pueden utilizar son básicamente los mismos que para el estrés; principalmente, los respaldados en los enfoques de afrontamiento individual, social y organizacional, como ratifica la literatura y las diversas investigaciones acerca de este síndrome (Manzano y Ramos, 1999).

El afrontamiento individual contempla la posibilidad de tener tiempo para ocuparse de uno mismo y atender a las propias necesidades: dedicar un tiempo diario moderado al ocio, obtener frecuentes períodos de vacaciones, mantener una elevada autoestima, planificar objetivos a corto, medio y largo plazo, y no tener prisa en conseguirlos inmediatamente; abordar el trabajo de forma positiva e intentar que éste no modifique la vida privada, compatibilizándolo con las demandas de la familia; disfrutar de múltiples actividades de ocio y tiempo libre -lectura, cine, música, deportes, artes plásticas, meditación, relajación, etc.-. Además, para reducir el síndrome de burnout, es aconsejable garantizar una alimentación saludable, realizar ejercicio físico regular y, en conjunto, cambiar de estilo de vida estresante y adoptar uno saludable.

El apoyo social puede ser un recurso valioso para el tratamiento y prevención del síndrome de burnout. Los profesionales que trabajan en ambientes carentes de apoyo social y que tampoco disponen de apoyo en el plano familiar o en la red social, tienden a sufrir más problemas de salud física y emocional que aquellos que se sienten apoyados en los contextos antes detallados. El apoyo social es primordial en toda profesión, y principalmente en aquellos casos en que el núcleo central es la atención al individuo.

Los métodos organizacionales constituyen un factor importante en la prevención y tratamiento de este síndrome; sobre todo el desarrollo de una política organizacional que contemple la formación continuada y el fomento de equipos multidisciplinarios de trabajo. Debe poner en práctica una redacción de los factores de riesgo, un aumento de las estrategias protectoras, y un fomento de la autoestima y de la autoeficacia percibida, considerando que estas variables juegan un papel fundamental en el desarrollo del síndrome. En definitiva, son muchas las medidas de prevención y tratamiento del síndrome: eliminar y/o minimizar el conflicto del rol o su ambigüedad, propiciar más intervalos de descanso en el trabajo, mejorar las relaciones laborales e interpersonales con los compañeros y con las personas receptoras o destinatarias de su trabajo, promo-

cionar la autonomía laboral y la participación en las decisiones pertinentes al puesto de trabajo y, en fin, promover la calidad de vida laboral y el bienestar físico y psíquico de los cuidadores formales e informales mediante la puesta en práctica de estrategias organizacionales; éstas son probablemente las más importantes, y podrían resumirse como la necesidad de “cuidar al cuidador”.

Estrategias: cuidadores informales

En general, las intervenciones van dirigidas a reducir el estrés que puede producir el cuidado siendo las más representativas y eficaces: los grupos de apoyo; los programas psicoeducativos; la intervención familiar; los programas de intervención clínica y los programas multimodales (Casado y López, 2001).

Los grupos de apoyo permiten a los cuidadores compartir las consecuencias que les ocasiona la actividad de cuidar a personas mayores prestando especial atención al impacto emocional. A través de reuniones grupales se proporciona la oportunidad de intercambiar experiencias y sentimientos entre familiares que afrontan problemas similares. Suelen estar promovidos y organizados por asociaciones de familiares afectados por una enfermedad crónica.

Normalmente, se intercambia información acerca de los recursos que los cuidadores utilizan, se tratan experiencias sobre el cuidado y se promueve la expresión de los sentimientos comunes entre los participantes. Este tipo de intervención suele tener una estructura muy variable en cuanto a aspectos como el número de asistentes, la frecuencia de las reuniones o, incluso, el responsable de las mismas.

En términos generales, los cuidadores perciben los grupos de apoyo como útiles en la medida que les ayudan a intercambiar información y apoyo, reducen su nivel de estrés al poder liberar las tensiones que les produce el hecho de tener que cuidar a una persona dependiente las veinticuatro horas del día. Estos grupos facilitan la puesta en práctica de nuevas estrategias relacionadas con el cuidado a través de personas que tienen problemas similares a los suyos.

Los programas psicoeducativos han sido la intervención más habitual para dotar a los familiares de recursos que faciliten su labor como cuidadores. A través de estos grupos formativos se pretende, además de proporcionar a los cuidadores oportunidades de intercambio de apoyo emocional, proveerles de la información y habilidades necesarias para hacer frente a las tensiones y estrés que generan las situaciones asociadas al cuidado.

