

Vivat Academia

E-ISSN: 1575-2844

vivatacademia@ccinf.ucm.es

Universidad Complutense de Madrid

España

Martínez Pérez, Anabella
EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE
LA CUESTIÓN
Vivat Academia, núm. 112, septiembre, 2010, pp. 42-80
Universidad Complutense de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

THE BURNOUT SYNDROME. OVERVIEW AND DEVELOPMENT OF THE CONCEPT

AUTOR/ES

Anabella Martínez Pérez: Profesora asociada de Psicología Social. Universidad de La Rioja. La Rioja (España).

ana-bella.martinez@unirioja.es

RESUMEN

Desde hace al menos dos décadas el síndrome de Burnout es conocido, diagnosticado y preventido en ámbitos de trabajo cada vez más generales e inespecíficos, llegando a encubrir situaciones como el estrés laboral o la fatiga crónica. Aplicado en los comienzos sólo a trabajadores del ámbito social y sanitario, el síndrome del "quemado" se ha generalizado en la actualidad, lo que se debe sin duda a una deficiente conceptualización y al interés de determinadas organizaciones. Por ello, el primer objetivo de este artículo es aclarar el concepto, comparar definiciones, exponer sistemas evaluativos, en definitiva, establecer un primer nivel crítico en el ámbito de las aportaciones bibliográficas, nacionales y extranjeras, que permita continuar con seguridad la investigación de las hipótesis de trabajo que interesan a la Psicología Social: el diagnóstico específico, la prevención diferencial y el tratamiento del síndrome con métodos propios.

PALABRAS CLAVE

Psicología Social - Pensamiento Positivo - Prevención del síndrome de Burnout - Impacto social de la enfermedad - Atención a trabajadores del Tercer Sector - Enfermedades Profesionales.

ABSTRACT

Since two decades ago, Burnout syndrome has been known, diagnosed and prevented in increasingly general and nonspecific work areas. Thus, the disease is now being applied to situations such as job stress or chronic fatigue. Initially concerning only social and health workers, the 'burning' syndrome is widespread today, which is undoubtedly due to poor conceptualization and also because of certain organizations'

interests. Therefore, the main goal of this paper is to clarify the concept, to compare definitions and to show evaluative systems; to sum up, to establish a critical first level in the bibliographic references field, both domestic (Spain) and foreign. So, it will safely allow investigators to continue their research of remarkable hypothesis for Social Psychology: specific diagnosis, prevention and differential treatment of the syndrome with its own methods.

KEY WORDS

Social Psychology – Positive Thinking – Burnout Syndrome Prevention – Social Impact of the syndrome - Attention to service sector workers - Work related illnesses.

ÍNDICE

- ✓ 1. INTRODUCCIÓN
- ✓ 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT
- ✓ 3. DISCRIMINACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS
- ✓ 4. PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT
- ✓ 5. FACTORES DE RIESGO
- ✓ 6. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT
- ✓ 7. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT
- ✓ 8. EVALUACIÓN DEL BURNOUT
- ✓ 9. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)
- ✓ 10. BURNOUT MEASURE (BM); PINES Y ARONSON, 1988
- ✓ 11. TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO, PERSONALIDAD Y BURNOUT
- ✓ 12. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN FRENTE AL BURNOUT
- ✓ 13. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el *desgaste profesional* de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales.

Desde los años ochenta, los estudios sobre el Burnout no han dejado de proliferar, pero es a fines de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención. Uno de los

modelos explicativos generales es el de Gil- Monte & Peiró (1997), y sobre estrategias y técnicas de intervención, son de suma importancia los de Manassero y cols. (2003), Ramos (1999), Matteson e Ivansevich (1997, Peiró y cols, (1994), Leiter, (1988), entre otros. Sin embargo, aún contando con los avances desarrollados en campos específicos, todavía existen diversas interpretaciones sobre el síndrome y más aún sobre los tipos de intervenciones apropiadas para corregirlo, bien de tipo individual, acentuando la acción psicológica, bien de tipo social u organizacional, incidiendo en las condiciones de trabajo. Aún así, existe un consenso básico sobre la importancia de diagnosticar el síndrome y de promover programas de actuación.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

Hay acuerdo general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc. En estos casos, el estrés laboral no suele ser conceptualizado como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología (Buendía & Ramos, 2001; Hombrados; 1997). Pero sí se produce en ámbitos como el voluntariado, sin que existan condicionantes de tipo laboral, salarial, jerarquías, etc. (Moreno & cols. 1999).

Así, por ejemplo, Freudberger (1974), empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. (Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997). Al mero concepto de "estar quemado" se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral; también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo (Mingote, 1998).

Pero la extensión del Burnout a otros ámbitos distintos de los asistenciales genera una gran polémica científica, ya iniciada en el mismo momento en que Malasch acuñó el término (1976) y propuso que sólo se aplicara a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Así, pues, Maslach y Jackson (1981, 1982) definen el Burnout como una manifestación

comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). A partir de estos componentes se elaboró el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, en la última de las cuales se han introducido al fin las "profesiones no asistenciales" y se ha sustituido el término despersonalización por "cinismo". (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

La polémica, sin embargo, continúa; de ahí que encontremos todavía otras definiciones que vienen a complementar la de Maslach, por ejemplo, la de Burke (1987), que explica el Burnout como un *proceso de adaptación* del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos & Buendía, 2001). Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli (1993) intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares, de las que destacan:

1. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.
2. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.
3. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.
4. Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

En el lado contrario, es decir, entre los que amplían el síndrome a profesiones no asistenciales, destacan los conocidos y numerosos trabajos de Pines y Aronson (1988), que defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. El síndrome se manifiesta igualmente

como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes. Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación (que es básicamente la que nosotros hemos utilizado en nuestro estudio empírico).

