

Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el *burnout* en cuidadores de ancianos institucionalizados

Effects of a Cognitive Behavioural Intervention to reduce burnout in caregivers of institutionalized elderly individuals

Karina Reyes Jarquín y Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, México

Disponible online 30 de abril de 2016

El *burnout* es una respuesta disfuncional al estrés laboral crónico, la cual se presenta en profesionales que tienen trato constante con usuarios de servicios, por ejemplo, médicos, enfermeras y cuidadores. El *burnout* incide negativamente a nivel fisiológico, personal, familiar y laboral. El propósito de este estudio fue evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual (ICC) dirigida a cuidadores formales de ancianos para disminuir el *burnout*. La ICC se implementó y evaluó en 15 cuidadores formales de ancianos institucionalizados, y se integró por los módulos de relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento. Los resultados de la intervención indican disminuciones estadísticamente significativas en los puntajes de la variable *burnout* y sus dimensiones desgaste físico y psíquico, desilusión por el trabajo y culpa. También, se aprecian incrementos en los puntajes de la variable calidad de vida y sus dimensiones salud física, salud psicológica y relaciones sociales. Adicionalmente, se observa que todos los cuidadores, disminuyeron clínicamente las puntuaciones de *burnout*, y el 60% de ellos, mejoraron clínicamente las puntuaciones de calidad de vida. Se concluye que la ICC fue eficaz en el manejo del *burnout* y en la mejora de calidad de vida en cuidadores de ancianos.

Palabras Clave: *Burnout*; Calidad de Vida; Cuidadores; Ancianos; Intervención Cognitivo-Conductual.

Burnout is a dysfunctional response to chronic job stress in professionals (e.g., doctors, nurses, and caregivers) who are in constant contact with service users. Burnout has negative affects at the physiological, personal, familial, and work levels. The aim of this study was to evaluate the effect of a cognitive behavioural intervention (CBI) to reduce burnout in professional caregivers. The intervention was implemented and evaluated in 15 professional caregivers of institutionalized elderly individuals, and comprised relaxation, cognitive restructuring, social skills, positive reinforcement, and shaping and modelling modules. Following the intervention, statistically significant decreases were found in burnout scores and the dimensions of physical and psychological exhaustion, disappointment at work, and guilt; statistically significant increases were found in the variable quality of life scores and the dimensions of physical health, psychological health, and social relationships. In addition, a reduction was observed in clinical burnout scores in all the caregivers, and 60% of them improved their clinical quality of life scores. The results suggest that CBI is effective in the management of burnout and improving the quality of life of caregivers.

Key Words: Burnout; Quality of Life; Caregivers; Elderly; Cognitive-Behavioural Intervention.

Correspondencia: Karina Reyes Jarquín. Rafael Valdovinos, #44, Manzana 2, Lote 47, Villa de Reyes Coacalco, Estado de México, México, C.P. 55713; E-mail: krjarquin@gmail.com; kari_3097@hotmail.com. E-mail de la co-autora: Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel: algcr10@hotmail.com

Este artículo forma parte de la tesis doctoral de la primera autora, dirigida por la segunda. Investigación financiada parcialmente por el proyecto PAPIIT-IT300714.

El *burnout* es una respuesta psicológica disfuncional al estrés laboral crónico; se trata de un síndrome de carácter interpersonal y emocional que aparece con mayor frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con clientes o usuarios (Maslach, 1982). El *burnout* se caracteriza por tres síntomas principales: la desilusión por el trabajo, que implica deterioro cognitivo y afecta las relaciones con las personas con quienes se labora; el desgaste físico y psíquico, que deteriora el ámbito afectivo y se caracteriza por una situación de agotamiento de la energía y los recursos emocionales; y la indolencia, que hace referencia a la aparición de actitudes negativas hacia los usuarios en forma de comportamientos indiferentes, fríos y distantes (Gil-Monte, 2005).

Gil-Monte (2005) incluye un cuarto síntoma, la culpa, que permite obtener dos perfiles: en el primero, las actitudes y conductas de indolencia constituyen una estrategia de afrontamiento para los individuos, aunque tengan una connotación disfuncional para el usuario y la organización. Estos profesionistas pueden seguir laborando sin desarrollar problemas individuales; sin embargo, deterioran la calidad del servicio y dan lugar a quejas acerca del trato (Gil-Monte, 2008). En el segundo perfil, los profesionistas sienten remordimientos por tratar de manera negativa e impersonal a los usuarios. En estos casos, el *burnout* es más destructivo para las personas (Gil-Monte, 2005), ya que tendrán más consultas médicas, manifestarán mayores problemas psicosomáticos y podrán desarrollar patologías como ansiedad y depresión (Gil-Monte, 2008).

Los efectos del *burnout* son variados; las consecuencias fisiológicas más frecuentes son: cansancio, migraña, pérdida de peso, dolores musculares, alteraciones gastrointestinales, alteraciones respiratorias, problemas cardiovasculares, problemas del sueño e, incluso, daños a nivel cerebral (Belcastro, 1982; Freudenberguer, 1974). También existen efectos nocivos en lo psicológico, como el cinismo, la suspicacia, la agresividad, el aislamiento, la frustración y la impaciencia, que, a su vez, provocan baja calidad de vida y deterioro en las relaciones no sólo con quienes se trabaja, sino en el ámbito familiar. Incluso, el *burnout* da lugar a ausentismos, rotación, disminución de la productividad, fricciones entre compañeros, disminución de la calidad en el servicio, entre otras consecuencias, por lo que se afecta a la institución donde se labora (Firth, McIntee, McKeown y Britton, 1986; Gil-Monte y Peiró, 1997; Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014).

