

El síndrome del *Burn Out*

por

Fredy da Silva Rodio*

- **Historia. Definiciones.**

El síndrome del “*burn out*” puede considerarse un capítulo dentro del más amplio del estrés laboral. No es cualquier tipo de estrés laboral sino que afecta sobre todo a los profesionales sanitarios que trabajan directamente con personas con las *que mantienen una relación de ayuda y comparten con ellas situaciones vitales emocionalmente fuertes*. Además, para poder diagnosticarlo con certeza, debe ser crónico, esto quiere decir, a los efectos diagnósticos, con *más de seis meses de evolución*. En 1991 se lo consideró “un grave y creciente problema social que afecta a más del 10% de los médicos” y que constituye “un reto diagnóstico y, sobre todo, terapéutico para los psiquiatras” (Fawzy y Pasnau). Algunos se refieren a él como a una pandemia.

El cuidado de la salud de los profesionales es un problema que abarca múltiples niveles de abordaje, incluye las características de la noxa social estresora, los aspectos de la vulnerabilidad personal al estrés, las enfermedades derivadas de las fallas de la adaptación, los programas de profilaxis y tratamiento (N. Koster)

Las traducciones más adecuadas para el término anglosajón “burn out” serían las de “estar o sentirse quemado” o “quemarse”. En muchos lados se encuentra como “síndrome de desgaste profesional” o “síndrome de quema profesional”, también como “desmoralización”. En principio se puede plantear que se trata de una reacción que comporta tanto alteraciones somáticas como psíquicas y que se da en aquellos profesionales que de alguna manera proveen una relación de ayuda; como educadores, asistentes sociales y operadores sanitarios, este último grupo de trabajadores y en particular aquellos que operan en el ámbito de la higiene mental y de las drogodependencias han sido los más estudiados. No solo es la mera exposición a los estresores sino aún más importante, la calidad del afrontamiento de las demandas psicosociales a las cuales está expuesto por la tarea clínica que realiza ya sea a nivel individual o institucional. (como veremos más adelante)

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Herbert Freudenberger, un psiquiatra (psicoanalista) que trabajaba en la Clínica Libre de Nueva York para toxicómanos. Observó en ese momento que los voluntarios “jóvenes e idealistas” al año de empezar a trabajar sufrían en su gran mayoría una pérdida de energía, una desmotivación así como varios síntomas de ansiedad y depresión que podían llegar hasta el agotamiento. Describió que estos se volvían menos sensibles, poco

* Director del Post-Grado de Drogodependencias de la UCUDAL. Pp 57-77 del libro *Drogas, ética y trasgresión*, Montevideo, Psicolibros, 2001.

comprensivos y hasta agresivos en su relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente del problema que padecía. Para describir este patrón conductual homogéneo eligió la palabra B que también se usaba para referirse a los efectos del consumo crónico de las drogas. Ya de alguna manera se hace referencia a esta entidad como un **proceso** más que un cuadro sintomático definido como veremos luego.

En 1976 la psicóloga social Cristina Maslach estudiando las respuestas emocionales de aquellos profesionales de ayuda a personas utilizó el mismo término –B- que tomó del utilizado por los abogados californianos para referirse al proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros de trabajo. Ella decidió usar esta término pues los afectados se sentían fácilmente identificados y sin estigmatización como con los diagnósticos psiquiátricos.

El término B se hizo popular en el ámbito anglosajón y apareció repetidamente en publicaciones profesionales de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, docentes y abogados. En estas primeras publicaciones se destacaba más que nada la importancia de la personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación con el trabajo, dificultad para poner límites). Paralelamente se popularizaron talleres y seminarios de prevención y de intervención terapéutica. El término perdió precisión conceptual y culminó en un cajón de sastre sin consistencia científica.

En 1980 Freudenberger lo definió como “un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”. Se lo llama también *síndrome de desgaste profesional*.

En 1981 aparece como culminación de años de trabajo el Maslach burn out Inventory (MBI).

En 1984 Brill propone como definición más precisa la de “un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece una alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas”

En 1986 se redefine el término por Maslach y Jackson como un “síndrome de agotamiento emocional con deshumanización e insatisfacción personal que aparece en individuos que trabajan con personas” también lo describían como “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar”.

Incluye las tres dimensiones básicas descritas:

1) Agotamiento físico y psíquico: incluye disminución y pérdida de recursos emocionales.

2) Despersonalización: en el sentido de deshumanización: incluye indiferencia, un sentimiento de distancia emocional y el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Garden describe cuatro factores dentro del ítem de despersonalización: distanciamiento, hostilidad, despreocupación por los demás y rechazo y falta de interés por los otros.

3) Falta de realización personal (bajos sentimientos de realización personal) incluye vivencia de insuficiencia personal, sentimientos de fracaso y baja autoestima con una tendencia a evaluar el trabajo realizado de manera negativa (y con auto reproches por no haber alcanzado los objetivos propuestos.)

Para Maslach este síndrome se da exclusivamente en las profesiones de ayuda sobre todo los educadores y los sanitarios y dentro de estos los de la salud mental y de las unidades de alto riesgo.