Los programas de intervención clínica se han centrado principalmente en la eliminación de sintomatología depresiva de cuidadores informales. Este tipo de terapia cognitivo-conductual en cuidadores deprimidos ha dado frutos positivos. Estos efectos positivos se atribuyen al incremento de las percepciones de autoefi-

encia de los cuidadores y a sus expectativas para afrontar nuevas situaciones estresantes relacionadas con el cuidado. Por todo ello, las estrategias de intervención conductual pueden resultar notablemente eficaces como complemento de intervenciones clínicas dirigidas a mejorar el estado de ánimo del cuidador informal.

La intervención familiar tiene como fin la implicación de otros posibles cuidadores, en dichas reuniones se trata de llegar a acuerdos sobre la implicación de los distintos miembros de la familia.

En dichas reuniones se analizan cuestiones como la identificación de los familiares relevantes, los conflictos familiares y el estilo de resolución de los mismos. No se pretende que la reunión se convierta en una sesión de terapia familiar. Aquí, el profesional debe guiar a la familia hacia planes realistas y evitar la formulación de compromisos escasamente realistas que serían frustrantes a largo plazo.

La eficacia de esta perspectiva de intervención no es conocida aunque es probable que las actuaciones dirigidas a potenciar la red familiar del cuidador resulten determinantes para evitar o retrasar la institucionalización de la persona mayor.

Los programas multimodales tratan de responder de modo integral a las diversas necesidades que presentan los cuidadores. En España pueden encontrarse algunas experiencias aisladas de programas multimodales, entre los que señalamos el programa Sedian, de atención a familiares cuidadores de personas dependientes, del Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa.

Intervenciones sobre el síndrome de Burnout en cuidadores formales

Existen dos tipos de intervenciones fundamentalmente: las intervenciones individuales y las organizacionales. La mayoría de los autores reconocen que lo más eficaz sería de combinar ambos métodos pero en la práctica la mayoría de intervenciones son a nivel individual. Sin embargo, una intervención estrictamente individual conlleva el peligro de "echar la culpa a la víctima". Los agentes estresantes como el exceso de trabajo o las exigencias emocionales, producen Burnout, por lo tanto está influido tanto por recursos personales como laborales.

Las intervenciones individuales tratan de aumentar los recursos personales del trabajador (por ejemplo, estrategias para afrontar activamente los problemas, técnicas para tener seguridad en uno mismo). Este tipo de intervenciones aumenta la resistencia de los trabajadores lo cual incrementa las probabilidades de una mejor gestión de los factores estresantes. Las intervenciones organizacionales tratan de centrarse en los elementos estresantes del trabajo o en aumentar los recursos laborales (la autonomía laboral o el apoyo social). Cambiando la situación laboral mediante las intervenciones en el lugar de trabajo, se aborda la fuente del problema.

Además del nivel de intervención, éstas tienen otros fines que son fundamentalmente cuatro: es vital saber detectar el problema a tiempo “más vale prevenir que curar”. Las estrategias de prevención se clasifican en primaria, secundarias o terciarias; cada una de ellas tiene unos propósitos diferentes. El objetivo de la prevención primaria es disminuir los factores de riesgo, mientras que el objetivo de la prevención secundaria es mejorar el modo en que la persona responde a esos factores estresantes. En último término, el objetivo de la prevención terciaria es curar a aquellos que sufren ya un síndrome de burnout grave (Shaufeli, 2006).

Intervenciones individuales

Como estrategias individuales más eficaces podemos citar las siguientes: autoseguimiento, gestión del tiempo, formación en habilidades sociales, grupo de apoyo de compañeros, autorización y consulta, orientación y psicoterapia.

El autoseguimiento pretende aumentar la conciencia de la persona (conocerse mejor a si mismo). Esta toma de conciencia de la persona es básica para poder abordar el problema de forma eficaz. El autoseguimiento puede llevarse a cabo de diferentes maneras, llevando un diario del estrés. Este diario no solo ofrece información de los síntomas sino de los pensamientos, sensaciones y forma de afrontarlos.

Normalmente, los empleados que corren el riesgo de “quemarse” tienen la sensación de que deben hacer demasiadas cosas en poco tiempo. Tienen que aprender a gestionar su tiempo, no se trata de trabajar más horas sino de forma más eficiente y eficaz. Desafortunadamente, muchos trabajadores no tienen esas habilidades para gestionar de forma eficaz el tiempo por lo que es necesario facilitarse una formación. En la formación se estimula a los trabajadores a que ahorren tiempo (por ejemplo, mediante la lectura rápida), a controlarlo (planificando de manera realista) y a crear dicho tiempo (delegando responsabilidades de forma eficaz).