Finalmente, al dañar la calidad del servicio que ofrece el profesional, dicho síndrome tiene un efecto negativo en los usuarios, quienes llegan a ser tratados como si fueran objetos y no seres humanos. Las principales secuelas para éstos son: el deterioro en la relación profesional-cliente y la disminución de su satisfacción, bienestar y calidad de vida (Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach, 1982; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane y Aiken, 2011).

En el ámbito geriátrico, se comenzó a investigar el fenómeno del *burnout* porque la prestación de cuidados a los ancianos durante un tiempo prolongado puede convertirse en una tarea física y emocionalmente agotadora para quienes la realizan, e influir de forma negativa en su calidad de vida, salud y bienestar (Fernández, Menezes de Lucena y Ramos, 2001). Adicionalmente, el individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios (Martínez-López y López-Solache, 2005).

El cuidado de los ancianos se ha desarrollado como profesión en los últimos años y se ha convertido en una ocupación imprescindible en la asistencia social y geriátrica (Köther y Gnam, 2003). Los cuidadores de esta población, por el tiempo y la energía que dedican a su trabajo, corren mayor riesgo de desarrollar *burnout* (Aranda, Pando, Torres, Salazar y Aldrete, 2006), pues se enfrentan a estresores como escasez de personal, sobrecarga laboral, trato con ancianos problemáticos, dependencia, bajos niveles de plasticidad cognitiva de los usuarios, contacto directo con la enfermedad, casos difíciles, dolor y muerte, subutilización de habilidades, escasez de recursos, bajos salarios, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones, entre otros (Arita y Arauz, 1999; Báez y Delgado, 2013; Gil-Monte y Peiró, 1997; Navarro et al., 2008).

Las intervenciones cognitivo-conductuales (ICC) han sido probadas para disminuir el *burnout*. En ellas se han empleado tres estrategias: fisiológicas, conductuales y cognitivas (Guerrero y Rubio, 2005); no obstante, los efectos han sido evaluados de manera parcial y ha faltado probar la combinación de éstas, además de que no se ha trabajado en cuidadores de ancianos.

Las estrategias fisiológicas están encaminadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico. Entre las técnicas más empleadas se encuentran la relajación, el control de la respiración y el *biofeedback*. Por otra parte, las estrategias conductuales se orientan a dotar al participante de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Usualmente se emplea el entrenamiento asertivo y en habilidades sociales, así como las técnicas de solución de problemas y de modificación de conducta. Finalmente, las estrategias cognitivas buscan mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los conflictos laborales, además de aumentar los recursos personales del individuo. Entre las técnicas más utilizadas se encuentran la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación del estrés, la reestructuración cognitiva y el control de pensamientos irracionales (Guerrero y Vicente, 2001).

A manera de ejemplo, a continuación se exponen los resultados de tres estudios en donde se prueban los efectos de las estrategias que se han utilizado para la disminución del *burnout* en distintas poblaciones de prestadores de servicios.

En primer lugar, Kunkler y Whittick (1991) desarrollaron un programa de entrenamiento en solución de problemas, con

una duración de cuatro semanas dirigido a profesionales de enfermería. Durante la intervención se pedía a los participantes que identificaran estresores y formas de manejarlos; posteriormente, se discutían las soluciones y los principios para el manejo del estrés; finalmente, se enseñaban técnicas de relajación y retroalimentación. Los autores concluyeron que el programa resultó eficaz en la disminución del *burnout*, especialmente en lo relativo al desgaste físico y psíquico.

Por su parte, Brattberg (2006) realizó un estudio con 55 participantes que padecían *burnout* y que fueron contactados mediante un anuncio en el periódico. Del total de individuos, 27 pertenecieron al grupo de intervención y 28 al grupo en lista de espera (grupo control). La ICC tuvo una duración de 20 semanas, durante las cuales se enseñaron técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva. Al finalizar la intervención, hubo cambios estadísticamente significativos en favor del grupo de tratamiento respecto a síntomas del *burnout* tales como: palpitaciones, problemas de memoria, irritabilidad, dificultad para concentrarse, impaciencia e insatisfacción. También se registraron cambios favorables en la salud, aunque no fueron significativos; sin embargo, en la evaluación de seguimiento a los tres meses de finalizada la intervención, no se encontraron diferencias entre el grupo que recibió la ICC y el grupo control.

Finalmente, De Vente, Kamphuis, Emmelkamp y Blonk (2008) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado para conocer la eficacia de la ICC con 82 participantes con *burnout*, canalizados por un servicio de salud. Los individuos se asignaron aleatoriamente a tres grupos: a) ICC individual basada en el manejo del estrés, b) ICC grupal basada en el manejo del estrés, y c) atención habitual. El agotamiento y la angustia se midieron al inicio del estudio, y a los 4, 7 y 10 meses de terminado; sin embargo, no hubo diferencias significativas en favor de algún grupo, por lo que los autores concluyeron que no existe suficiente evidencia sobre los beneficios de la ICC aplicada a pacientes con *burnout*.