En el mismo sentido, Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” (Buendía y Ramos, 2001, pág. 122; Ramos, 1999). A ello hay que sumar otros factores, como los culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (De Las Cuevas, 1996). Más recientemente, Hombrados (1997; 217) propone una definición conductual basada en la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo. Las repercusiones de esta coexistencia sobre la salud del trabajador y sus funciones supone el desarrollo del Síndrome de Burnout. Por lo tanto, entiende como elementos fundamentales: “los cambios emocionales y cognitivos informados, cambios negativos en la ejecución profesional y una situación de presión social y/o profesional que aparece de manera continuada”.

En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones del Tercer Sector; y se acepta que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado”; mientras en el ámbito laboral, en que se producen la mayoría de los casos estudiados –cada día más por interés de las empresas-, la sensación de que el rendimiento es bajo y la organización falla conduce al deterioro en la calidad del servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones e incluso, abandono del puesto de trabajo. Pero, en suma, las consecuencias en las que hay acuerdo básico y las que nosotros seguiremos en nuestro estudio, siguiendo a Pines (*passim*) son: Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

3. DISCRIMINACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico. Centrándonos estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida; aunque se compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares. Precisemos las diferencias.

1. Estrés general.

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

2. Fatiga física

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

3. Depresión

Ya Oswin (1978) y Maher (1983) plantearon un solapamiento entre Depresión y Burnout, que fue objeto de estudio en adelante. McKight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demostraron a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología eran distintos, aunque los dos fenómenos pueden compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984). Aunque por otro lado, encontramos que Feudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Burnout. La teoría de COR (Hobfoll & Shirom (2001) sugiere que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols, 2003).

Apoyando la idea de éste último, Hätinien y cols. (2004) concluyen a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del Burnout (Burke, Greenglass, & Schwarzer, 1996; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, & Valdimarsdottir, 1993; Leiter & Durup, 1994; Schaufeli & Enzmann, 1998).

4. Tedio o aburrimiento

Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout. Por el contrario, Faber (1983) y Pines et al. (1981) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines & Kraft (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

5. Acontecimientos vitales y crisis de la edad Media de la vida

La crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Burnout porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y, sin embargo, el Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Hill & Millar, 1981; Broufenbrenner, 1979).

Así pues, de los múltiples estudios empíricos realizados se pueden extraer, de forma global, dos posturas ante la conceptualización del Burnout. Por un lado, algunos plantean que la falta de acuerdo en la conceptualización del Burnout y las dificultades para diferenciar nítidamente el síndrome siguen obstaculizando la investigación, pues el problema de la imprecisión y ambigüedad del concepto le hacen ocultarse bajo el más amplio del estrés (Peiró, 1993). Un ejemplo, según expone Garcés de Los Fayos (2003), es el hecho de que mientras Meier (1984) afirma que el constructo Burnout cumple los criterios de validez convergente y discriminante, Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) demuestran que la validez del constructo es susceptible de diversas críticas en cuanto a métodos y definiciones imprecisas. En este sentido, Davidoff (1980) plantea que quizás se esté utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas, ya que el Burnout tiene una gran semejanza con otros constructos. Así y todo, en la actualidad, hay coincidencia en considerar el Burnout como un síndrome con identidad propia.

En lo que aquí nos interesa, para diferenciarlo de otros constructos es imprescindible tomar en cuenta su multidimensionalidad (CE; DP y falta de RP), su relación con variables antecedentes- consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo; suponiendo éste último la interacción secuencial de variables emocionales (CE y DP), cognitivas (RP) y actitudinales (DP) dentro de un contexto laboral (Ramos, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997).

4. PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Algunos de los autores que han intentado una visión global son: Manzano (1998), Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), Edelwich y Brodsky (1980), entre otros.

Para Edelwich y Brodsky, el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercera etapa es la de frustración; y por último la cuarta etapa es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

Cherniss (1982) postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en cuatro fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La Fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. La Fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El modelo de Farber (1991) describe seis estadios sucesivos: 1. Entusiasmo y dedicación. 2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales. 3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas. 4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo. 5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales. 6. Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el *agotamiento emocional* es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La *despersonalización experimentada por el trabajador* se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios. Y por último, la *dificultad para la realización personal en el trabajo* son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades.

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski et al. plantean otro en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores, directivos, etc. También explican que el Burnout es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral. Este modelo acepta la secuencia Despersonalización, bajo Logro Personal y Cansancio Emocional. A partir de ésta se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en relación con la virulencia del síndrome. Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función de la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases.

Otros modelos de carácter integrador a destacar son los de Gil-Monte y cols. (1995) y Manzano (1998). El primero postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus

percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineeficacia del afrontamiento, al estrés laboral.

Manzano también apoya la tridimensionalidad del Burnout, pero plantea otra secuencia, donde primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional. Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización. Es importante señalar que en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera y, por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente, tal y como han observado otros autores (Manassero y cols, 2003; Ramos, 1999). Hatinen y cols (2004), proponen, por el contrario, una secuenciación más rígida, en la que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del Burnout, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representarían las fases más avanzadas.

5. FACTORES DE RIESGO

A) *Variables individuales*

Según Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout. Estas características se dan, por ejemplo, en el personal de enfermería, que es donde se ha centrado la mayor parte de las investigaciones, y en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto. Además, un alto porcentaje del personal tiene pocos años de experiencia y su situación laboral no es estable. Como ha demostrado Manzano, el ser fijo en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal (Manzano, 1998). La misma autora observa que el nivel de educación se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional.

En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas. Manzano (1998), por el contrario, argumenta que frecuentemente, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional.

En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos.

También parece importante incluir el nivel de implicación del sujeto. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias.

Así pues, la relevancia de las variables personales implican que exista un "estilo de conducta ante el estrés", que ha dado lugar a dos explicaciones globales: la "personalidad resistente" de Kobassa (1982) y el "sentido de coherencia" de Antonovsky (1987). Entre estos dos modelos, el modelo de personalidad de Kobassa denominado "*hardy personality* o *hardiness*", que ha tenido mayor repercusión académica e investigadora, plantea que las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son formas de acción y compromiso a partir de las situaciones reales. Las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son, pues: el compromiso, el control y el reto.