En el mundo laboral se da mayor importancia a las habilidades profesionales que a las interpersonales cuando realmente debería ser al revés. En los trabajos de servicios sociales las habilidades de socialización se dan por dadas y no es reconocido como un valor muy necesario de estos profesionales. Sin embargo, estas habilidades son vitales, no sólo porque los profesionales de servicios sociales trabajan con clientes o receptores, sino porque también colaboran con equipos. Es necesario aprender a decir “no” ya que es decisivo a la hora de saber controlar la propia carga de trabajo cuantitativa, y, por lo tanto, prevenir el Burnout. Es fundamental ofrecer una formación para aumentar la seguridad en uno mismo. Dichas personas deben responder de forma directa en función de lo que opinan, sienten y realmente quieren, si esto se lleva a cabo de forma correcta es una estrategia que reducirá el Burnout.

Los grupos de apoyos de compañeros se reúnen de manera más o menos habitual para intercambiar información, darse apoyo emocional mutuo o resolver problemas laborales. Podemos encontrar grupos muy flexibles que discuten las preocupaciones inmediatas o grupos muy estructurados que utilizan un método sistemático y específico.

Las tutorías y consulta hacen referencia a una ayuda experta que se ofrece a los empleados para solucionar problemas de tipo laboral. La tutorización y la consulta se centra en problemas normales de trabajo más que en conflictos personales. En términos generales, tanto en la tutoría como en la consulta se analizan y tratan problemas interpersonales relacionados con clientes y con otros trabajadores. El objetivo prioritario es dar apoyo al desarrollo profesional del individuo.

La orientación la llevan a cabo profesionales como médicos de cabecera o de medicina laboral, trabajadores sociales, orientadores. Se trata de paliar una crisis temporal. El tratamiento psicoterapéutico del síndrome de Burnout es llevado a cabo por profesionales muy especializados (psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos clínicos) que se encargan de tratar los casos más graves. La curación en la orientación se lleva a cabo de forma activa. La orientación incluye tres fases que son: la gestión de la crisis; la solución del problema y el regreso a la vida normal.

El tratamiento psicoterapéutico del síndrome incluye los principios de la terapia cognitivo-conductual y se funda en procedimientos de autocontrol y autoseguimiento. Dicho tratamiento consta de cuatro fases: reducción de las dolencias como el cansancio emocional y mental; entender la propia personalidad. En este fenómeno predominan personalidades narcisistas y obsesivas compulsivas. Con la evaluación cognitiva los individuos aprenden a manejar mejor dichos rasgos que les han causado problemas en su desarrollo laboral y personal. La tercera fase del tratamiento consiste en abordar los problemas laborales gracias a una buena formación en habilidades sociales que serán de gran utilidad para reducir el estrés en el trabajo. Finalmente, se trata de adelantarse al futuro. La mayoría de las víctimas de Burnout se han centrado exclusivamente en sus trabajos olvidando su vida privada. Es necesario que encuentren un equilibrio entre su trabajo y su vida fuera de él.

Consejos útiles para la vida profesional y personal

Existen una serie de técnicas cognitivas que tratan de modificar las evaluaciones erróneas o negativas respecto a las demandas o de los propios recursos del sujeto para afrontarlas, además de facilitar la reestructuración de los esquemas cognitivos.

Algunos hábitos o pensamientos distorsionados son bastante comunes y podemos identificarlos para así poder modificarlos. Vamos a presentar los más representativos para identificarlos y hacerles frente:

- *Inferencia arbitraria*: establecer conclusiones o convencerse de causas que han motivado el comportamiento de otras personas, sin tener datos o información suficiente de esa situación. Ej: “No he conseguido el puesto que pedí, seguro que alguien está tratando de hundirme y me quieren despedir”.
- *Adivinación de pensamiento*: adivinar o inventar las causas por las que la otra persona se ha comportado de una manera determinada, sin datos suficientes, sin fundamento. Ej: “Si digo algo en la reunión van a pensar que sólo digo tonterías y me van a rechazar...”
- *Sobregeneralización*: sacar conclusiones sobre la capacidad o valía de una persona, casi siempre de uno mismo, a partir de datos vagos y poco exactos. A partir de ciertas conductas o hábitos de comportamiento estableciendo un juicio global de una persona o de uno mismo. Ej: “No he sido capaz de contestarle a su crítica, soy un perfecto inútil”.
- *Magnificación*: exagerar el significado de un acontecimiento negativo o de un error, lo que hace que parezca todo peor de lo que es. Ej: “Jamás me perdonarán que no haya estado en el día de la decisión de la empresa”. “Por haber llegado tarde no me tendrán en cuenta la próxima vez”.
- *Minimización*: contrario al anterior. Ej: “Es verdad que solucioné la apertura del local, pero no sirvo para abrir el negocio”.
- *Imperativos*: Las personas se establecen reglas estrictas de comportamiento propio e incluso de otras personas. Cuando alguien no se comporta de acuerdo a ellas puede generar agresividad. Ej: “Siempre hay que ser puntual...”; “Tengo que hacerlo todo bien para que gane dinero...”
- *Pensamientos absolutos*: Pensar en términos de todo o nada, blanco o negro, correcto o incorrecto... Este tipo de pensamiento dicotómico donde no existen posibilidades de graduación, sólo valores absolutos. Ej: “No has sido capaz de solucionar todos los papeles del negocio en esta semana, eso es señal de que no sabes, eres un fracaso”.
- *Personalización*: Se atribuye la responsabilidad de un suceso negativo a uno mismo, con independencia de los acontecimientos que rodean al evento. Ej: “Si no consigo 20 clientes en una semana es que no valgo para nada”.
- *Razonamiento emocional*: Se considera que la forma en que sentimos o las emociones que experimentamos, son la realidad de lo que está sucediendo. Ej: “si estoy sintiendo miedo de emprender un negocio, debe ser peligroso”.

Estos pensamientos o ideas irracionales pueden presentarse bajo cuatro formas fundamentales de distorsión:

1. Autodiálogo y autoafirmaciones terroríficas: "es terrible...", "será horroroso...", "puede ser catastrófico".
2. Afirmaciones en términos de "debería ser.", "necesario que..."
3. Pensamientos de no aguantar, soportar o tolerar algo.
4. Evaluación de la valía personal tomando como referentes a otros, lo que conlleva la autocondena, y el autodesprecio.

Es fácil que las personas con estos tipos de pensamientos perciban la realidad de forma distorsionada y ello les dificulte cualquier tipo de objetivo o meta personal, produciéndose una dificultad de adaptación al medio.

Para conseguir modificar la forma de interpretar la realidad o pensar acerca de un acontecimiento vamos a presentar la técnica de *reorganización cognitiva*, que tiene los siguientes pasos:

1. Descripción objetiva del suceso: describir el suceso de la forma más objetiva posible, destacando aspectos como: cómo sucedió, quién estaba presente, durante cuanto tiempo.
2. Descripción de las respuestas emocionales y de los comportamientos que han surgido de la interpretación de ese suceso ("estoy indignada", "me siento con rabia e ira", "no como nada desde el suceso del otro día").
3. Ideas irracionales que han aparecido: "tengo que hacer todo bien para ser aceptada y considerada por las personas que me importan".
4. Discusión de las ideas irracionales: este es el punto más importante del proceso.

El objetivo que nos planteamos es ir analizando cada idea irracional, y sólo de una en una, para demostrarnos que son distorsionadas y erróneas, que nos impiden alcanzar metas. Vamos a seguir los siguientes pasos para ayudarnos:

- Elegimos una idea irracional. "Tengo que hacer todo bien para ser aceptada y considerada por las personas que me importan".
- ¿Qué razones hay que apoyen este pensamiento?, ¿Existe algún soporte real de esa idea?. No existe nada que me diga que es verdad.
- ¿Qué evidencias disponemos de la falsedad de esa idea? "Todos los días trabajo bien, atiendo a todos los proveedores y realizo otras tareas, además no existe ninguna ley universal que me diga que debo hacer todo bien". "¿Por qué tengo que considerar a las demás personas para evaluar mis actos?"
- Posibles efectos de mis pensamientos.

En realidad pensar de esta manera, no me está ayudando a vivir mejor, e incluso me está bloqueando la solución de situaciones. Tan solo hablo conmigo misma, interpreto erróneamente la realidad. Si sigo pensando de esta manera voy a sufrir más ahogos en el pecho, voy a seguir sin comer y empeorando mi salud:

- Sustitución de estos pensamientos por otros más racionales o adaptativos.