Como consecuencia de lo anterior, a pesar de existir programas de intervención para disminuir el *burnout*, hace falta aportar más pruebas respecto a la eficacia de las ICC, debido a que los resultados no son contundentes y no hay evaluaciones de seguimiento (Isaksson et al., 2010; Salyers et al., 2011; Wegner, Berger, Poschadel, Manuwald y Baur, 2011), o bien, no se producen efectos positivos en los participantes (De Vente et al., 2008). Esto sugiere el diseño e implementación de programas de intervención que busquen la disminución del *burnout*, considerando el uso combinado de estrategias fisiológicas, conductuales y cognitivas, en particular, en la población de cuidadores de ancianos. Por ello, el objetivo general de esta investigación fue evaluar el efecto inmediato –y tras dos seguimientos– de una ICC dirigida a cuidadores de ancianos, para disminuir el *burnout*. Los objetivos específicos fueron evaluar el efecto de la ICC en los cuidadores formales, concretamente en la variable *burnout* y sus dimensiones; así como en la calidad de vida y sus dimensiones.

Método

Participantes

En este estudio participaron 15 cuidadores de dos centros de atención gerontológica (CAG); su participación fue voluntaria, consentida e informada. Los criterios de inclusión fueron: tener al menos un año laborando en la institución, tener al menos un síntoma de *burnout* y haber firmado el consentimiento informado.

El grupo de cuidadores estuvo conformado por 14 mujeres (93.33%) y un hombre (6.67%); 11 de ellos eran gericultistas (73.33%), tres, trabajadores sociales (20%) y una, enfermera (6.67%). La media de edad fue de 46.47 años (mínimo 29, máximo 61, $DT = 8.92$). Los cuidadores tuvieron una media de trabajo en la misma institución de 19.24 años (mínimo 8.4, máximo 28, $DT = 6.62$). Finalmente, seis cuidadores eran casados (40%), cuatro tenían pareja (26.66%), tres eran solteros (20%), uno, divorciado (6.67%) y uno, viudo (6.67%).

Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue pretest-postest y dos seguimientos. El grupo de cuidadores fue evaluado en cada uno de ellos: 1) antes de recibir la ICC (pretest), 2) al finalizar ésta (postest), 3) un mes después de que concluyera (seguimiento 1) y 4) tres meses más tarde (seguimiento 2).

Instrumentos

Los instrumentos empleados en la investigación fueron:

Ficha de datos sociodemográficos. Incluía reactivos para obtener información sobre la edad, el tiempo de trabajo en la institución, el estado civil y la ocupación.

Cuestionario para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT, Gil-Monte, 2008). Comprende 20 reactivos divididos en cuatro dimensiones: desilusión por el trabajo, desgaste físico y psíquico, indolencia y culpa. Cada reactivo se evalúa con una escala de 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente); además, de acuerdo con la sugerencia de Gil-Monte (2008), la puntuación total se suma de los reactivos de las primeras tres dimensiones, excepto la de culpa. Con los 15 reactivos de las dimensiones mencionadas se obtiene una puntuación total en un rango de 0 a 60, donde, entre más alta la puntuación, mayor *burnout*. Asimismo, debido a que los reactivos que componen la dimensión de desilusión por el trabajo, están redactados positivamente, sus puntuaciones deben ser invertidas: 4 significa “nunca” y 0 “muy frecuentemente”. Por último, el puntaje total de *burnout*, así como de cada dimensión se transformó a una escala de 0 a 100 puntos, en la que altos puntajes indican alta presencia de *burnout*.

Los valores alfa de Cronbach del CESQT para la puntuación total de *burnout* fueron .809, mientras que, para las dimensiones, éstos tuvieron los siguientes puntajes: desilusión por el trabajo, .856; desgaste físico y psíquico, .884; indolencia, .643; y culpa, .782. La validez de contenido mediante jueceo por 21 evaluadores expertos obtuvo un acuerdo independiente total de 93.53% (Reyes-Jarquín, 2015).

Cuestionario WHOQOL-BREF (traducido y adaptado por González-Celis, 2002), que contiene 26 reactivos y mide cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Sus escalas de respuesta son de tipo Likert, con cinco opciones. El puntaje total de cada participante y de cada dimensión se transformó a una escala de 0 a 100 puntos, en la que las cifras altas reflejan mejor percepción de calidad de vida. Los valores alfa de Cronbach del WHOQOL-BREF para la puntuación total fueron de .75, en tanto que, para las dimensiones abordadas, los valores alcanzados fueron: relaciones sociales, .66; salud psicológica, .75; medio ambiente, .80; y salud física, .82 (González-Celis, Trón y Chávez, 2009).

Procedimiento

Se diseñó y evaluó una intervención cognitivo-conductual (ICC) dirigida a cuidadores formales de ancianos institucionalizados. Ésta tuvo una duración de nueve sesiones de 1 hora cada una, las cuales fueron impartidas en la institución donde laboraban, de manera individual y en horarios de trabajo. Para efectuar la intervención, se diseñaron dos manuales, uno dirigido al terapeuta y otro dirigido al participante.

Los módulos incluidos en la ICC fueron:

Relajación. Dos sesiones en las que se revisaron los procedimientos de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno en relajación. En cada uno de ellos, se empleó un CD con las instrucciones necesarias, el cual era empleado tanto en la sesión como para realizar tareas en casa.