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a los profesionales de ayuda. “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico de trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”. El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas, El agotamiento emocional incluye sentimiento de incapacidad, desesperanza u de alineación con el trabajo, El agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hasta hacia la vida misma.

Básicamente es un síndrome de agotamiento físico, emocional e intelectual derivado de un recargo de trabajo de tipo cuantitativo y cualitativo, que lleva a la persona a tener un concepto negativo de si misma, actitudes negativas hacia su trabajo y hacia personas con quienes interactúa, perdiendo simpatía y eficiencia.

Kielholz describió una patología que llamó “enfermedad de los *managers*” con los siguientes síntomas: ansiedad, preocupaciones hipocondríacas, astenia, desconfianza, y explosiones afectivas inadecuadas.

Loewenstein ha descrito 25 campos de actividades diferentes donde la característica común es la de configurar un grupo específico de profesiones de ayuda en las cuales los síntomas suelen aparecer en los primeros 5 a 10 años de actividad al no poder dar una respuesta suficiente a las demandas de los diferentes usuarios. Entre estos se encuentran además de los profesionales sanitarios los maestros, profesores, abogados, sacerdotes, bomberos.

Para Henri Ey probablemente estuviera dentro de las depresiones por agotamiento. Para Selye que en la década del 30 creó el concepto de *estrés* estaría inscripto dentro del Síndrome General de Adaptación que comprende tres estados sucesivos: alarma, resistencia y agotamiento. Se dejaría el término *estrés* para la pérdida por agotamiento

de la adaptación adquirida con caída de las defensas biológicas y eclosión de los trastornos psico-orgánicos (digestivos, cardiovasculares, psoriasis, bruxismo, depresiones, crisis de pánico, abuso de sustancias, etc.)

La O.M.S. y la O.I.T. consideran al *estrés* como uno de los problemas de salud más graves del Siglo XX, y seguramente del nuevo milenio. Cooper psicólogo laboral inglés refiere que: “el estrés laboral causa enfermedades físicas, sobre todo dolencias cardíacas y gastrointestinales. *Afecta la conducta: el individuo se vuelve irritable, agresivo, ansioso, con dificultades de concentración...se tiende a fumar más, beber más, padecer insomnio, comer en exceso*”, *agregaríamos el uso creciente de drogas psicoactivas incluyendo los psicofármacos.*

- **Clínica del *burn out*.**

Para Edelwisch y Brodsky hay 4 etapas fácilmente identificables en el desarrollo del síndrome:

1 – Fase de entusiasmo dada por un inicio idealista del trabajo, con motivación y expectativas, sin límites de sacrificio. El riesgo en esta etapa es la de una sobreidentificación con el enfermo y el gasto excesivo e ineficaz de energía.

2 – Fase de estancamiento caracterizada por una toma de conciencia y percepción de la realidad, hay un enlentecimiento de la actividad frente al desequilibrio entre lo ofrecido y la recompensa recibida.

3 – Fase de frustración como primera manifestación de *burn out*, que se expresa al dejar la persona de participar tan activamente como acostumbraba, aparecen los cuestionamientos más profundos y el inicio de la desmotivación.

4 – Fase de apatía observada en el retiro absoluto del individuo (mecanismo de defensa para evitar el daño emocional) producto de episodios sucesivos de frustración y desilusión. Es aquí que aparecen agotamiento emocional, desinterés, alejamiento, cinismo, etc.

En 1980 Chernis describió en detalle tres etapas evolutivas en la primera hay un estrés psicosocial dado por el desbalance entre las demandas y los recursos, en la segunda se produce un estado de tensión psicofisiológica y en la tercera ocurren una serie de cambios conductuales: tendencia a tratar a los clientes de forma distante y mecánica, afrontamiento evitativo y retirada personal o alejamiento.

Decíamos que se trataba de un proceso que refleja el hecho de que una situación laboral, familiar o social ha sobrepasado a una persona agotando su capacidad de reacción de manera adaptativa, es la etapa final en un continuo de tensión y estrés (Álvarez y Fernández 1991).

Helliwel trata de resumir las características etiopatogénicas del “*burn out*” en una sencilla ecuación: ***Susceptibilidad individual + sobrecarga laboral y/o crisis vital = Burn out.*** A. Rodríguez López agrega el término “personalizada” a la sobrecarga

laboral ya que según plantea es la vivencia de sobrecarga que tiene el sujeto lo característico del cuadro. De todos modos no toda disminución en el rendimiento laboral es sinónimo de burn out.

1.-Manifestaciones mentales: Predominan los síntomas psicológicos de tipo disfóricos y sobre todo el agotamiento emocional. De forma característica la persona se siente nerviosa, con una inquietud psicomotora, con incapacidad para concentrarse y olvidos frecuentes, agotada, atrapada en el desempeño del rol profesional y con sentimientos o sensación de vacío. También se han descrito vivencias de fracaso, impotencia e insuficiencia. *Un 20% de los médicos del Hospital de Salamanca presentan síntomas psicopatológicos compatibles con trastornos psiquiátricos.* En el editorial del N° 334 de la revista **Lancet** de 1994 se destaca que los médicos tienen una presión psicológica superior a la de otros profesionales de igual nivel ocupacional y un riesgo doble de suicidio respecto de la población general. Anteriormente, en 1983, Hochschild refería que al “trabajo instrumental” se la añadía un “trabajo emocional” que el llamaba “fatiga de la interacción personal”.

