

**ATENCIÓN DOMICILIAR: EFECTIVIDAD DE UNA
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA PREVENCIÓN Y
DETECCIÓN TEMPRANA DE LOS SÍNTOMAS DE BURN-OUT EN
FAMILIARES QUE CUIDAN A PERSONAS CON VIH/SIDA**

(Home Care: effectiveness of psychological interventions in the prevention and
early detection of symptoms or BURN-OUT in family caregivers of
persons with HIV/AIDS)

César E. Castellanos A.*

RESUMEN

Este síndrome se caracteriza por un proceso con etapas progresivas, marcado por el cansancio emocional.

Se ha iniciado un estudio que permite valorar los cofactores asociados al BURN-OUT entre familiares que cuidan a una persona con VIH/SIDA. Este artículo corresponde al marco teórico del mismo. Los análisis y resultados estarán contenidos en un segundo artículo.

PALABRAS CLAVES

BURN-OUT, atención domiciliar, VIH/SIDA.

ABSTRACT

This syndrome is characterized by a process of progressive stages, marked by emotional exhaustion. A study has been initiated to assess the cofactors associated with BURN-OUT among family members who care for a person with HIV/AIDS. This article corresponds to the theoretical framework. The analysis and results will be contained in a second article.

KEY WORDS

BURN-OUT, home care, HIV/AIDS

* Área de Ciencias Sociales, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC, República Dominicana.
E-mail: cesarcastellanos1@gmail.com

“Tenemos que convencernos de que el SIDA no es solamente un virus mortal, sino una enfermedad que conlleva mucho sufrimiento humano que es posible aliviar. Es por ello que, los Servicios de Salud Mental y la atención debida al enfermo pueden paliar este gran reto que ahora tiene la humanidad con esta enfermedad del SIDA.”

Dra. Carmen Gómez Lavin
1er. Congreso Internacional por la Vida y la Familia
Vida Humana Internacional
Mayo de 1996, Panamá

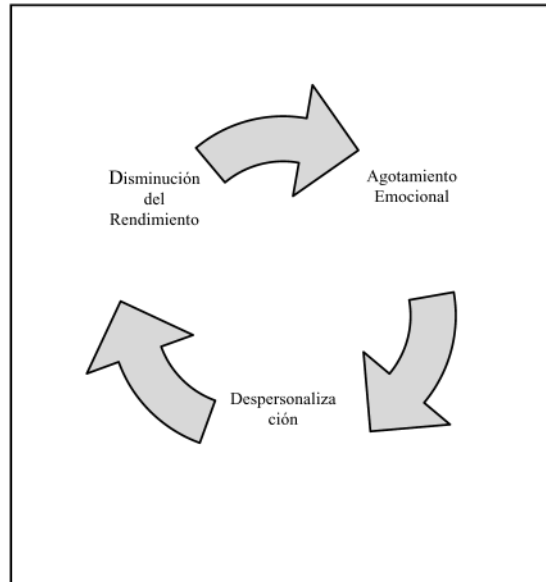
El síndrome de *burnout*, o *quemarse por el trabajo*, apareció definido como tal por primera vez en 1974. El autor de esta denominación fue el psiquiatra Herbert Freunderberguer. Con posterioridad, otros expertos se encargaron de matizar los síntomas y de analizar las repercusiones de esta enfermedad. Entre ellos, destacó la figura de Cristina Maslach, una psicóloga social que pasó a la historia médica, entre otras consideraciones, por ser la creadora de la principal herramienta para el estudio de esta enfermedad mental, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI).

La mayoría de los autores coinciden en plantear que el síndrome de *burnout* es, en cierto modo, cansancio emocional que se manifiesta a través de tres vertientes: agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento.

Pese a ser una condición recientemente estudiada, el *burnout* puede afectar a gran cantidad de personas. Un estudio realizado en la ciudad de México, reporta que entre el 20% y el 30% de los médicos, profesores y policías locales padecen síntomas de Burn-Out¹. En algunos países el Burn-Out ha cobrado ribetes legales, sobre todo en el ámbito laboral. Tal es el caso de España, donde en el año 2000 una sentencia del Tribunal Supremo de España reconoció este síndrome como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal y como accidente laboral. A partir de este reconocimiento han sido muchos los trabajadores tratados por padecer esta patología.

1 Gil-Monte, P. R. (2001). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. Salud Pública de México.

Síntomas tales como pérdida de interés en el trabajo, poca motivación, cambios repetidos de humor y carácter, inestabilidad emocional, irritabilidad o aislamiento social, entre otros, son sugerentes del Síndrome de Burn-Out en una persona. Lo que a la vista del profano sólo son matices propios de cualquier actividad laboral, pueden devenir, si no se toman las medidas adecuadas, en un progresivo caso profesional del trabajador y en una merma evidente de su calidad de vida, síntomas inequívocos de la aparición del *Burn-Out*.