El compromiso hace referencia a la implicación e identificación personal con lo que se hace, reconociendo los propios valores, las metas que guían a la conducta y la confianza interpersonal con los otros. El sujeto está convencido de que al intervenir provocará un impacto en el curso de los acontecimientos para su propio beneficio, aunque sea parcialmente. El reto implica que el sujeto percibe el cambio como una oportunidad para mejorar la situación actual y/o las propias competencias; es decir que incluye flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Así pues, este tipo de personalidad utiliza estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés, como la modificación perceptiva de los estresores concibiéndolos como oportunidades, la búsqueda de apoyo social, el desarrollo de estilos de vida saludables, entre otros.

El otro modelo, el "sentido de coherencia", se basa en los aspectos activos de la conducta que llevan al desarrollo de la salud e implica todos aquellos medios que facilitan la conducta activa y llevan al sujeto a desarrollar acciones adaptativas y

positivas frente a los factores de estrés: apoyo social, formación, medios económicos, familia, creencias, etc. Dichos componentes están compuestos por tres dimensiones: comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental) y significatividad (componente motivacional). Según Antonosvky (1979), el sentido de coherencia no es un rasgo de la personalidad ni un estilo de afrontamiento, sino un conjunto de "competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada" (Buendía & Ramos, 2001; 71)

B) Variables sociales

En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos y instrumentales. En cualquier caso, es básico que exista un apoyo social, que redunda en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material. (Manassero & cols, 2003, Hombrados, 1997). House (1981) ha clasificado varias fuentes de apoyo social: pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores. (Manassero & cols., 2003). En general, las variables sociales aceptadas serían:

a) Variables sociales extra- laborales. Relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repeti (1989), el apoyo familiar, en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

b) Variables organizacionales. Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales). Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica.

De las demandas cualitativas se ha estudiado los efectos estresantes de los trabajos de riesgo y peligros muy superiores a otros (bomberos, policías, etc.) y los efectos adversos de la monotonía y simplicidad del trabajo. El trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asociado con insatisfacción, ansiedad, y problemas somáticos. También se ha concluido que el control industrial y las tareas de control demandan continua atención y son potencialmente estresantes. Dicho control se relaciona con los niveles de responsabilidad, es decir que los excesos de responsabilidad son fuentes de estrés, por ejemplo, si los errores de control incluyen la calidad o coste del producto, o incluso la muerte de los trabajadores. En síntesis, el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales.

La posibilidad de uso y desarrollo de habilidades y capacidades en el trabajo, sin llegar al exceso, promueven la satisfacción laboral. Por lo tanto, se concluye que en general un trabajo activo con alta demanda y alto control promueve nuevas habilidades y conductas de afrontamiento. Pero se recomienda analizar las preferencias personales y recursos personales en relación con las demandas del puesto de trabajo cuando se trata de prevenir el estrés laboral

Otro elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con calidad de sueño, ajuste cardíaco, quejas de salud, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales, ambientales y características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo.

Uno de los temas laborales que más se han estudiado es la definición de roles laborales como el resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a una ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desemboca en estrés del rol. Dicho estrés causa tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo. Existen determinados tipos de trabajo que son más vulnerables al estrés de rol como aquellos de roles limítrofes, de niveles jerárquicos intermedios y los puestos poco definidos. La preocupación por el desarrollo profesional puede ser fuente de estrés, ya que las personas aspiran a progresar y a alcanzar ciertas metas y expectativas.

6. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables

antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados. Esto a dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Aquí destacaremos sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación.

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

1) Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

1.1) Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia percibida" como función del SB. Éste explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrán factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB.

Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.

1.2) *Modelo de Pines (1993)*

Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB.

Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

1.3) *Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)*

Para Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout.

Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

1.4) *Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)*

Thompson et al. destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

2) *Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social*

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden

generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

2.1) *Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)*

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los *procesos de intercambio social*: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los *mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo*, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

2.2) *Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)*

La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el Burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo".

La idea básica del COR es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el Burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera. De acuerdo con la teoría de COR, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de Burnout. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca

para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Hatinen, M & cols, 2004).

3) Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el Burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

3.1) Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

3.2) Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.

Otro antecedente del Burnout es lo que Cox y cols (1993) denominan "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc).

3.3) *Modelo de Winnubst (1993)*

Este modelo adopta la definición de Burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout. Este autor, al igual que Golembiewski y cols (1983; 1986) defiende que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.

Otras contribuciones recientes han intentado relacionar el SB con la Teoría de la Acción, definiendo al Burnout en términos de alteración de procesos de acción (Burisch, 1993). Con la Teoría General del Estrés lo relacionan como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación (Hobfoll y Fredy, 1993).

4) *Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural*

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

4.1) *Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)*

Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.).

7. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocritica radical, la desvalorización personal que puede conducir al "autosabotaje", la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en: 1) la pérdida de acción preactiva, y 2) las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud. La persona llega a manifestar desordenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares (sobre todo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica.

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales. Véanse en los siguientes cuadros los principales síntomas:

Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout

EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidad.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición expectativas.	Conductas inadaptativas.	Malhumor familiar. Aislamiento.
Irritación.		Desorganización.	Formación de grupos críticos.
Apatía.	Modificación autoconcepto.	Sobre implicación.	Evitación profesional.
Desilusión.	Desorientación cognitiva.	Evitación de decisiones.	
Pesimismo.	Pérdida de la creatividad.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	
Hostilidad.	Distracción.		
Falta de tolerancia.	Cinismo.		
Acusaciones a los clientes.	Criticismo Generalizado.		
Supresión de sentimientos.			

(Buendía y Ramos, 2001; 60)

Clasificación de las dimensiones y consecuencias del Síndrome de Burnout:

- Cansancio físico y psíquico. Agotamiento desgaste profesional.
- Despersonalización (robotización).
- Baja realización personal.