Reestructuración cognitiva. Tres sesiones en las que se proporcionaron a los participantes habilidades para el reconocimiento y la modificación de pensamientos irracionales relacionados con el cuidado de ancianos institucionalizados; lo anterior, basado en la enseñanza del modelo ABCDE de Albert Ellis (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Habilidades sociales. Una sesión en la que se utilizó la técnica de juego de roles para proveer a los participantes de las herramientas que les permitieran expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación en el contexto laboral, específicamente en la relación con compañeros y ancianos institucionalizados.

Reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento. Tres sesiones –una para cada módulo– en las cuales se entrenó a los participantes en el uso de dichas técnicas de modificación de conducta, con el propósito de que promovieran en los ancianos conductas independientes, tales como: comer por sí solos, caminar sin ayuda, etc. (dependiendo de las necesidades de cada adulto mayor), además de mejorar la relación cuidador-anciano. Para cada uno de estos módulos se empleó la técnica de juego de roles.

Por otra parte, el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Asimismo, se solicitaron los permisos necesarios en ambos CAG. Con base en los cri-

terios señalados, se seleccionó a los cuidadores participantes y se les aplicó la evaluación pretest. Posteriormente, se aplicó la ICC de manera individual por una psicóloga capacitada, quien siguió lo especificado en el manual de intervención, asegurándose así la homogeneidad de condiciones para todos los participantes. Al finalizar la ICC, se aplicó la evaluación posttest al grupo de cuidadores. Los seguimientos se efectuaron uno y tres meses después de haber concluido.

Análisis de datos

Para realizar el análisis estadístico de los datos, se utilizó el paquete SPSS versión 22 y se empleó estadística descriptiva para las frecuencias, puntajes totales y desviaciones estándar. Con el fin de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos de evaluación (pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2), se llevaron a cabo análisis intragrupal mediante análisis de varianza de un factor para medidas repetidas, comparaciones múltiples entre mediciones y cálculo de tamaño del efecto mediante la d de Cohen, cuyos puntos de corte son los siguientes: efecto irrelevante = $d < .20$; efecto pequeño = $.20 \leq d < .50$; efecto moderado = $.50 \leq d < .80$; y efecto grande = $d \geq .80$ (Iraurgi, 2009). En el apartado de resultados se hace mención sólo de los efectos moderados o grandes. También, se efectuaron análisis individuales en los cuales se calculó el cambio clínico objetivo, que se considera significativo cuando es mayor al 20% o, expresado en decimales, a .20 (Cardiel, 1994).

Resultados

En la tabla 1 se muestran las medidas descriptivas para las variables de *burnout* y calidad de vida, así como sus dimensiones. Se observa que, en la evaluación pretest, los puntajes más elevados para la variable *burnout* se registraron en la dimensión de desgaste físico y psíquico; por otro lado, los puntajes más bajos para la variable de calidad de vida se registraron en la dimensión de medio ambiente, seguida de salud física.

En la tabla 2 se observa que, para el *burnout* y sus dimensiones de desilusión por el trabajo, desgaste físico y psíquico, y culpa, existen diferencias estadísticamente significativas al comparar los cuatro momentos, a través del análisis de varianza para medidas repetidas, pruebas F y comparaciones múltiples con la prueba de Bonferroni. Para la variable de *burnout* y su dimensión de desgaste físico y psíquico, los participantes disminuyeron sus puntajes desde la evaluación posttest hasta el seguimiento 2 ($p < .001$). Incluso, se registraron disminuciones entre la medición posttest y ambos seguimientos ($p < .05$); dichas disminuciones fueron estadísticamente significativas.

En cuanto al tamaño del efecto de la intervención, el valor más alto para la variable de *burnout* ($d = 2.50$) y sus dimensiones desgaste físico y psíquico ($d = 2.27$), indolencia ($d = 0.97$) y culpa ($d = 1.30$), se registró en la comparación pretest-seguimiento 2; mientras que, para la dimensión de desilusión por el trabajo ($d = 3.41$), en la comparación pretest-seguimiento 1.

INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL BURNOUT EN CUIDADORES

Tabla 1

Medidas descriptivas en pretest, postest y seguimientos 1 y 2.