Una vez detectados y analizados estos pensamientos tengo que utilizar algunas estrategias que me permitan pensar más racionalmente y adaptativamente:

- Autoafirmaciones o autoinstrucciones que generen cambios automáticos ante esos pensamientos: “sólo es un pensamiento, además es estúpido”. “No hay ninguna evidencia de que sea la verdad lo que estoy pensando”. “Cada vez lo hago mejor...” “Voy consiguiendo más aciertos en mis situaciones de afrontamiento”.
- Centrarse en evaluar de forma más positiva la situación. “¿Qué pasos he dado en esta situación que me ha permitido tener éxito?” “¿Qué cambios me ayudarán a realizar lo que antes no me atrevía?”
- Exageración de estos pensamientos. “es verdad soy inútil en el trabajo, en casa, cruzando la calle, cocinando, como amigo...”

Para conseguir el éxito con esta técnica hay que entrenarse en ella, en un principio sería mejor con lápiz y papel, hasta que se domine. Este tipo de técnicas ayudan de forma notable en la reducción del estrés laboral o Burnout.

Intervenciones organizacionales

Las estrategias organizacionales son la auditoría de estrés; la revisión del síndrome de Burnout; el mejorar los contenidos del trabajo; la gestión del tiempo; la socialización anticipatoria; el desarrollo organizacional y la institucionalización de servicios entre otros.

Con las auditorías del estrés se pretende ver las reacciones y preferencias en los trabajadores para poder ayudar a la dirección con el desarrollo de estrategias que mejoren la eficacia organizacional y el bienestar de los empleados. En una auditoría de estrés se pueden incluir los factores de riesgo del entorno laboral. También en las encuestas se pueden hacer referencias al modo en que un empleado afronta el estrés.

Ciertas organizaciones han incluido una revisión del síndrome como las revisiones físicas que efectúan sistemáticamente las empresas. Si se detectan problemas se le puede recomendar una valoración psicodiagnóstica más exhaustiva junto con la asistencia a un taller de Burnout.

En cuanto a la mejora de los contenidos de trabajo se trata principalmente de reducir la sobrecarga de trabajo tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Existen tres tipos alternativos de estrategias que pueden reducir la sobrecarga y consecuentemente el Burnout: el rediseño del trabajo; aclarar el papel del trabajador, es decir, sus funciones y mejorar el entorno laboral físico en el que el empleado desarrolla su actividad.

La sobrecarga de trabajo es uno de los factores favorecedores del síndrome por tanto el cambio de los horarios será una buena estrategia para prevenirlo. Se trata de reducir la cantidad de horas laborales o disminuyendo el tiempo que el sujeto pasa en contacto directo con los clientes receptores de los servicios que presta. Al empleado se le puede conceder un año sabático por ejemplo o días de salud mental que le permitan recargar las pilas y desconectar del entorno laboral.

El crearse grandes expectativas y esperanzas en un trabajo inicial es uno de los factores que conduce al Burnout. Es necesario tener una visión realista del trabajo que uno desempeña por ello la socialización anticipatoria es eficaz para prevenir el Burnout y no crear falsas expectativas. En este sentido las prácticas en empresas son beneficiosas para que el individuo se vaya adentrando poco a poco en el entorno laboral evitando de este modo el síndrome.

El programa de Desarrollo Organizacional es a la vez un método y un sistema de orientación libre para ayudar a las organizaciones a llevar a cabo cambios saludables en su entorno.

Últimamente, los Servicios de Salud y Seguridad laboral cubren ciertos roles en la disminución del estrés laboral y el síndrome de Burnout. Estos roles son: el control; servicios de orientación para trabajadores; la remisión a servicios especializados; la rehabilitación de empleados.

La mayoría de los expertos en el tema están de acuerdo en que es preferible combinar medidas individuales con organizacionales, por el simple hecho que las causas del Burnout se hallan tanto en la situación laboral como en la forma en que los trabajadores gestionan esta situación de forma individual.

Parece que el Burnout se puede reducir de manera concreta utilizando técnicas de relajación y de reestructuración cognitiva, o una combinación de ambas.

Finalmente y a partir de la investigación y de la experiencia práctica en la orientación de trabajadores "quemados" se puede formular un decálogo para prevenir el desarrollo del síndrome de Burnout (Shaufeli, 2006) tanto en cuidadores formales como informales.

- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Equilibrar el trabajo, el ocio y la vida social.
- Definir los propios límites y establecer objetivos realistas.