- Consecuencias.-

- Desmotivación.
- Negativismo.
- Pasividad.
- Pasotismo.
- Indiferencia.
- Muchos errores, indecisión.
- Consumo abusivo de alcohol, fármacos, drogas.
- Absentismo, ausentismo.
- Accidentes.
- Descenso del rendimiento.
- Baja productividad.
- Trabajo de poca calidad.
- Insatisfacción laboral.

(Ramos, 1999; 32)

8. EVALUACIÓN DEL BURNOUT

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un

proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981, 1986) y el Burnout Measure (BM, Pines y Aronson, 1988). No obstante existen muchos otros, que sólo se mencionarán después, señalando en el año en que se publicaron:

Año 2000:

- Cuestionario de desgaste profesional en enfermería -CDPE- (Moreno, Garrosa y Gonzalez)

Año 1996:

- MBI-General Survey -MBI-GS- (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson)

Año 1995:

- Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo (Kompier y Levi)
- Escala de Burnout en directores de colegios (Friedman)

Año 1994:

- Rome Burnout Inventory (Ventura, Dell'Erba y Rizzo)

Año 1993:

- Holland Burnout Assessment Survey (Holland y Michael)
- Cuestionario de Burnout del profesorado -CBP- (Moreno y Oliver)
- Cuestionario breve de Burnout -CBB- (Moreno y Oliver)

Año 1992:

- Escala de variables predictoras del Burnout (Aveni y Albani)

Año 1990:

- The Nurse stress checklist (Benoliel et al)
- Escala de efectos psiquicos del Burnout (garcia izquierdo)
- Stressor scale for pediatric oncology nurses (Hinds et al)

- Staff Burnout scale for health professional -SBSS HP- (Jones)
- Mattews Burnout Scale for Employees (Mattews)

Año 1988:

- Occupational stress inventory (Cooper et. al.)
- Nurse Stress Index -NSI- (Harris, Hingley y Cooper)
- Teacher stress inventory (Schutz y Long)

Año 1987:

- Energy Depletion Index (Garden)
- Escalas de evaluación del estrés, satisfacción laboral y apoyo social (Reig y Caruana)
- Teacher Burnout Scale (Seidman y Zager)

Año 1986:

- Teacher Burnout Scale (Seidman y Zager)
- Burnooiut Index -BI (Shirom y Oliver)
- Educators survey *FS. (Maslach y cols.)

Año 1985:

- Stress profile for Teachers (Klas, Kendall y Kennedy)
- Burnout Scale (Kremer y Hofman)

Año 1984:

- Teacher Attitude Scale -TAS- (Farber)

Año 1981:

- Nursing stress Scale -NSS- (Gray-Toft y Anderson)
- Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson)
- Tedium Measure -Burnout Measure- (Pines, Aronson y Kafry)

Año 1980:

- The community Health Nurses' Perceptions of work related stressors questionnarie (Bailey, steffen y Grout)
- Emener-Luck Burnout Scale (Emener y Luck)
- Indicadores del Burnout (Gillespie)
- Staff Burnout Scale (Jones)

Veamos a continuación algunas características de los más conocidos.

9. **MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory - MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empleadas para definir el constructo de Burnout. En España, la escala, ha sido traducida por Nicolás Seisdedos Cubero (TEA, 1987).

Las investigaciones de Maslach y Jackson continuaron; en 1996, junto con Leiter y Schaufeli, publicaron una nueva versión del MBI. Sus postulados marcan una segunda etapa, en la que destaca que, como ya vimos en el capítulo correspondiente a las definiciones, se acepta que el Burnout existe también fuera del ámbito de los servicios humanos. Como resultado, se ha generado una nueva versión más genérica del MBI, llamado MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). El MBI también tiene una versión específica para profesores. En España se ha traducido el MBI-GS en castellano y se ha validado mediante un estudio realizado por Gil Monte (2002). Dicho estudio pretendía explorar la estructura factorial de esta versión de la escala con una muestra de 149 policías de la ciudad de Tenerife (España). Los resultados constatan su validez y fiabilidad.

El MBI-GS se utiliza para todo tipo de profesionales y parte de las tres dimensiones iniciales, aunque hay algunos aspectos modificados. Esta nueva escala consta de 16 ítems y éstos recaban más información sobre las relaciones con el trabajo que sobre los sentimientos generados en el trabajo. Otra diferencia, a pesar de que se mantenga la estructura factorial original, es que se ha relacionado el agotamiento emocional con la fatiga y no se hace referencia directa a otras personas como la fuente de dicho estado. La despersonalización aparece como cinismo, indiferencia o actitud distante hacia el trabajo en general, y no necesariamente con otras personas. Por último, la competencia profesional incluye aspectos sociales y no sociales de los logros profesionales.

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones ha sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Gil Monte, 2002; López & cols., 2000; Ramos, 1999).

10. BURNOUT MEASURE (BM); PINES Y ARONSON, 1988

EL BM es el segundo instrumento de evaluación del Burnout más utilizado en los estudios empíricos y parte del Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (1981) que se diseñó originalmente como instrumento de medida del tedium; es un constructo más amplio que el Burnout ya que abarca a éste y a otros síndromes. Este inventario se transformó después en el Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988), tras un replanteamiento conceptual. Los autores habían desarrollado diversas escalas que evaluaban tedium, como la que utilizaba Pines y Kafry (1982) de 9 ítems, tipo Likert con siete opciones de respuesta: sentimientos de depresión, Burnout, cansancio emocional y físico, vaciamiento existencial, hastío, tensión, sentimientos de ilusión y felicidad. Éste consta de 21 ítems, en tres subescalas, con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. Ésta expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental. Las dimensiones que los autores conceptualizaron son:

-Agotamiento físico: caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.

-Agotamiento Emocional compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout.