2.-Manifestaciones físicas: Se han descrito una gran variedad de síntomas psicosomáticos tales como cefaleas, trastornos gastrointestinales desde alteraciones del apetito hasta úlceras, mialgias, dolores osteo-musculares (sobre todo a nivel de columna lumbar), dermatitis, disfunciones sexuales, trastornos del ritmo cardíaco, hipertensión arterial, alteraciones del sueño fundamentalmente insomnio de conciliación y pérdida o disminución notoria de la libido. Suele estar presente una depresión del sistema inmunitario por lo que gripes y resfríos reiterados son frecuentes. Hay estudios que demuestran la asociación de B con enfermedad coronaria al mismo nivel que los indicadores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Melamed, Kushnir y Shirom 1992). Appels y Shouten (1991) han demostrado el mayor riesgo de sufrir infarto de miocardio en trabajadores con B que en aquellos que no lo tienen. En sujetos que han sufrido I.A.M. una vez controlados la edad, la tensión arterial, el tabaquismo y el nivel de colesterol *la prevalencia de enfermedades psicosomáticas en médicos se asocia con la de los niveles de estrés laboral.* Trabajo italiano N° 26.

3.-Manifestaciones conductuales: Destacan las alteraciones de la conducta en el rol asistencial y sobre todo la despersonalización en la relación con el paciente entendiendo como tal la pérdida de interés por las personas con una suerte de retiro de las energías motivacionales en el trabajo. Las muy frecuentes quejas y crítica se asocian con la reacción cínica ante cualquier intento o sugerencia de ayuda que es descalificada desde esa posición. A nivel conductual se han observado un *consumo aumentado de estimulantes como café y té así como de sedantes, bebidas alcohólicas y otras drogas.* También se asocia con sedentarismo y mala dieta nutricional. En la búsqueda bibliográfica referente a los médicos encontramos que en estos es mayor el consumo de café (más de 5 tazas de café diarias implica doble riesgo de infarto de miocardio), tabaco y alcohol (tres drogas legales de amplia aceptación en nuestra cultura cuyo estudio no provoca mayores resistencias), también los problemas de alcoholismo, depresión, suicidio, conflictos matrimoniales y enfermedades cardiovasculares son mayores que en la población general; sobre todo por encima de los 40 años. (D. Vega

1995 en España, Juntunen 1988 en Finlandia, Robinowitz 1983). En el caso de las mujeres médico es aún más notorio, por ejemplo, *la tasa de suicidio es tres a cuatro veces superior a la esperada*, a su vez en ellas se han encontrado más frecuentemente los siguientes elementos de origen de estrés: prejuicio externo, sobrecarga y conflicto de roles (fragmentación de la mujer-médico entre el rol ocupacional y el tradicional) y conflicto de valores.

4.-Manifestaciones socio-laborales: Los problemas interpersonales pueden darse con los pacientes, los compañeros los superiores o los subordinados, Se destaca el *distanciamiento afectivo* individual de los contactos sociales, a veces acompañado de un excesivo distanciamiento defensivo el llevar a la casa los problemas laborales como un desplazamiento negativo, que puede aumentar los conflictos de pareja. *El hipercriticismo y la desconfianza hostil* así como la insensibilidad y el excesivo distanciamiento defensivo que se puede presentar como *aburrimiento cínico y estereotipado o amarga insatisfacción* con los logros profesionales está en agudo contraste con los buenos propósitos de un humanismo ideal, bien intencionado y empático con los que comenzó su carrera profesional. *La persona "quemada" no se siente querida o valorada por los colegas o por la organización* y por eso se defiende pagando con la misma moneda con la que él se siente pagado.

5.-Manifestaciones organizacionales: En estudios longitudinales el B presenta *intención de abandonar el trabajo, de cambiar de puesto y un importante ausentismo y/o incumplimiento del horario laboral* (Firth y Britton 1989) además de una disminuida productividad individual (Golembiewski y Munzeurider 1988). La idea del abandono del puesto de trabajo para el que se han invertido grandes esfuerzos de todo tipo y de cambio radical de vida se asocia a las ideas de frustración laboral con los resultados consiguientes.

En mayo de 2000 un artículo español realizado en base a un estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid encontró que más de la mitad de la población encuestada (58.8%) estaba considerando dejar su trabajo en el futuro.

También se ve con gran frecuencia una *rigidez excesiva en el cumplimiento de los reglamentos, toda innovación se descarta como inalcanzable y no válida, se descalifica*. Disminuye notoriamente la capacidad de tomar iniciativas.