- Tener seguridad en uno mismo.
- Invertir en amistad y en las relaciones cercanas e íntimas.
- Acudir a los demás y pedirles apoyo.
- Utilizar formas activas de afrontar los problemas.
- Pensar en positivo.
- Controlar el propio estado psicológico.
- Seguir buscando oportunidades y nuevos roles.

Bibliografía

- AUGUSTO, J. M^a. y MARTÍNEZ, R. (1998): "Afrontamiento al estrés y salud", en *Boletín de Psicología*, 58, pp. 31-48.
- BURKE, R. J. y RICHARDSEN, A.M. (1996): "Stress, burnout and health", en C.L. Cooper, (Eds): *Handbook of stress. Medicine and Health*. CRC Press, New York.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración; situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundació la Caixa.
- DÍAZ JIMÉNEZ, R.M. (2006): "Visibilizando a las mujeres en el contexto de la dependencia", en *Comunicación y ciudadanía*, pp. 1-15.
- ESPING ANDERSEN, G. (2002): "Trabajo, familia y bienestar en el siglo XXI", en *Cuadernos de derecho judicial*, nº 5, La globalización económica: incidencia en las relaciones sociales y económicas, pp. 215-226.
- FLOREZ LOZANO, J.A. (1996): *Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales*. Madrid: Edikamed.
- GARCÍA, C.M.M.; MATEO, I. y GUTIÉRREZ, P. (1999): *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- HAMBURG, D.A. y ADAMS, J.E. (1967): "A perspective on coping behavior: seeking and utilizing information in major transitions", in *Archivos of General Psychiatry*, 17, pp. 277-284.
- JOFRÉ, A. y MENDOZA, S. (2005): "Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales", en *Ciencia y enfermería*, v. 11, nº 1, 3, pp. 4-58.
- MANZANO, G. (1998): "*Estrés en personal de enfermería*". Tesis Doctoral inédita. Facultad de Psicología, Universidad de Deusto. (Bilbao).
- MANZANO, G. y RAMOS, F. (1999): "La despersonalización. Clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de enfermería", en *Enfermería Científica*, 206-207, pp. 63-78.
- MASLACH, C. y JACKSON, S. (1981): "The measurement of experienced burnout", in *Journal Occupational Behavior*, 2, pp. 99-113.
- MASLACH, C. y SHAUFELI, W.B. (1993): "Historical and conceptual development of burnout", en W.B. Shaufeli, C. Maslach, W.B y Mareck, T. (Eds): *Professio-*

- nal burnout: recent developments in theory and research*. Washington, D.C.: Taylor and Francis.
- MASLACH, C. y JACKSON, S. (1986): *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto (California): Consulting Psychol Press.
- MORENO-JIMÉNEZ, B. y PEÑACOBIA, P. C. (1995): "Prevención y control del estrés laboral", en *Ansiedad y estrés*, 1 (2-3), pp. 255-264.
- NAVARRO, V y QUIROGA, E. (2001): *Políticas públicas para el bienestar de las familias en España*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra. The Johns Hopkins University.
- NAVARRO, V. (2003): *El estado de bienestar en España*. Edición de las ponencias presentadas en el seminario "El estado de bienestar en España", realizado en la Universidad Menéndez Pelayo de Barcelona, los días 18 y 19 de diciembre de 2003.
- O'BRIEN, T. B. y DeLONGIS, A (1996): "The interactional context of problems emotion and relationship-focused coping. The role of the big five personality factors", in *Journal of Personality*, 64 (4), 875-811.
- OTI (Organización Internacional del trabajo) (2006): *Trabajo y Familia. Género, formación y Trabajo*.
- PEINADO, A. I. y GARCÉS, E. J. (2004): "Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido", en *Anales de psicología*, 14, pp. 83-92.
- SANDÍN, B. (1995): "El estrés", en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds): *Manual de psicopatología*, 2. Madrid: McGraw-Hill, pp. 4-52.
- SHAUFELI, W (2006): Jornadas sobre "El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales". Valencia: Diputación de Valencia.
- WELLS, Y.D. (1999): "Intenciones de una esposa de ofrecer sus cuidados: diferencias de género en la predisposición para hacerse cargo de los cuidados", in *Journal of family Studies*, 5, 2, pp. 220-234.
- WINKLER, K. (1999): *Cuidar a una persona mayor en Austria: situación actual y buenas prácticas*. Documento presentado en la Segunda Reunión del Grupo de especialistas en Mejorar la Calidad de Vida de las personas mayores Dependientes. Estrasburgo: Consejo de Europa.