-Agotamiento mental formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

La fiabilidad test-retest y la consistencia interna son aceptables. La validez convergente con el MBI hace evidente que esta escala (BM) sólo evalúa sentimientos de Cansancio Emocional. En resumen, se han utilizado herramientas específicas para la medición del Burnout a nivel individual, pero también se hace uso de instrumentos de autoinforme que miden la calidad de vida, satisfacción laboral, estrategias de afrontamiento, clima laboral, entre otros, para valorar las Fuentes potenciales de estrés (Gil Monte, 2002; Manassero & cols., 2003; Ramos, 1999; Tórres & cols., 1996)

11. TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO, PERSONALIDAD Y BURNOUT

A pesar de las controversias acerca de la definición del estrés, los investigadores están de acuerdo en que el "afrontamiento" es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el Burnout. El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El *modelo animal* define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar. Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida. Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus & Folkman, 1986; 141). Obviamente, este modelo está cerca de la psicología cognitiva, que es la que ha aportado más soluciones al problema al poner énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno. Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger (1963), quien identifica *cinco recursos reguladores* clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

A partir del análisis de estos dos modelos tradicionales, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. Así pues, el afrontamiento sería un proceso y no un rasgo. Una característica importante de la conceptualización de Lazarus y Folkman (1986) es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que resaltan dos: las englobadas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional.

El tipo de afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: las que se refieren al entorno y las que se

refieren al sujeto. Las primeras tratan de solucionar el problema definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), como son los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. Las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc.

El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. También existen las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian el significado de la situación, por ejemplo, la atención selectiva. En síntesis, las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones tienen mayor probabilidad de aparecer cuando, según la evaluación del sujeto, no se puede modificar las condiciones amenazantes del ambiente; y cuando el sujeto evalúa que sí se pueden cambiar, entonces, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema.

A partir de este marco, se expone a continuación el planteamiento de Wylie (1979), donde postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de éste. Los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral son: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y resistencia al estrés. De éstos el patrón de conducta tipo A es particularmente vulnerable al estrés en contraste con los factores de personalidad como el de resistencia al estrés (hardiness), locus control, autoestima y sentido de coherencia (Zeidner & Endler, 1996, Lazarus y Folkman 1986).

1. El neuroticismo es considerado como inestabilidad emocional y como un factor considerablemente distorsionador. También puede actuar como un mediador de las relaciones entre estrés laboral y resultados afectivo. Los sujetos con este tipo de personalidad son vulnerables al estrés, perciben las situaciones como amenazantes y ansiógenas, es decir que las conductas de afrontamiento no son eficaces. Esto se avala por la relación que se ha encontrado entre neuroticismos y ansiedad.

2. El *locus control* se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Un extremo de ésta dimensión es "externo" y el otro "interno". Según Rotter (1966), los sujetos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, presentando insatisfacción, desamparo, síntomas de Burnout, etc. Los internos tienden a percibir menos amenazas, a orientarse hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos por la percepción de control de la situación, es decir que suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema. Otro enfoque es el que plantea Weiner (1979), quien subdividió el concepto de locus control en "Lugar de causalidad" y

"controlabilidad". Según este autor, existen causas internas que son incontrolables, pero también causas externas controlables. (Manassero & cols, 2003; Buendía, 1998)

El Patrón de conducta tipo A engloba la acción-emoción y se manifiesta en un ambiente de demandas desafiantes, en que los sujetos manifiestan conductas de impaciencia, apresuradas, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia. Se caracteriza, también por la irritabilidad, implicación y compromiso excesivo en el trabajo, gran necesidad y deseo de logro y estatus social, y lucha por el éxito. (Manassero & cols, 2003; Buendía, 1998; Kirmeyer, 1988).

Otros autores han incidido en el estudio de las conductas y su relación con el estrés y el Burnout. Destacaremos a continuación algunos de ellos y sus aportaciones.

Burke (1971) identifica, mediante entrevistas abiertas con personal directivo, cinco grupos de conductas de afrontamiento antes situaciones de estrés: 1) hablar con otros; 2) trabajar más duro y durante más tiempo; 3) cambiar a una actividad de tiempo libre; 4) adoptar una aproximación de solución de problemas; y 5) alejarse de la situación estresante

Por otro lado, Dewe y cols. (1979) distinguen cuatro tipo de conductas realizadas por administrativos y trabajadores de oficina: 1) acciones dirigidas a la fuente de estrés; 2) expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo; 3) realización de actividades no laborales; y 4) intentos pasivos de esperar que pase la situación.

Parasuraman y Cleek (1984) clasificaron las respuestas de afrontamiento de los trabajadores como adaptativas y no adaptativas. Las adaptativas se refieren a planificar, organizar, priorizar tareas y conseguir apoyo de otros. Y las no adaptativas tienen relación con las variables: trabajar más duro pero realizando más errores, hacer promesas poco realistas y evitar la supervisión.

Cooper & cols. (1988) se plantean seis tipos de afrontamiento en el Indicador del Estrés Organizacional: 1) apoyo social; 2) estrategias referidas a la tarea; 3) lógica; 4) relaciones familiares y trabajo; 5) tiempo; y 6) implicación.

Dewe y Guest (1990) distinguen siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés laboral. La primera se centra en el problema y el resto en las emociones: 1) abordar o trabajar sobre el problema; 2) intentar que el problema no se apodere de ti; 3) descarga emocional; 4) tomar medidas preventivas; 5) recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema; 6) utilizar los recursos familiares y; 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés.

Todas las tipologías expuestas hasta aquí plantean el afrontamiento desde la perspectiva individual, poniendo énfasis en la modificación de los procesos cognitivos de la experiencia de estrés y en el control de los efectos negativos de la situación a nivel

fisiológico o cognitivo o comportamental. Los estudios centrados en variables organizacionales son muy pocos, pues la mayoría de ellos han tenido aplicación en la empresa, por lo que en general la responsabilidad recae más sobre el trabajador que sobre la organización, aunque en la actualidad, muchas entidades comienzan a responsabilizarse del estrés y emplean programas de prevención e intervención, conocidos como "control del estrés" o "gestión del estrés" (stress management), constructos más amplios que incluyen estrategias relativas a la organización (Roque & Molerio, 2003; Hombrados, 1997). Sin embargo, el síndrome de Burnout no es considerado todavía más que como una manifestación más de estrés laboral.

12. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN FRENTE AL BURNOUT

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.).

Entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir se encuentra Paine (1982), que determinó los cuatro siguientes: 1) Identificar el Burnout. 2) Prevenirlo mediante información y afrontamiento. 3) Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome. 4) Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

En 1999, Ramos (1999) planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son: 1) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas). 2) Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout. 3) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad. 4) Fortalecer las redes de apoyo social. 5) Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos valoró también los distintos niveles de intervención, distinguiendo: A) Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral. B) Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral. C) Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), citados por Hombrados (1997), clasifican los programas de intervención en tres niveles: individual, organizacional e interfaz individuo-organización, y también los clasifican por el objeto de cambio: control de estresores (nivel organizacional), procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional). Las estrategias de cada uno se desarrollarán en los siguientes apartados.

Estrategias orientadas al individuo

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: 1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida. 2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa (Matteson e Ivancevich, 1987).

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. Poter (1987) también recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión (Grau, A & cols, 1998). También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

Ramos (1999) y Manassero & cols. (2003) complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout. Entre ellas destacan: 1. Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico. 2. Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental. 3. Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardíaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés. 4. Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes. 5. Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés. 6. Desensibilización Sistémica, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones

concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad.

Estrategias sociales

Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout (Grau, 1996), pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto (Gil-Monte, 1997 y Leiter, 1988). Por lo tanto, una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación (Matteson e Ivancevich, 1997), de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en su ámbito laboral, en que ha de constatar que se valora su trabajo (Ramos, 1999). En nuestro ámbito, se constata la importancia de la integración en los grupos de familiares de Alzheimer, en los que aunque no existen programas específicos contra el Burnout, es constante la atención para descubrirlo en fases preliminares y así poder derivar la actuación.

Estrategias organizacionales

Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, ésta ha sido la vertiente social, no individual, más estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario -lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico-; podrían denominarse asociaciones para luchar contra el Burnout, pero también hay que tener en cuenta que al centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad, es difícil llegar a otros elementos fomentadores del Burnout, especialmente los relacionados con el centro de trabajo y las condiciones laborales.

No obstante, cada vez más se reconoce la importancia de una buena y exhaustiva información sobre familias y grupos en que puede apoyarse el sujeto, con el fin de orientarle hacia ellos (Manassero & cols, 2003). Pero hay que tener mucho cuidado para que la intervención no empeore la situación, ya que todo cambio es fuente potencial de estrés. Los programas deben ser implantados con cuidado, precisión y rigor (Ramos, 1999, 59).

Programas orientados al individuo

Pretendemos analizar someramente los programas de tratamiento teniendo en cuenta la base teórica que los sustenta, desde el modelo teórico del desarrollo del Burnout ya citado, de Gil Monte y Peiró (1998). En este trabajo de investigación, se exponen tres programas de intervención orientados a la persona. Uno de ellos está divido

en dos, y la elección de uno u otro se basa en los síntomas presentados y la edad de los clientes.

Todos se caracterizan por ser:

- Programas de Tratamiento del Síndrome de Burnout.
- La terapia está centrada en la persona, y no se realizan intervenciones a nivel organizacional. Es decir, que no intentan cambiar directamente las condiciones del trabajo.
- Ponen la responsabilidad del cambio en el individuo (no en la organización)
- Directa o Indirectamente intervienen en el interfaz individuo-organización; con el desarrollo de estrategias de afrontamiento a las situaciones de estrés. Por ejemplo, en el programa "trabajando sobre tu carrera" se desarrolla un plan de acción para cambiar la situación laboral; el programa "control del estrés laboral" enseña técnicas de solución de problemas; los programas "vitalidad" y "habilidades sociales" tienen un espacio de discusión grupal sobre asuntos relacionados con el trabajo y sesiones individuales con psicólogos para tratar temas sobre manejo del estrés.
- Intervienen en determinados aspectos psicosociales: el programa de Van Dierendonck y cols (1998) aborda la equidad y relaciones interpersonales, el programa de Cano Videl (2002) entrena en asertividad y manejo de ira, y los de Hatinen y cols (2004) intervienen en aspectos psicosociales.
- Utilizan técnicas cognitivo-conductual.
- Utilizan estrategias psicoeducativas; sobre el estrés laboral y tratamiento. Pero los formatos de cómo dan la información son diferentes.

Las diferencias entre estos programas son muchas, ya que cada uno se basa en modelos teóricos distintos. Por lo tanto, sus objetivos y estrategias de intervención se distancian en gran medida.

De todas formas, desde una perspectiva integrativa (Gil monte y Peiró, 1997) se entiende que hay muchas maneras de afrontar un problema; aunque hay ciertos elementos importantes a tomar en cuenta: las discrepancias entre las demandas y recursos, la evaluación del estrés, las estrategias de afrontamiento (recursos) y las consecuencias individuales y organizacionales. Es decir, que se integran:

- Variables cognitivas relacionadas con el desempeño laboral (autoeficacia, autoconfianza, resistencia al estrés),
- Variables del contexto organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), el rol de los estresores derivados de las relaciones interpersonales (apoyo social en el trabajo)
- La función de las estrategias de afrontamiento.

Siguiendo esta línea, el programa "Trabajando sobre tu Carrera" interviene en el individuo, buscando cambios a nivel cognitivo principalmente. Para que a partir de allí, el sujeto actúe y cambie su situación laboral. El modelo de Gil- Monte y Peiró al igual que el modelo de la equidad, plantea la importancia de la evaluación cognitiva y percepción del sujeto en el desarrollo del SB y su afrontamiento. Cabe recalcar que la percepción de las relaciones interpersonales en el trabajo son mediadoras en este proceso.

Estos planteamientos se concretan en el programa con diferentes estrategias: la relación de las expectativas con los objetivos, la autoimagen, y el desarrollo y seguimiento de un plan de acción para cambiar la situación laboral actual (más equidad).