Los profesionales sanitarios bajo el efecto de B no son conscientes del cambio de comportamiento y deterioro de las relaciones interpersonales, atribuyéndolo en general a factores externos de la esfera laboral: acumulación de horas, multiplicidad de tareas, etc. Intentando una compensación que muchas veces suele ser el consumo de medicación psicoactiva.

Por ultimo, pero no menos importante, recordar que no solo se ve afectado el individuo sino también el paciente a través de la relación con su médico. Diversos autores comunican un mayor riesgo de accidentes y errores en el trabajo más frecuentes con el riesgo consiguiente para el usuario.

Esta situación es de riesgo para los pacientes pues en estudios realizados por los mismos autores estos no solo están más insatisfechos con la calidad de la asistencia, sino que

tienen peor evolución médica y tienen más posibilidades de llegar a tener una complicación psiquiátrica en su evolución.

- **Conclusiones parciales**

Las investigaciones realizadas en el campo del síndrome del **burn out** o simplemente de B no siempre son fáciles de interpretar debido a varias razones, entre ellas la complejidad de las relaciones involucradas con variables individuales y organizacionales.

Se trata de un síndrome clínico general en relación con el afrontamiento de estresores ocupacionales crónicos, derivados del trato con personas, con manifestaciones tanto a nivel individual como organizacional.

Como antecedentes de B están la acumulación de estresores propios del rol laboral, mal afrontados, tanto a nivel personal como institucional, y los rasgos de personalidad previa.

Como consecuencias de B están los síntomas físicos, psicológicos y organizacionales. Los trabajadores de la salud “de ayuda” son los más vulnerables ya que la urgencia y la atención de los pacientes posterga la urgencia en la escucha, contención y apoyo de los equipos; nos enfermamos en nuestra tarea curadora.

Factores demográficos: En EEUU ocurre con más frecuencia entre los 30 y 40 años y entre aquellos con relativa poca experiencia laboral. En Europa toma población de mayor edad. D. Vega (Universidad de Salamanca tesis doctoral de 1995) no encuentra diferencias de edad ni de sexo en los niveles de desgaste profesional salvo en la despersonalización que es mayor en los médicos más jóvenes y luego disminuye con la edad, hecho constatado por otros autores (Mingote, Rallo, Baca).

Las relaciones entre la persona y su trabajo cambian a lo largo del tiempo, las investigaciones disponibles en el campo de la Psicología Industrial y Organizacional evidencian que las personalidades de los técnicos se modifican en función del tipo de trabajo y de la experiencia en su carrera profesional. El ajuste entre la persona y su trabajo es un proceso dinámico a lo largo de su desarrollo biográfico. En general, en los países del primer mundo que es donde obtuvimos las investigaciones, el aumento de la satisfacción laboral con la edad es una relación lineal continua, que es mucho más evidente por encima de los 45 años de edad. ¿ Sucede lo mismo en nuestro medio? Por otro lado, también se comunica, que a medida que aumenta la edad se incrementa la insatisfacción del médico con su trabajo y se percibe con menor maestría y capacidades profesionales.

Se detectó la existencia de un mayor porcentaje de personas *de edades más jóvenes con contratos eventuales* en la unidades de hospitalización de pacientes graves, con altas tasa de mortalidad mientras que los servicios centrales y de pacientes con baja mortalidad predominan los profesionales de mayor edad y contratos fijos de trabajo.

Referido al **sexo** no hay datos definitivos, en un principio se planteó que las mujeres presentaban mayor estrés laboral que los hombres (roles múltiples, conflictos de rol) en las mujeres el mayor riesgo para su salud proviene de los múltiples roles que aumentan notoriamente el conflicto y la sobrecarga. Investigaciones posteriores mostraron que no existen diferencias significativas pero recientemente hay algunos trabajos de auto evaluación donde las mujeres aparecen con menor estrés laboral existiendo sólo dos diferencias significativas con respecto a los hombres: estos están más interesados en el liderazgo y en los ingresos económicos.

El varón médico tiene mayor nivel de autoridad, orientación al éxito por el esfuerzo y riesgo de enfermedad coronaria. Las mujeres médico, en comparación con otras mujeres profesionales, presentan más emociones negativas de hostilidad o de tristeza en el trabajo (y también mayores trastornos en el sueño).

El estar casado es un factor de protección para el varón médico, no así para la mujer pues incrementa su fragmentación personal por los requerimientos de sus roles múltiples sobre todo en un ambiente laboral no facilitador y sin el adecuado apoyo.

Según un estudio de Cartwright un 20% de la mujeres médico casadas padecen un nivel de estrés intenso y solo un 30% cree que ha conseguido un adecuado nivel de integración de sus roles. Los porcentajes son mayores en la etapa de hijos pequeños o en edad escolar.

Características del trabajo: El burn out se asocia en sus génesis con algunas características laborales objetivas tales como:

A) Sobrecarga de trabajo se asocia o no a valoración subjetiva de demanda laboral. Se incluyen aquí los horarios de trabajo prolongados (sobrecarga cuantitativa, multi-empleo tan frecuente en nuestro medio) o mal distribuidos, existen trabajos específicos sobre el efecto del régimen de guardias sobre el padecimiento del burn out.