	N	M	ic 95 %		DT	Mínimo	Máximo	Rango
			Inferior	Superior				
<i>Burnout</i>								
Pretest	15	24.22	18.17	30.27	10.92	10	48	38
Postest		13.33	9.22	17.45	7.42	3	28	25
Seguimiento 1		11.11	7.90	14.32	5.79	5	23	18
Seguimiento 2		10.89	7.93	13.85	5.34	5	22	17
Desilusión por el trabajo								
Pretest	15	15.33	5.60	25.06	17.57	0	70	70
Postest		4.33	0.88	7.78	6.23	0	20	20
Seguimiento 1		2.67	0.61	4.72	3.71	0	10	10
Seguimiento 2		5.33	2.29	8.38	5.49	0	15	15
Desgaste físico y psíquico								
Pretest	15	47.92	32.79	63.04	27.31	13	100	88
Postest		24.17	14.75	33.59	17.01	0	56	56
Seguimiento 1		20.83	11.9	29.77	16.13	0	56	56
Seguimiento 2		18.33	11.11	25.55	13.03	0	44	44
Indolencia								
Pretest	15	15.83	9.12	22.54	12.11	0	42	42
Postest		13.61	9.67	17.56	7.12	4	25	21
Seguimiento 1		11.67	8.16	15.18	6.33	4	25	21
Seguimiento 2		10.56	7.55	13.56	5.42	4	21	17
Culpa								
Pretest	15	24	14.40	33.60	17.34	0	55	55
Postest		17.67	10.43	24.91	13.07	0	45	45
Seguimiento 1		13.75	7.87	19.63	10.61	0	38	38
Seguimiento 2		12.50	7.61	17.39	8.83	0	31	31
Calidad de vida								
Pretest	15	66.97	60.70	73.25	11.33	55	93	39
Postest		76.48	71.91	81.04	8.24	65	90	25
Seguimiento 1		76.96	72.64	81.28	7.80	60	88	27
Seguimiento 2		76.77	73.68	79.85	5.57	63	85	23
Salud física								
Pretest	15	64.29	56.20	72.37	14.60	43	93	50
Postest		80	73.62	86.38	11.51	50	96	46
Seguimiento 1		76.67	70.20	83.13	11.68	57	100	43
Seguimiento 2		77.62	72.52	82.71	9.20	61	93	32
Salud psicológica								
Pretest	15	70	66.24	77.76	14.01	50	96	46
Postest		79.72	74.22	85.23	9.94	63	96	33
Seguimiento 1		78.33	72.94	83.72	9.73	58	92	33
Seguimiento 2		80	75.98	84.02	7.25	67	92	25
Relaciones sociales								
Pretest	15	69.44	60.78	78.11	15.64	42	100	58
Postest		78.89	71.11	86.66	14.03	50	100	50
Seguimiento 1		85.56	78.92	92.19	11.98	50	100	50
Seguimiento 2		84.44	78.44	90.45	10.85	58	92	33
Medio ambiente								
Pretest	15	64.17	57.01	71.33	12.93	41	84	44
Postest		67.29	61.59	72.99	10.28	44	84	41
Seguimiento 1		67.29	61.59	72.99	10.28	50	81	31
Seguimiento 2		65	60.51	69.49	8.11	50	78	28

Tabla 2

ANOVA para medidas repetidas y tamaño del efecto de la intervención en la variable de *burnout*.

Variables	F	Comparaciones significativas	d de Cohen
<i>Burnout</i>	$F_{(3,42)} = 35.02, p < .001$	Pretest > Postest** Pretest > Seg1** Pretest > Seg2** Postest > Seg1* Postest > Seg2*	Pretest > Postest++ Pretest > Seg1++ Pretest > Seg2++
Desilusión por el trabajo	$F_{(3,42)} = 7.36, p < .001$	Pretest > Seg1*	Pretest > Postest++ Pretest > Seg1++ Pretest > Seg2++
Desgaste físico y psíquico	$F_{(3,42)} = 34.46, p < .001$	Pretest > Postest** Pretest > Seg1** Pretest > Seg2** Postest > Seg1** Postest > Seg2**	Pretest > Postest++ Pretest > Seg1++ Pretest > Seg2++
Indolencia	$F_{(3,42)} = 2.58, p > .05$	Ninguna	Pretest > Seg1+ Pretest > Seg2++ Postest > Seg2+
Culpa	$F_{(3,42)} = 7.45, p < .001$	Pretest > Seg1*	Pretest > Seg1++ Pretest > Seg2++ Postest > Seg2+

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; +.50 $\leq d < .80$; ++ $d \geq 0.80$.

Tabla 3
ANOVA para medidas repetidas y tamaño del efecto de la intervención en la variable de calidad de vida.

VARIABLES	F	Comparaciones significativas	d de Cohen
Calidad de vida	$F_{(3,42)} = 11.90, p < .001$	Pretest < Postest** Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest++ Pretest < Seg1++ Pretest < Seg2++
Salud física	$F_{(3,42)} = 10.92, p < .001$	Pretest < Postest** Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest++ Pretest < Seg1++ Pretest < Seg2++
Salud psicológica	$F_{(3,42)} = 7.83, p < .001$	Pretest < Postest* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest++ Pretest < Seg1++ Pretest < Seg2++
Relaciones sociales	$F_{(3,42)} = 6.72, p < .001$	Pretest < Seg1*	Pretest < Postest+ Pretest < Seg1++ Pretest < Seg2++ Postest > Seg1+ Postest > Seg2+
Medio ambiente	$F_{(3,42)} = 0.80, p > .05$	Ninguna	Ninguna

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; $+ .50 \leq d < .80$; $++d \geq 0.80$.

En la tabla 3 se observa que, para la variable de calidad de vida y su dimensión de salud física, los participantes incrementaron sus puntajes desde la evaluación postest hasta el seguimiento 2 ($p < .05$); estos incrementos fueron estadísticamente significativos. En cuanto al tamaño del efecto de la intervención, el valor más alto para la variable de calidad de vida ($d = 1.76$) y sus dimensiones de salud física ($d = 1.45$), salud psicológica ($d = 1.38$) y relaciones sociales ($d = 1.38$), se registró en la comparación pretest-seguimiento 2.

En las figuras 1 y 2 se muestran los valores de CCO obtenidos en las variables de *burnout* y calidad de vida. Los participantes fueron ordenados del valor más alto de CCO al más bajo, que, para la variable de *burnout*, mayor puntuación de CCO indica mayor disminución en la puntuación de *burnout*; mientras que, para la variable de calidad de vida, mayor CCO indica mayor incremento de la puntuación de calidad de vida. Las líneas punteadas ubicadas en los valores 0.20 y -0.20 indican el rango de ausencia de CCO; por lo tanto, los participantes con puntajes de $CCO \geq 0.20$ habrán obtenido un CCO positivo significativo; y los participantes con puntajes de $CCO \leq -0.20$ habrán obtenido un CCO negativo significativo.