El punto débil de este programa, en relación a su objetivo último "restablecer la equidad y en caso que no sea posible cambiar de carrera profesional", es que se debería dar más énfasis sobre la dimensión de despersonalización o sentimiento de equidad con los clientes de la organización, es decir sobre las actitudes hacia el trabajo y las relaciones con los clientes. La intervención cognitiva se limita al ajuste de las expectativas y los objetivos personales, y al desarrollo de la autoimagen.

Este programa tampoco trabaja la prevención de recaída del SB o la paliación de los síntomas. Esto se podría lograr enseñando algunas de las siguientes técnicas: de relajación, biofeedback, organización del tiempo, la importancia del ejercicio físico...

Respecto al programa "control del estrés laboral", sus estrategias intervienen en algunas variables propuestas en el modelo teórico de Gil Monte y Peiró.

Se interviene en la reestructuración cognitiva, se desarrollan estrategias de afrontamiento al estrés y técnicas que ayudan a las relaciones sociales (técnicas de relajación, autoinstrucciones, solución de problemas, control de ira y asertividad)

Estas estrategias no sólo actúan para el tratamiento, sino que también son útiles para prevenir el SB en un futuro. Entre estas técnicas sería importante incorporar aquellas dirigidas a la organización del tiempo, ejercicio físico; ya que el objetivo de este programa es básicamente mejorar los recursos y habilidades de los trabajadores con el fin de que puedan controlar y manejar el estrés.

Los programas "Vitalidad" y "Habilidades Laborales" se diferencian, porque en el último participan personas con más dificultades físicas.

Ambos programas se centran en restablecer, mantener y desarrollar el estado físico, psicológico y los recursos sociales del trabajador; aumentar los recursos de afrontamiento para que éstos puedan continuar en sus trabajos.

Estos programas, basados en la teoría de COR y sentido de coherencia y afrontamiento, intervienen en las tres dimensiones del SB desde un punto de vista

multidimensional. Siguiendo con la línea de análisis en función al modelo intergrativo de Gil Monte y Peiró:

- Reestructuración cognitiva: se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva en sesiones psicológicas con el fin de modificar la evaluación cognitiva de las situaciones de estrés y de ayudar a manejar el estrés. Se centra en la reestructuración cognitiva de las percepciones interpersonales y organizacionales ordinarias.
- Interviene en aspectos psicosociales
- Técnicas de afrontamiento del estrés: manejo del estrés, discusión grupal sobre aspectos laborales, técnicas de relajación, ejercicios físicos y ergonomía, terapia ocupacional, organización del tiempo

Como este programa propone, se debería hacer hincapié en disminuir los síntomas de depresión como primer paso de la intervención del SB.

Un aspecto limitante de estos dos programas es la duración de los mismo, puesto que para la recuperación y desarrollo de los recursos y habilidades laborales se necesita más tiempo de tratamiento que el indicado (Hätilinen y cols, 2004).

La diferencia de estos dos talleres con los anteriores, radica en la frecuencia y duración de las sesiones. Estos últimos, se desarrollan en un periodo de 12 y 13 días continuos y engloban varias actividades llevadas a cabo por distintos profesionales especializados. Mientras que los anteriores se pueden llevar a cabo por un solo psicoterapeuta y cada sesión se realiza una vez a la semana. El programa "trabajando sobre tu carrera" consta de 5 sesiones, y el programa "control del estrés laboral" consta de 14 sesiones. En este sentido, la teoría dice que la recuperación del SB requiere un tiempo prolongado. Hätilinen, M. y cols (2004) aseguran que para la rehabilitación de SB se necesita repetir tres o cuatro veces el periodo de los programas que proponen ("vitalidad" y "habilidades laborales"), y que una vez conseguido los objetivos se debe enfocar la intervención a un nivel organizacional.

Por lo tanto, destinar 14 semanas (14 sesiones) para la rehabilitación del SB como es el caso del programa "control del estrés laboral" no resulta excesivo en terapias que no son intensivas (todos los días), sino más bien adecuado a diferencia de las 5 sesiones del primer programa expuesto. (Esta conclusión se avala en los resultados obtenidos de la aplicación de dichos programas).

Otra diferencia es el formato de los programas: el programa "trabajando sobre tu carrera" tiene un formato grupal, a diferencia del "control de estrés" que es individual. Y los programas de Hätilinen, M y cols (2004) intercalan ambos formatos.

Respecto a este punto, no hay datos que especifiquen qué tipo de formato es el más apropiado. Más bien estará en relación a los objetivos y estrategias del programa, como es en el caso de los tres programas.

Un aspecto importante que cabe mencionar, y que no se ha citado anteriormente, está relacionado con la realización profesional. Los estudios realizados sobre estos programas concluyen que esta dimensión del SB decrece después del periodo de intervención, y que aproximadamente a los 6 meses de finalizado el programa, la realización profesional, se incrementa hasta llegar a su estado base (estado antes del tratamiento). Este fenómeno lo han intentado explicar proponiendo la siguiente idea: en el tratamiento, el trabajador, adquiere un mayor grado de conciencia sobre su situación para de esa manera poder afrontar los estresores. Este mayor grado de conciencia sensibiliza al sujeto, ya que los clientes con SB no reconocen su situación antes del tratamiento. Por lo tanto, esta parte del proceso hace que la persona aumente su autocritica provocando un descenso de sentimientos de realización personal. Pero éste es un decrecimiento temporal, hasta que encuentran un nuevo balance.

Para terminar, y aunque resulte repetitivo, quiero resaltar la propuesta de Hatinen y cols (2004) en cuanto los niveles de intervención. Estos sugieren que una vez rehabilitado el sujeto mediante tratamientos centrado en la persona, se cambie de dirección y se intervenga a nivel organizacional. Combinando ambas intervenciones: es más probable que el cambio se mantenga a lo largo del tiempo; se sugiere una responsabilidad compartida respecto al cambio; no se culpabiliza al trabajador catalogándolo de débil o etc.