B) Malas condiciones de trabajo y sobre todo uno de los factores determinantes más importantes para la desmotivación que es la *mala remuneración económica* y las condiciones materiales del lugar de trabajo (incluida la seguridad física) la primera directamente relacionada con renunciaciones. En este ítem, y especialmente vinculado a las características laborales de nuestro medio, podemos citar algunos trabajos españoles, que definen al multi-empleo como una importante variable en la salud del profesional

C) Estrés laboral médico por la “ambigüedad y el conflicto de rol”. En médicos que emplean más tiempo en *trabajo clínico* las puntuaciones son mucho más altas por lo que Maslach y Jackson sostienen como “estrés interpersonal”. Dentro de la Medicina es más alto entre aquellos que atienden enfermos con patologías graves, crónicas, incurables o terminales, lo que implica una sobrecarga emocional.

De los resultados de una recopilación de investigaciones realizadas en España se destacan *que los psiquiatras presentan mayor nivel de desgaste que otros trabajadores de la salud*. Los siguen en el área de la salud los psicólogos y las asistentes sociales, por último el personal de enfermería. Según este estudio tienen mayor grado de B los profesionales que trabajan en Servicios o Unidades de Salud Mental que los que trabajan en Hospitales Psiquiátricos. La causa estaría en el desbalance entre la demanda

percibida por el técnico y los recursos disponibles para el manejo de los pacientes ambulatorios. Además, en estos casos, la presión psicológica sobre el profesional es mayor. El padecimiento de B en médicos del Hospital de Salamanca se asoció con *un consumo de más de 20 cigarrillos de tabaco diarios y peor salud general*.

D) Inadecuado liderazgo, supervisión y/o soporte de los superiores.(Factores asociados al descenso en los sentimientos de realización personal). También es este ítem podemos poner *la falta de adecuada estimulación motivadora* por parte de los superiores ya signada por Chernis en 1980. *Hostilidad y mala calidad en las relaciones entre los pares*.

E) Falta de participación en la toma de decisiones y aún falta de autonomía personal para el cumplimiento de muchas de ellas. Falta de comunicación tanto horizontal como vertical. (Manchester, U.K. marzo 2000).

F) Entrenamiento insuficiente. Destacamos que el entrenamiento fue el único factor que se puede determinar sin dudas como preventivo del agotamiento emocional en un trabajo de marzo del 2000 de la Universidad de Nueva Zelanda. En un estudio realizado por el Servicio de Psicología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston y publicado en octubre de 2000 identifica, sin lugar a dudas, al déficit en la educación y en el entrenamiento de los psicólogos un *factor etiopatogénico fundamental*. Varias investigaciones, fundamentalmente realizadas en EE.UU., demuestran que los déficit en la educación y en el entrenamiento durante la formación de los psicólogos son factores de gran importancia para el desarrollo de B en los servicios de emergencia en casos de pacientes víctimas de violencia, con conductas suicidas y violentas

G) Desconocimiento de la estructura organizacional del lugar de trabajo (factor que se ha identificado como preventivo de la despersonalización). La ausencia de un programa de introducción y orientación para los nuevos empleados a demostrado ser un factor negativo (Chernis 1980).

H) El mediar entre intereses de la Institución prestadora de los servicios y los pacientes y sus necesidades, sobre todo cuando, además, hay una discrepancia entre los objetivos institucionales y los valores individuales del profesional. José Bleger en 1996 escribió: “Toda empresa tiene como objetivo fundamental...un incremento de utilidades...en ningún caso el psicólogo debe ubicarse como agente o promotor de la productividad, porque no es esa su función profesional, su objetivo es la salud y el bienestar de los seres humanos, el establecimiento y/o creación de vínculos saludables y significantes...en Psicología la ética forma parte del encuadre...ninguna tarea puede ser llevada a cabo correctamente si el terapeuta rechaza los objetivos, los medios o procedimientos de la institución”

I) La sobrecarga que significan las tareas administrativas sobreagregadas. En una revisión de la bibliografía hecha en enero de 2000 en el Reino Unido se aportan sólidas evidencias de que *estrés y burn out están creciendo considerablemente e identifica como factores específicos el incremento en el trabajo y las tareas administrativas, el*

manejo del tiempo, el conflicto de roles, la ambigüedad de los mismos, la falta de supervisión, el insuficiente tiempo para estudiar y perfeccionarse y las condiciones generales (infraestructura, fondos, etc.).

En un trabajo reciente (julio 2000) Grunfel y cols. de la Universidad de Ottawa sobre un Servicio de Oncología en Notario encuentran que la prevalencia de B es significativamente mayor entre médicos (53%) que entre técnicos colaboradores (37%) y que en el staff (30%) . Un grupo importante de estos médicos (42%) estaban considerando seriamente la posibilidad de dejar el trabajo o disminuir el horario. Reflexionan de que esto es particularmente grave en Canadá donde hay carencia de personal de salud experiente y entrenado, especialmente en ésta área.