Este síndrome se caracteriza por un proceso con etapas progresivas, marcado por el cansancio emocional, despersonalización y pérdida de realización personal. En una primera etapa se produce agotamiento emocional, con pérdida de atractivo, tedio y disgusto por las tareas propias del trabajo, con pérdida de interés y satisfacción laborales. Esta etapa se asocia a intentos activos pero inefectivos de modificar la situación, con la consiguiente sensación de indefensión. En la segunda etapa, caracterizada por la despersonalización, la depresión y la hostilidad, se producen cambios en las relaciones con los usuarios y pacientes, marcados por el desinterés, pérdida de empatía e incluso la culpabilización. Finalmente en la tercera etapa, marcada por la pérdida de la realización personal, se produce una sensación cada vez más generalizada que no vale la pena implementar cambios y que no es posible mejorar las cosas.

Como se trata de una patología de carácter psicológico, las estrategias para evitarlo han de incidir sobre el propio paciente, sus relaciones interpersonales en el ámbito laboral y sobre la organización a la que pertenece.

En el plano individual, las estrategias adecuadas para minimizar los efectos del *Burn-Out* pasan por detectar y atacar las fuentes de estrés. Al respecto, Pedro Gil-Monte, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, señala en uno de sus libros –*Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*– que “se hace necesario el entrenamiento en la solución de problemas, en la asertividad y en el manejo del tiempo”.

En este sentido, los facultativos recomiendan actuaciones sencillas como olvidarse de los problemas laborales fuera del trabajo, llevar a cabo prácticas de relajación, parar y desconectar en pequeños descansos a lo largo de la jornada laboral y, sobre todo, trabajar bajo objetivos cuya consecución sea factible. Sin embargo, cuando la enfermedad ha superado sus primeros estadios y las estrategias reseñadas nada pueden hacer por acotar su desarrollo, los especialistas pueden llegar a aconsejar que sus pacientes abandonen el trabajo, siempre y cuando éstos demuestren ser incapaces de reconducir sus sensaciones en sus respectivos centros laborales y su salud física o psicológica se vea en serio peligro o muy dañada.

Tampoco es desdeñable fortalecer los vínculos interpersonales del paciente, tanto en lo personal como en lo profesional, ofreciendo el apoyo necesario y fomentando sistemas de trabajo en equipo, con prácticas de liderazgo adecuadas a cada circunstancia. Por último, es conveniente no olvidar, tal y como explica Gil-Monte, que dentro de las organizaciones y empresas se deben estudiar planes para crear un ambiente de trabajo adecuado. En este sentido, los responsables de dichas estructuras no deben crear falsas expectativas al profesional. Por el contrario, los expertos señalan que es conveniente mantener una comunicación constante, establecer roles delimitados y concretos, adecuados para las capacidades de cada profesional, e instaurar sistemas de recompensas laborales. En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema parece prevenir el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Muchas personas utilizan la evitación y el escape para intentar “controlar” la aparición de burn out, pero con estas estrategias solo consiguen incrementar su aparición.

Siguiendo en el ámbito laboral, se ha reconocido ampliamente los beneficios del apoyo social como co-factor protector contra la aparición del Burn Out. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol.²

Recientemente fue realizado en la República Dominicana un estudio para medir la prevalencia del Síndrome de Burn-Out en una muestra de profesionales de la medicina. Los resultados de este estudio muestran cifras llamativas, tales como que el 17% de la muestra presentó sintomatología suficiente para ser considerado como una persona sufriendo del Síndrome del Burn-Out, 42% de la muestra fue identificada como altamente vulnerables y con posibilidades de desarrollar el Síndrome de Burn-Out³. Un resultado interesante que se desprende de este estudio es el planteamiento de que las profesiones médicas y psicológicas se encuentran entre las cinco profesiones más estresantes.

Es preciso señalar que los familiares que están al cuidado de personas con SIDA adoptan el rol de cuidados médicos y psicológicos, exponiéndose por tanto a un alto riesgo de experimentar el Síndrome de Burn-Out.

Existen reacciones y modos de enfrentamiento del burnout que, pese a disminuir en parte las sensaciones de desagrado o insatisfacción, resultan inadecuadas desde el punto de vista de la salud mental de las personas y resulta fundamental considerarlas al momento de trabajar con las personas expuestas a estrés laboral. Algunas de las que pueden mencionarse son: exagerar la distancia emocional y afectiva con el trabajo, ignorar la sobrecarga, desarrollar indiferencia, actitudes pasivas de espera, huida hacia satisfactores distintos a los laborales, enfermarse, abusar de drogas o de alcohol, etc.⁴

2 Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones,16(2):101-102.