13. BIBLIOGRAFÍA

- BUENDÍA, J. y RAMOS, F. (2001): *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide.
- BUENDÍA, J. (1998): *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- BURKE, R.J. (1987): "Burnout in police work: An examination of the Cherniss model", *Group and Organization Studies*, nº12, pp.174-188.
- BUUNK, A.P. y SCHAFELI, W.B. (1993): "Burnout: a perspective from social comparison theory", en WB. SCHAFELI, C. MASLACH Y T. MAREK (Eds). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- DSM-IV-TR. (2004): *Manual Estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.

- EDELWICH, J. Y BRODSKY, A. (1980): *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- EICHENBAUM, H. (2002): *Neurociencia cognitiva de la memoria*. Barcelona: Ariel.
- FIRTH, H., MCINTEE, J., MCKEON, P. y BRITTON, P. (1986): "Professional depression, burnout and personality in longstay nursing", *International Journal Of Nursing Studies*, vol.24, nº3, pp.227-237.
- FREEDY, J.R. y HOBFOLL, S.E. (1994): "Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach". *Anxiety, Stress and Coping*, vol.6, pp.311-325.
- FREUDENBERGER, H.J. (1980): *Burn-out*. Nueva York: Doubleday.
- GIL MONTE, P. (2002): "Validez Factorial de la adaptación al español del Maslch Burnout Inventory- General Survey". *Salud Pública de México*, vol. 44, nº 1, enero-febrero.
- HABIB, M. (1994): *Bases del estudio neurológico*. Madrid: Editorial Masson.
- HÄTINEN, M., KINNUNEN, U., PEKKONEN, M., ARO A., (2004): "Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health". *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 9, nº3, pp.220-237.
- HOMBRADOS, M.I. (1997): *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
- JUANEDA AYENSA, E. (2009): *Retos de las organizaciones del Tercer Sector Social en el welfare-mix: implantación de la calidad y compromiso organizativo*. Tesis doctoral, Universidad de La Rioja.
- LEITER, M.P. (1988): "Burnout as a function of communication patterns. A study of multidisciplinary mental health team". *Group & organization studies*, vol.13, pp. 111-128.
- LEITER, M. P. Y DURUP, J. (1994): "The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study". *Anxiety, stress and coping*, vol.7, pp.297-308.

- LEITER, M. P. y MASLACH, C. (1988): "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment", *Journal of Occupational Behavior*, vol. 9, pp. 297- 308.
- LÓPEZ, L., MARTÍN, M., FUENTES, G., GARCÍA, G., ORTEGA, T., CORTÉS, P., GARCÍA, P. (2000): "El síndrome de burnout en el personal sanitario", *Instrumentos de medida. Medicina paliativa*, vol.7, nº 3, pp. 94-100
- MANZANO, G. (2002): "Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento", *Ansiedad y estrés*, nº 2-3, pp. 225-244.
- MANZANO, G., (2007): "Estrés específico. "Burnout" en cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes", en GIRÓ, J., *Envejecimiento, autonomía y seguridad*, Universidad de La Rioja, pp. 197-216.
- MANZANO, G., (2008), "Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería: prevalencia e intervención", *Intervención Psicológica*, vol. 91-92, pp. 23-31.
- MASLACH, C. (1982): *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall
- MASLACH, C. (1982): *MBI. Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- MASLACH, C. (1976): "Burn-out". *Human behaviour*, vol.5, nº 9, pp.16-22.
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1982): "Burnout in health professions: A social psychological analysis", en SANDERS, G. y SULS, J. (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1981): *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1986): *The Maslach Burnout Inventory*. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA 1987)

- MASLACH, C. y LEITER, M.P. (1997): *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- MATTESON, M.T. e IVANCEVICH, J.M. (1987): *Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- MEIER, S. (1984): "Toward a theory of burnout", en MCREYNOLDS, J. (Comp): *Advances in psychology assessment*. San Francisco: Jossey-Bass; 4.
- MENEZES DE LUCENA, V. A., FERNÁNDEZ CALVO, B., HERNÁNDEZ MARTÍN, L., RAMOS CAMPOS, F. y CONTADOR CASTILLO, I. (2006). "Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos", *Psicothema*, vol.18, nº4, pp. 791-796.
- MINGOTE, J.C. (1998): "Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional". *Formación médica continuada*. (Versión electrónica) Vol. 5, nº8, pp. 493.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. División de salud mental. Ginebra. (Ed. Esp de Meditor). Madrid. 1992. 63-84.
- PAINÉ, W.S. (1982): "Overview: Burnout stress syndromes and the 1980s", en W.S. PAINÉ (Ed.), *Job stress and burnout: research theory and intervention perspectives* (pp.11-29). Beverly Hills, CA: Sage.
- PEIRÓ, J. M. y SALVADOR, A. (1993): *Control del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
- PINES, A. y KRAFTY, D. (1978): *Doping with burnout*. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychology Association. Toronto.
- PINES, A. (1993): "Burnout: An Existential Perspective", in W.B. SCHAUFLER, C. MASLCACH, & T. MAREK (eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp.35-51). London: Taylor & Francis.
- PINES, A. y ARONSON, E. (1988): *Carrer burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.
- PINES, A., ARONSON, E. y KAFRY, D. (1981): "Burnout: From tedium to personal growth", en C. CHERNISS (Ed.) *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.

- RAMOS, F. (1999): *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.
- SHIROM, A. (1989): "Burnout in work organization", en C.L. COOPER Y I. ROBERTSON (eds.), *Internacional review of industrial and organizational psychology*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- SILVA, V. y PÉREZ (1999): "Studio del Síndrome de Desgaste Profesional Sanitarios de un Hospital General". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol.5,nº 27, pp. 310-320.
- VAN DIERENDONCK, D., SCHAUFELEI, W. BUUNK, B. (1998): "The Evaluation of an Individual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support". *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, nº3, pp.392-407.