En Agosto del 2000 se comunica desde la Centro Académico de Ámsterdam que los odontólogos con mayor riesgo de burn out *experimentan mayores quejas somáticas y presentan comportamientos menos sanos (no deportes, mala dieta, consumo de alcohol).*

También en agosto de 2000 desde la Universidad de Oldenburg en Alemania se publica un trabajo sobre el burn out y las nurses en el cual el interjuego entre los recursos y las demandas del trabajo aparecen como elemento fundamental para la génesis del burn out y con el sentimiento de satisfacción con la vida. Sin lugar a dudas éste se encuentra vinculado en estos casos a las condiciones de trabajo.

En septiembre de 2000 desde California EE.UU. se comunica que los consejeros y terapeutas de pacientes con problemas de abuso de droga y VIH presentaban los tres síntoma cardinales del Burn out: agotamiento emocional, despersonalización y pobre desempeño personal, *relacionados con el porcentaje de clientes con VIH.*

En noviembre de 2000 un estudio italiano de Grasi y Magnani de la Universidad de Ferrara refiere que el burn out y los síntomas de estrés son un problema mayor entre profesionales de la salud y que la prevalencia de morbilidad psiquiátrica es del 23%, los síntomas de B agotamiento emocional están presentes en un 28%, despersonalización en un 25% y baja realización personal en un 13%.

Mallet y cols (1991) en una investigación comparada entre enfermeras de centros de tratamiento intensivo y de residencias de ancianos enfermos, con igualdad de soporte social y de condiciones generales de empleo, constata la importancia de los valores y de la cultura laboral. En los centros intensivos hay mayor estrés ocupacional aunque en las residencias hay mayor tasa de mortalidad. *La exposición al sufrimiento y la muerte son claros estresores ocupacionales.*

Para terminar con este punto es interesante destacar los hallazgos de Leppanen y cols. que en 1987 revisan la literatura europea sobre la satisfacción en el trabajo en los trabajadores de la salud y encuentran datos similares a los de EE.UU. en el sentido de que *mientras los médicos encuentran su trabajo pleno de sentido y con oportunidades de crecimiento personal, la enfermeras manifiestan que están frustradas en relación con sus tareas y sus calificaciones profesionales.*

En 1996 Wright y Roberts un estudio sobre la edad media de la muerte de los médicos: los anestesiólogos son los más precoces 66.4 años, los de asistencia primaria los más tardíos 77,5 años, los psiquiatras tienen una edad media de 70.8 años, los ginecólogos 73.1 y los radiólogos 78.1.

Vinculación con el trabajo: El síndrome B se asocia positivamente con excesivas e inadecuadas expectativas sobre el trabajo. Un compromiso irreal con la profesión aumenta el riesgo. De forma característica se da en personas muy fuertemente involucradas con su tarea y que trabajan con pacientes no colaboradores y difíciles. La insatisfacción laboral está asociada de manera consistente y positiva con el burn out. Este agotamiento se produce especialmente en quienes iniciando su trabajo con energía, idealismo y motivación se ven expuestos a situaciones repetidas de insatisfacción, frustración y desilusión. También está descrito como más frecuente en los llamados **trabajólicos**.

Los jefes despersonalizan menos la relación asistencial y perciben más características intrínsecas positivas en el trabajo, además hacen menos guardias al mes y tienden a tener puntuaciones más altas en las personalidades competitivas: PCTA (patrón de conducta tipo A).

Belfer en 1989 estudió los estresores inherentes a la práctica del médico clínico proponiendo la "hipótesis del estrés del rol médico" según la cual los médicos han de funcionar siempre al máximo nivel de competencia (responsabilidad, posibilidad de errores, etc). Garden, también en 1989, se refiere a las excesivas demandas emocionales en casos como el de los médicos psiquiatras donde existe una relación más prolongada y frecuente con los pacientes, así como, muchas veces, ser el proveedor del soporte psico emocional del paciente lo que daría lugar a un mayor estrés laboral y actuaría como factor etiopatogénico del burn out en esta especialidad.

Uno de los elementos claves en este ítem es que más allá de la actitud hacia el trabajo que vive como una realidad negativa o intolerable *el B siente que no puede evitarla, no pudiendo realizar un esfuerzo adaptativo eficaz o escapar de esa realidad*.

El ambiente o clima social en el que acontece el *burn out* incluye no solo a los pacientes sino a los compañeros de trabajo, a los subordinados y a los supervisores. Numerosos trabajos demuestran una relación negativa entre estrés laboral, *burn out* y soporte social. *Bajo soporte (pobre apoyo del entorno) es asociado a niveles más altos de estrés en todas las categorías laborales en el área de la salud y a mayor incidencia de cuadros depresivos (Revicki y May 1983). La asociación de bajo soporte social con alto estrés en el trabajo se asoció a los niveles más alto de burn out (sin diferencias de género, pero sugiriendo que en el sexo masculino se asocia en mayor grado la satisfacción laboral con la sensación de satisfacción personal).*

Una mala cohesión interpersonal dentro del grupo así como la existencia de conflictos interpersonales se asocian positivamente con B. Cuando el estrés aumenta el personal de la salud siente, percibe que el soporte de los compañeros disminuye, y que la contribución al trabajo de los colegas no es igual a la propia. No debemos olvidar que

el burn out es la vía final común, el resultado del estrés en la vida profesional de médicos y cuidadores.