3 Franklin Isaac Peña; Magdaleno Consoros; Rubert Medina. Tesis: "Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos de los Hospitales Dr. Jaime Oliver Pino y Dr. Antonio Musa, durante el periodo Noviembre 2002- Febrero 2003, San Pedro de Macorís."

4 Poldinger, P. "Depresiones larvadas, depresiones por agotamiento y síndrome de burnout". En "El enfermo psicosomático en la práctica". 1997, Editorial Herder.

El Personal de Salud, el Burn-Out y el SIDA

Un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud denominado “*Apoyo a las personas que cuidan de otras y como controlar el estrés de los que cuidan a personas afectadas por el SIDA, 2001*”⁵, arroja como resultados que las tensiones que soportan las personas que cuidan a los afectados por el SIDA son enormes. Por ende gran parte del estrés experimentado por los cuidadores, está generado por la naturaleza misma del trabajo: el hecho de estar tratando con una enfermedad incurable, que mata sobre todo a jóvenes, causa un gran sufrimiento y está fuertemente estigmatizada.

Un estudio realizado por Perry y Tom en New York, encontró que 83% de los pacientes con VIH/SIDA tenían síntomas de trastornos del humor y el 5% tenían trastornos mentales orgánicos debido a la enfermedad.

Han sido escasas las investigaciones específicas a pesar de que la mayor parte de la bibliografía sobre el SIDA comenta las reacciones y las necesidades especiales de entrenamiento e instrumental que requiere el personal de unidades especializadas en la atención de personas afectadas por el VIH-SIDA.

La disposición positiva a los afectados por parte de los profesionales y a éstos últimos por parte de sus colegas y amigos por su trabajo en el área del VIH implica una actitud psicológica de aceptación, recepción y escucha. Su alta existencia valorizada cultural y socialmente en forma positiva amortigua el daño causado por la exposición a los contenidos dolorosos del trabajo.

La presencia de estigma, discriminación o rechazo social sobre los trabajadores de la salud vinculados laboralmente con el cuidado de personas portadoras de VIH produce efectos negativos y disminuye la calidad del trabajo del profesional.

Este factor tiene importancia en las instancias de elección y continuación de la relación laboral en el área del VIH/SIDA, e influye en el clima del trabajo al determinar características de las interrelaciones internas y externas en los integrantes de la organización en su conjunto.

5 O.M.S. (2001). The World Health Report 2001. Health systems: Improving performance. Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>

La capacidad de los integrantes del equipo para identificarse con aspectos diferentes a la condición de portadores de los usuarios y de poseer sentimientos de responsabilidad y pericia en las acciones de apoyarles en la experiencia de vivir con la enfermedad al facilitar la empatía del trabajador con los pacientes, aumenta su satisfacción por su tarea, sus posibilidades de continuar interesado en ellas y de apreciar su utilidad. Sin embargo es imprescindible la existencia conjunta de una buena elaboración afectiva por parte del trabajador de las experiencias de separaciones y muertes, así como de los límites del rol profesional, tanto, como contar con los instrumentos y conocimientos para ejercer sus tareas efectivamente.

Los sentimientos de dolor, impotencia, miedo que se producen alguna vez en todos los trabajadores se dan a causa de la exposición constante a los contenidos de éste trabajo los cuales implican la enfermedad, deterioro y muerte de sus pacientes, mayormente personas en edades productivas, jóvenes en habitual situación de no inserción con las complicaciones que ello apareja al tratamiento concreto y a la adherencia al mismo, las características y circunstancias de su infección y la evolución de la misma, la ausencia de una cura, los límites del saber y del poder profesionales constituyen un factor de impacto al profesional. Si se mantienen los sentimientos de impotencia ésta es vivida en forma inhabilitante y dañina sobre el sí mismo, cuanto mayor sea la ausencia de posibilidades o competencia para dar una respuesta a la situación que se presenta. Mantener baja la percepción de éstos sentimientos de miedo y de impotencia es imprescindible para evitar el desgaste del trabajador. Se logra fundamentalmente con continentación psico-afectiva adecuada, con altos niveles de formación en la especificidad, en las técnicas y los tratamientos disponibles así como clara conciencia de los límites de los mismos. La elaboración personal de su propia actitud frente a la muerte, a la enfermedad y al deterioro es de la mayor importancia.