En la figura 1 se observa que todos los cuidadores reflejaron un CCO positivo significativo en la variable de *burnout*, en, al menos, una comparación de mediciones. El 93.33% de los participantes (14 cuidadores) registraron su valor de CCO más alto en las comparaciones de la medición pretest con alguno de los dos seguimientos, con valores de 0.20 a 0.77. Respecto a la variable de calidad de vida, en la figura 2 se observa que el 60% de los participantes (nueve cuidadores) reflejaron un CCO positivo significativo en, al menos, una comparación de mediciones. Además, 8 de los 9 participantes con CCO registraron su valor más elevado en las comparaciones de medición pretest con alguno de los dos seguimientos, con puntajes de 0.25 a 0.36.

Figura 1
Cambio clínico objetivo en la variable de *burnout* en cuidadores formales.

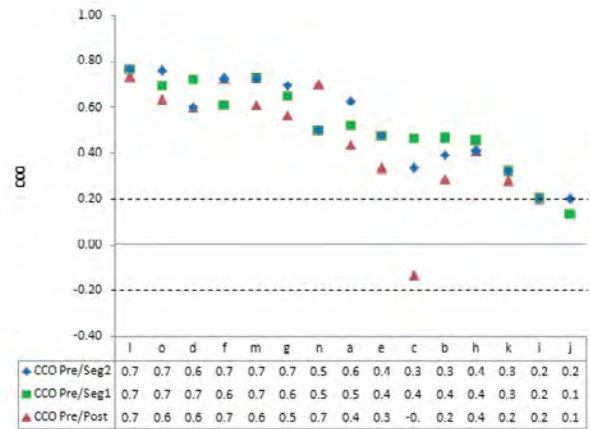
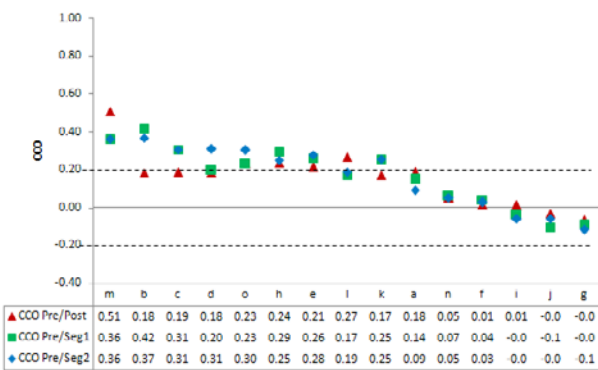


Figura 2
Cambio clínico objetivo en la variable de calidad de vida en cuidadores formales



Con el fin de mostrar el cambio en los valores de *burnout* y sus dimensiones en las comparaciones entre las mediciones,

se identificaron aquellas puntuaciones en donde hubo mayor cambio de acuerdo con el percentil donde se ubicaron. La disminución más evidente fue para el puntaje total de *burnout* y su dimensión de desgaste físico y psíquico. En la evaluación pretest y postest, el mayor porcentaje de cuidadores (46.6%) se ubica en el percentil 34-66, que corresponde al nivel medio de *burnout*; en el seguimiento 1, la mayoría de los cuidadores (60%) se ubicaron en el percentil menor a 11, que corresponde al nivel muy bajo de *burnout*; mientras que, en el seguimiento 2, la mayoría de los cuidadores (46.6%) se ubicaron en el percentil 11-33, que corresponde al nivel bajo de *burnout*.

Respecto a la dimensión de desgaste físico y psíquico, en la evaluación pretest el mayor porcentaje de cuidadores (26.6%) se ubicaron en el percentil 67-89, que corresponde al nivel alto; en la evaluación postest y el seguimiento 1, el mayor porcentaje de los participantes (40 y 46.6%, respectivamente) se ubicaron en el percentil 11-33, que corresponde al nivel bajo; mientras que, en el seguimiento 2, la mayoría de los cuidadores (46.6%) se ubicaron en el percentil menor a 11, que corresponde al nivel muy bajo de desgaste físico y psíquico.

Discusión

Años de investigación respecto al *burnout* han generado un bagaje importante de conocimientos que han permitido identificar los síntomas principales de este síndrome, así como los efectos que produce. La mayor parte de los autores señalan que éstos pueden dividirse en dos tipos: 1) consecuencias para el individuo, donde se encuentran cambios emocionales, actitudinales, conductuales y somáticos; y 2) consecuencias para la organización, entre las que se ubican deterioro en la calidad asistencial, ausentismo, tendencia al abandono y aumento de conflictos interpersonales (Martínez-López y López-Solache, 2005; Maslach, Schaufeli y Leither, 2001; Gil-Monte, 2003, 2005).

En el caso de los cuidadores formales de ancianos, el desarrollo de *burnout* afecta considerablemente los tres elementos de un ambiente institucionalizado: cuidadores, ancianos y la misma organización. Por ello, en la presente investigación se diseñó y evaluó una intervención cognitivo-conductual multi-componente (relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, reforzamiento positivo, moldeamiento y modelamiento) para la reducción del *burnout*.