Los médicos casados tienen mejor calidad de vida y mayor apoyo social que los solteros. La calidad de vida de los médicos se asocia directamente con la satisfacción laboral. La caída significativa con la edad de la satisfacción laboral y de la autoeficacia percibida por los médicos son importantes índices psicométricos, que también se asocian a la morbi-mortalidad elevada de estos.

Características de personalidad: Son varios los rasgos de personalidad que se han asociado con B, tales como ansiedad, patrón de conducta tipo A (tema complejo pues incluye factores constitucionales junto con enfermedad coronaria), rasgos de carácter narcisista y obsesivo-compulsivo (Gabbard los ha destacado en médicos vulnerables al estrés ocupacional). Pérez Lozano refiere que el perfil de personalidad en cierta manera es determinante. Así, por ejemplo, los individuos que tienen una conducta de tipo A son más vulnerables a padecer trastornos relacionados con el *síndrome de desmoralización*. Freudenberger considera que "personas con alta realización, perfeccionismo, con un alto esfuerzo e implicación en el trabajo, que no pueden decir que no, competitivas, que ambicionan más de lo que pueden ejecutar, son fácilmente vulnerables al síndrome de desmoralización".

El patrón de conducta tipo A estaría configurado por: 1) competitividad y motivación de logro manifestados en forma de persistencia (capacidad de desarrollar más horas de trabajo), constancia, tenacidad (perseverante, infatigable), deseos de reconocimiento y competitividad. 2) Impaciencia: urgencia temporal, intenta hacer varias cosas a la vez. 3) Hostilidad, agresividad, irritabilidad, irascibilidad, intolerancia.

Aquellos con mayor percepción de sí mismo como religiosos o creyentes tienen un nivel de B menor, esto ha sido confirmado en múltiples investigaciones, la última publicada en noviembre de 2000 según un trabajo realizado entre oncólogos en EE.UU. Como dato interesante *los baby boomers* (nacidos entre 1946 y 1964) y los de la generación X (nacidos entre 1965 y 1981) tienen diferentes *issues* y percepción del estrés ocupacional.

El sufrimiento o estrés del médico se origina por un lado por la identificación con la angustia del paciente enfermo y de la familia, por la reactivación de sus propios conflictos personales y por la frustración de sus expectativas diagnósticas y terapéuticas. La motivación altruista surge cuando se puede observar la necesidad de ayuda de la otra persona y se experimenta la reacción emocional de empatía. Pero cuando la exposición a las necesidades de los demás es continua y muy intensa, a la vez que las necesidades personales no se sienten satisfechas, disminuye la motivación pro-social y pueden aparecer conductas defensivas "de escape o huida" o de afrontamiento desadaptativo por implicación laboral excesiva (*trabajólicos*).

Desde la perspectiva psicoanalítica, se ha destacado la importancia de las necesidades

emocionales insatisfechas desde la infancia y el propio sufrimiento que además ha incidido en la elección de una profesión de ayuda. A través de varios posibles mecanismos inconscientes de defensa se transforma la propia ansiedad en la motivación de ayuda a los demás ya sea en el mejor de los casos a través de mecanismos reparatorios sanos.

Siempre desde esta perspectiva existe un conflicto entre la representación del yo ideal (como persona dinámica, hiper-competente, inagotable) y el limitado ser real que se manifiesta primero por una lucha irrealista a través de un esfuerzo mantenido para conseguir un objetivo no siempre real, y que más tarde acaba por agotar los recursos emocionales disponibles. No olvidar la importancia de la discrepancia entre las expectativas y la realidad.

En el caso de las personalidades narcisistas ven al receptor de los servicios como un proveedor de valoración personal, de forma sobre compensadora el candidato a B trata de realizar una ilusión de grandiosidad personal que le cure las heridas narcisistas abiertas a través del comportamiento de rol se intenta alcanzar una homeostasis narcisista, que fracasa porque no lo puede sostener: objetivos difíciles de lograr, esfuerzos que resultan insuficientes, frustraciones. Esta situación de duelo se puede elaborar a nivel depresivo sano, de forma creativa o se puede padecer con vivencias de incapacidad de fracaso, con disminución de recursos emocionales de forma paranoide, con vivencias de amenaza y de daño personal desde el exterior (pacientes, compañeros, institución).

En los últimos cinco años comienzan a aparecer trabajos psicoanalíticos que los asocian con los conceptos freudianos de la teoría de la angustia, el trauma psíquico y las neurosis actuales. Desde el punto de vista psicoanalítico el estrés puede aparecer “cuando en ocasión de la llegada de estímulos externos o internos al aparato psíquico, este puede descargar o ligar el quantum de excitación y los mecanismos de defensa del Yo operan eficazmente, estamos en el territorio del estrés o Síndrome General de Adaptación en sus dos primeros estadios. Si la intensidad de las repercusiones provocadas rompe la barrera de la protección antiestímulo y el Yo pierde su capacidad de ligadura y cualificación, nos encontramos en una situación diferente, llamada *distress* o Estadio de Agotamiento del Síndrome General de Adaptación” el concepto de *estrés*, entendido en estos términos, puede vincularse con el concepto freudiano de “trauma psíquico”, donde el Yo se ve desbordado y pierde su capacidad defensiva y el aparato psíquico no puede cumplir con su tarea primordial de dominar, ligar y controlar el monto de excitación que le llega, perdiendo la capacidad de pensar, y significar.