El recibimiento de una retribución significativa, sea esta de carácter económico o de otra naturaleza, mitiga los efectos negativos del trabajo, aumenta la satisfacción y el valor del trabajo aumentando las posibilidades de continuar sosteniéndolo. Las retribuciones mas valoradas por los profesionales son las siguientes: los éxitos terapéuticos (como curas improbables o difíciles), los hallazgos científicos, las promociones profesionales, la adherencia de los pacientes a las técnicas y tratamientos prescriptos y las muestras privadas y públicas de reconocimiento de

los pacientes o sus familiares. En muchos casos la adherencia a los tratamientos se percibe como un reconocimiento al saber o al buen manejo del técnico con él/los pacientes.

Familiares de personas que viven con VIH en función de cuidadores y Burn-Out.

Con la finalidad de conocer la efectividad de una estrategia de intervención terapéutica que disminuya la probabilidad de que los familiares que cuidan a personas con SIDA en sus casas desarrollen los síntomas del Síndrome de Burnout, se ha iniciado un estudio que permite valorar los co-factores asociados al Burn Out entre familiares que cuidan a una persona con VIH/SIDA. Los resultados de este estudio permitirán configurar una propuesta de intervención preventiva en este grupo poblacional, ya que la mayoría de los conocimientos a este respecto solo han considerado el ambiente laboral formal, pero en muy pocas ocasiones se ha estudiado el desarrollo del Burn-Out en el contexto domiciliar.

Este artículo corresponde a la primera parte de este estudio y sirve como enmarcado teórico para el mismo. Los resultados y análisis de los mismos estarán contenidos en un segundo artículo que dará continuación y conclusión a esta primera parte.

BIBLIOGRAFÍA

Mayou R. **BURN-OUT**. British Medical Journal 1987; 295: 284-285.

Gil-Monte, P. R. (2000). **Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*Burn-Out*)**. Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16(2): 101-102.

Gil-Monte, P. R. (2001). **Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales.** Salud Pública de México, en prensa.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.** Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). **Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional.** Psicothema, 11(3):679-689.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1998). **A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress.** Comportamento Organizacional e Gestao, 4(1):165-179.

Harrison, W.D. (1983). **A social competence model of burnout.** En: Farber, B. A. (Ed.), Stress and burnout in the human services professions (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.

O.M.S. (2000). The World Health Report 2000. **Health systems: Improving performance.** Disponible en el World Wide Web: <http://www.who.int/whr>.

Schaufeli, W.B., Maslach, C. y Marek, T. (Eds., 1993). **Professional burnout: Recent developments in theory and research.** London: Taylor & Francis.

Moreno-Jiménez, B y Peñacoba, C. **“El estrés asistencial en los Servicios de Salud”.** En Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Simón ed. Biblioteca Nueva. Colección Psicología Universidad.

Buendía, José (Ed) **“Estrés laboral y Salud”**, 1998. Biblioteca Nueva. Colección Psicología Universidad.

Apuntes del Dr. Jorge Grau en el Seminario Taller: **“Burn Out: Una amenaza a los equipos de Salud”**.

Poldinger, P. **“Depresiones larvadas, depresiones por agotamiento y síndrome de burnout”**. En “El enfermo psicosomático en la práctica”. 1997, Editorial Herder.

Bayés R. **Sida y Psicología**. Madrid. Martínez Roca, 1995.

Bennett, L. et al. **Aids Impact Scale**. Sidney, University of Sydney, 1991.

Bennett, L. **The Impact of Working With Hiv/Aids on Healt Care Proffessionals Development of the Aids Impact Scale**. Psychology and Healt, 1994, Vol. 9.

Bennett, L. **Predictors of dropout and burnout in aids volunteers**. Aids Scare, Vol. 11.

Bennett, L. **Longitudinal predictors of burnout in hiv/ aids healt professionals**. Australian Journals. 1994.

Bennett, L. **Healt Workers and Aids**. Harwood Academic Publishers. 1995. Id Selección de artículos. Universidad de Sydney.

De Las Cuevas; et al **Burnout y reactividad al Estrés**. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, abril-junio 1997.

Dejours, C. **Trabajo y Desgaste Mental. Una contribución a la Psicopatología del Trabajo**. Humanitas, 1992.

Maslach, C.; Jackson, S. **Inventario “Burnout” de Maslach**. Madrid, TEA, 1997.

César E. Castellanos: Atención Domiciliar: Efectividad de una intervención psicológica en la...

Mingonte, J. C. **Síndrome Burn-Out. Síndrome de Desgaste Profesional.**
Monografías de Psiquiatría. Madrid, Grupo Aula y Fanapress, Año IX, N° 5,
Sept-Oct. 1997.

Tizon Garcia, J. **Componentes Psicológicos de la Práctica Médica.** Una
perspectiva desde A.P.S. Barcelona, Masson, 1988.

Recibido: 17/06/08

Aprobado: 09/09/08