Los resultados señalan que la ICC fue eficaz en la disminución del *burnout* y el incremento de la calidad de vida de los cuidadores formales. Específicamente, se obtuvo significancia estadística desde la evaluación postest en la variable *burnout* y su dimensión que más la caracteriza, el desgaste físico y psíquico, así como en la variable de calidad de vida y sus dimensiones de salud física y psicológica. Esto indica que los componentes que integraron la ICC tuvieron un efecto positivo inmediato en las variables y dimensiones mencionadas.

Cuando se evalúa la eficacia de un programa de intervención, es importante conocer si los efectos positivos que se obtuvieron de manera inmediata logran incrementarse o mantenerse con el paso del tiempo y en ausencia del terapeuta. En este sentido, se observó el mantenimiento del efecto positivo de la ICC hasta el seguimiento efectuado tres meses después de haberla concluido, tanto en la variable *burnout* y su dimensión de desgaste físico y psíquico, como en la variable de calidad de vida y sus dimensiones de salud física y psicológica. Inclusive, en la variable *burnout* y su dimensión de desgaste físico y psíquico se observó un incremento estadísticamente significativo entre los puntajes del postest y ambos seguimientos, lo que refleja que los cuidadores continuaron mejorando aún sin la presencia de la terapeuta o la ICC.

Para las dimensiones de desilusión por el trabajo, culpa y relaciones sociales, el efecto positivo de la ICC fue demorado, ya que se observó en el primer seguimiento, un mes después de haber concluido la intervención; sin embargo para la dimensión indolencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones. Al respecto, de acuerdo con Iraurgi (2009), la finalidad de la investigación no es sólo encontrar que los efectos sean estadísticamente significativos, sino también determinar la magnitud del efecto o la relación con el objeto de estudio. Por esta razón, se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen. Así, se encontró que, para la dimensión de indolencia, el tamaño del efecto fue de moderado a grande en todas las comparaciones, lo que aporta evidencia de la significación clínica de la ICC.

Adicionalmente, para la dimensión medio ambiente, no se esperaba obtener significancia estadística o clínica –como se muestra en los resultados–, ya que se trata de una variable distal que evalúa la percepción de los individuos sobre aspectos relacionados con el ambiente físico en el que se desarrollan.

Al comparar de manera individual mediante el cálculo del CCO si el cambio en las variables era clínicamente significativo respecto a sus puntajes previos, se corrobora la eficacia de la ICC, pues todos los participantes disminuyeron sus puntuaciones al menos un 20% en la variable de *burnout*, además de que la mitad de los cuidadores las incrementaron sus puntuaciones en la variable de calidad de vida.

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los de Kunkler y Whittick (1991), y Ruwaard, Lange, Schrieken, Dolan y Emmelkamp (2012), quienes, con un programa de entrenamiento en solución de problemas y una ICC que incluía relajación, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y entrenamiento en gestión del tiempo, respectivamente; lograron la disminución del *burnout* y de su dimensión de desgaste físico y psíquico. Sin embargo, la ICC diseñada en esta investigación muestra disminución no sólo en el puntaje global de *burnout* y en su dimensión de desgaste físico y psíquico, sino, también, en sentimientos de culpa y desilusión por el trabajo.

En contraste, nuestros hallazgos difieren de los de Brattberg (2006), quien, a mediano plazo, no obtuvo mantenimiento de los efectos positivos de una ICC para disminuir el *burnout*; así como de De Vente et al. (2008), quienes no encontraron suficiente evidencia en favor de la ICC utilizada.

Una fortaleza de la presente investigación es el diseño de una ICC multicomponente, que incluyó el entrenamiento en estrategias fisiológicas como la relajación; estrategias cognitivas como la reestructuración cognitiva; y conductuales como las habilidades sociales, el modelamiento, el moldeamiento y el reforzamiento positivo (Guerrero y Rubio, 2005). Específicamente, el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta no había sido empleado en estudios anteriores, a pesar de que se trata de procedimientos orientados a dotar al cuidador de una serie de habilidades y competencias que le faciliten el trabajo con los ancianos institucionalizados.

Sin duda alguna, es recomendable continuar con esta línea de investigación, en especial, con el diseño y puesta en marcha de programas de prevención e intervención en favor de quienes desarrollan *burnout*; esto, retomando las fortalezas ya enunciadas y realizando ajustes a la ICC diseñada, con la finalidad de lograr un efecto inmediato en las dimensiones de desilusión por el trabajo, culpa y relaciones sociales, así como mejores resultados en la dimensión de indolencia, los cuales se reflejen estadísticamente. Asimismo, se sugiere incrementar las sesiones encaminadas al entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de modificación de conducta (reforzamiento positivo, modelamiento y moldeamiento) para fortalecer su adquisición, que servirá para mejorar la interacción entre cuidadores-cuidadores y cuidadores-ancianos. Esto tendría como consecuencia: 1) la reducción de actitudes y conductas negativas (indolencia) hacia los pacientes y compañeros; 2) la reducción de sentimientos de culpa por estas mismas actitudes y conductas; 3) el mejoramiento de las relaciones sociales con compañeros y pacientes; y 4) la disminución de la desilusión por el trabajo al encontrarse en una relación asistencial con una atmósfera de bienestar generada por la confianza y la aceptación recíprocas (Köther y Gnam, 2003).