Para Maslach y Jackson la despersonalización resulta de un afrontamiento evitativo de la sobrecarga cuantitativa y/o cualitativa del trabajo con personas. Se trata de un síndrome multidimensional en el que se destaca el agotamiento emocional.

Desde la perspectiva cognitivo-social se trata de un desarrollo interactivo entre un individuo con bajas expectativas de refuerzo positivo y altas expectativas de refuerzo negativo, por lo que puede llegar a tener una baja percepción de control y de

competencia por lo que se daña su auto eficacia o maestría percibida y se aísla del medio social que lo frustra.

- **Tratamiento y Prevención**

Junto con la descripción del burn out aparecen las primeras propuestas de prevención y tratamiento, culminando en las intervenciones orientadas a la reducción del estrés laboral de la O.I.T. en el año 1992. Se plantea un modelo de intervención con varios componentes integrados de forma complementaria que utiliza técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral.

A nivel individual el objetivo es mejorar los recursos de protección individual para afrontar adecuadamente los *estresores* propios del rol laboral. Para esto se utilizan técnicas cognitivo conductuales (afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual), relajación, autorregulación. Control de gestión del tiempo, mejora de habilidades sociales, etc. Para los nuevos profesionales existen durante la formación curricular programas de afrontamiento y manejo del estrés laboral y sobre todo han demostrado ser muy eficientes los programas de tutoría y orientación profesional. Cursos específicos de formación continua que incluyan el tema con el objetivo de aumentar la competencia y el manejo durante la tarea diagnóstica y terapéutica. Durante el ejercicio de la profesión se debe evitar el aislamiento, riesgo evidente ya que la medicina es una profesión liberal de trabajo independiente a la vez que generar creencias y actitudes positivas frente al trabajo cotidiano sin la necesidad patológica de reconocimiento o apoyo. El sano y solidario apego al paciente, la concepción de psicoterapia de R. Laing como el denodado esfuerzo de dos individuos por recuperar la dignidad de uno de ellos, el reconocimiento de que tanto tenemos deberes con nuestros pacientes como derecho a bregar por nuestro propio bienestar son bases sólidas de una estrategia de prevención. La Asociación de Psicología Americana trata el problema de B desde 1983, lo consideró entonces como *distress* en los profesionales del área de la salud mental. Las primeras investigaciones mostraron alcoholismo, adicción a drogas, desórdenes mentales y problemas personales. Organizó un proyecto de ayuda terapéutica y de recomendaciones para los terapeutas y sus familias. , estas fueron publicadas en el libro ***“Professionals in Distress”***

A nivel sociolaboral el soporte social es aquel que satisface la necesidad humana básica de pertenencia y comunicación además de proporcionar información técnica y supervisión. Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de B y media en la satisfacción laboral aumentando la calidad de vida del trabajador. Se debe fomentar el trabajo en equipo interdisciplinario (que hace al técnico, entre otras cosas, más flexible ante el error ajeno y las críticas a los propios), la psiquiatría de interconsulta y enlace puede contribuir a la calidad de vida laboral del médico y del resto del personal sanitario al potenciar los recursos disponibles para hacer frente a las demandas psicológicas que se experimentan en el desempeño del rol

profesional.(Mingote). Un fenómeno interesante que se ha dado en los últimos años es el del desprestigio social de la clase médica con idealización de la tecnología.

A nivel organizacional definición clara y explícita de objetivos sanitarios e indicadores para su evaluación, establecimiento de incentivos económicos y profesionales, aumento de la participación de los profesionales. Debemos aquí recordar que el estrés laboral en el área asistencial puede llegar a comprometer la eficacia de las organizaciones sanitarias por lo que estas deben protagonizar la intervención psicosocial en la formación y el control del estrés laboral. Mejorar la comunicación en el sistema sanitario a todos los niveles, mantener una continuidad en la línea de gestión, respaldar a los técnicos por parte de los superiores son factores descritos en la bibliografía como preventivos del burn out. También se citan la mejora del modelo de relación jurídico laboral de los médicos con los empleadores. En la actualidad existen, en otros medios, los recursos científicos y técnicos para mejorar la calidad asistencial en beneficio del usuario, así como la calidad de vida laboral del personal sanitario lo que repercute en la satisfacción de ambos y en la eficiencia del sistema sanitario.

Más allá de que la realidad socioeconómica repercute sobre sus prácticas, incluida la psicoterapia, presionando sobre ellas de manera negativa el médico no debe ser un espectador pasivo y cansado del juego sanitario, debe proteger su profesión, recuperar su vocación y sus ideales sin perder su salud.