Esta investigación constituye uno de los primeros acercamientos al estudio del *burnout* en ambientes gerontológicos; no obstante, cuenta con algunas limitaciones, como son el bajo número de participantes y la poca diversidad de las profesiones incluidas, por lo que resulta idónea la adscripción de organizaciones gubernamentales o privadas dedicadas al cuidado de ancianos, para incrementar el número de participantes y, a la vez, incluir profesionistas como enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas físicos. Asimismo, se recomienda que, en futuras investigaciones, se incluyan variables demográficas, de personalidad y laborales (Arora, Diwan y Harris, 2014; Caruso et al., 2012), que pudieran estar vinculadas con el proceso de desarrollo del *burnout*, como son estado civil, número de hijos, hábitos saludables, apoyo social, autoestima, autoeficacia, horarios laborales y antigüedad en el puesto.

Referencias

1. Aranda, C., Pando, M., Torres, T. M., Salazar, J. G. y Aldrete, M. G. (2006). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*, 16, 15-21.
2. Arita, B. y Arauz, J. (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en enfermeras. *Psicología y Salud*, 14, 87-94.
3. Arora, M., Diwan, A. D. y Harris, I. A. (2014). Prevalence and factors of burnout among Australian orthopedic trainees: A cross-sectional study. *Journal of Orthopedic Surgery*, 22, 374-377.
4. Baez, G. y Delgado, A. R. (2013). Predictores de dependencia en mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Escritos de Psicología*, 6, 25-33. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.2010>
5. Belcastro, P. A. (1982). Burnout and its relationship to teachers' somatic complaints and illnesses. *Psychological Reports*, 50, 1045-1046. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1982.50.3c.1045>
6. Brattberg, G. (2006). Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: a randomized trial. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 221-227. <http://dx.doi.org/10.1097/01.mrr.0000210055.17291.f5>
7. Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: -McGraw Hill Interamericana.
8. Caruso, A., Vigna, C., Bigazzi, V., Sperduti, I., Bongiorno, L. y Allocca, A. (2012). Burnout among physicians and nurses working in oncology. *La Medicina del lavoro*, 103, 96-105.
9. De Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. y Blonk, R. W. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 214-231. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.13.3.214>
10. Fernández, B., Menezes de Lucena, V. A. y Ramos, F. (2001). El síndrome de *burnout* en cuidadores formales de ancianos. *Psiquiatría.com*. Recuperado de <http://www.psiquiatría.com/neuropsiquiatría/psicogeriatría/el-síndrome-de-burnout-en-cuidadores-formales-de-ancianos/>
11. Firth, H., McIntee, J., McKeown, P. y Britton, P. (1986). Burnout and professional depression: Related concepts? *Journal Advanced Nursing*, 11, 633-641. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb03380.x>
12. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00730.x>
13. Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el

- trabajo (síndrome de *burnout*) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
14. Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo* (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
 15. Gil-Monte, P. R. (2008). Evaluación psicométrica del síndrome de burnout: el cuestionario "CESQT". En J. Garrido (Ed.), *¡Maldito trabajo! Una increíble, pero cierta, historia sobre mobbing, burnout y dirección de personas* (pp. 269-291). Barcelona: Granica.
 16. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
 17. González-Celis, A. L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos* (tesis doctoral inédita). México: FES Iztacala, UNAM.
 18. González-Celis, A., Tron, R. y Chávez, M. (2009). *Evaluación de Calidad de Vida*. México: Coordinación Editorial, FES Iztacala, UNAM.
 19. Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). *Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura.
 20. Guerrero, E. y Rubio, J. C. (2005). Estrategias de prevención e intervención del "burnout" en el ámbito educativo. *Salud Mental*, 28, 27-33.
 21. Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de Salud Mental*, 34, 94-110.
 22. Isaksson, K. E., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G. y Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10(213). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-213>
 23. Juárez-García, A., Idrovo, A. J., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de *burnout* en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37, 159-176.
 24. Köther, I. y Gnam, E. (2003). *Manual de geriatría. El cuidado de las personas mayores*. Madrid: Editex.
 25. Kunkler, J. y Whittick, J. (1991). Stress-management groups for nurses: Practical problems and possible solutions. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 172-176. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01621.x>
 26. Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
 27. Martínez-López, C. y López-Solache, G. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7, 6-9.
 28. Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice-Hall Press.
 29. Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
 30. McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M. y Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30, 202-210. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>
 31. Navarro, E., Calero, M. D., López, A., Gómez, A. L., Torres, I. y Calero, M. J. (2008). Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Escritos de Psicología*, 2, 74-84.
 32. Reyes-Jarquín, K. (2015). *Desgaste laboral en cuidadores de ancianos: Efectos de una intervención cognitivo-conductual* (tesis doctoral inédita). México: FES Iztacala, UNAM.
 33. Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V. y Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS ONE*, 7, e40089. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0040089>
 34. Salyers, M. P., Hudson, C., Morse, G., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., Wilson, C. y Freeland, L. (2011). BREATHE: A pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals. *Psychiatric Services*, 62, 214-217. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.62.2.214>
 35. Wegner, R., Berger, P., Poschadel, B., Manuwald, U. y Baur, X. (2011). Burnout hazard in teachers results of a clinical-psychological intervention study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 6, 37. <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6673-6-37>

Fecha de recepción: 17 de junio, 2015

Fecha de recepción de la versión modificada: 20 de agosto, 2015

Fecha de aceptación: 17 de septiembre, 2015