

“BURNOUT” EN MÉDICOS: APROXIMACIONES TEÓRICAS Y ALGUNOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.

**(“Burnout” in doctors: theoretical approaches and some differential
diagnoses)**

Dra. Myleen Madrigal Solano
Médica Asistente Especialista en Psiquiatría
Servicio Psiquiatría y Psicología
Hospital Nacional de Niños
madrigal@email.com

Recibido para publicación	27-07-2006
Aceptado para publicación	03-08-2006

SUMMARY

In last the three decades many authors and investigators have made their contributions to the Syndrome of Burnout or professional exhaustion, mainly in doctors, being this one of the affected populations. It is necessary to differentiate the Burnout from other concepts that can be overlapped with it like depression, stress and labor dissatisfaction, recognizing that this syndrome can cause the sufficient physical and mental deterioration in the health personnel to the point of being able to interfere seriously in their daily work and to cause, consequently, important damages the health of their patients. This is why it is of vital importance to make conscience of the necessity of prevention in the aspects that can be corrected or of the identification of the process of Burnout once restored.

KEY WORDS

Burnout, emotional exhaustion, depersonalization, realization, depression, dysthymia, work, stress, dissatisfaction, coping, prevention, psychotherapy.

RESUMEN

En las últimas tres décadas muchos autores e investigadores han hecho sus aportes al Síndrome de Burnout o agotamiento profesional, principalmente en médicos por ser esta una de las poblaciones más afectadas. Es necesario diferenciar el Burnout de otros conceptos que se pueden solapar con él, como depresión, estrés e insatisfacción laboral, reconociendo que este síndrome puede provocar el suficiente deterioro físico y mental en el personal de salud hasta el punto de poder interferir gravemente en su trabajo cotidiano y ocasionar, en consecuencia, importantes daños a la salud de sus pacientes. Por lo que es de vital importancia hacer conciencia de la necesidad de prevención en los aspectos que se que pueden corregir o de la identificación del proceso de Burnout una vez instaurado.

PALABRAS CLAVE

Palabras claves: Burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización, depresión, distimia, trabajo, estrés, insatisfacción, afrontamiento, prevención, psicoterapia.

INTRODUCCION

Desde la primera vez que se escuchó el término Burnout (Freudenberger, 1974), también llamado “síndrome de estar quemado”, “síndrome de la quemazón” o “síndrome del desgaste profesional”, han pasado ya tres décadas en las que muchos autores e investigadores han hecho sus aportes, además de despertar interés en la población general por la problemática que trae consigo. El Burnout se ha hecho muy popular a pesar de que aun no existe una claridad ni precisión conceptual.

Fue en los años 70 cuando Herbert Freudenberger un psicoanalista alemán que trabajaba como asistente voluntario en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, a los síntomas de ansiedad y de depresión, así como a la desmotivación en su trabajo y a la agresividad con los pacientes. Este autor definía "estar quemado" como el desgaste y el sentimiento de estar exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Afirmando que era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" y que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.

Estas observaciones fueron ratificadas por Cristina Maslach, Psicóloga Social norteamericana, investigadora especializada en este campo, quien trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros buscando la correlación

entre los profesionales y los factores sociales y organizacionales. En 1976 denominó al síndrome como de “desgaste profesional o Burnout”, al observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas "de ayuda a los demás" y en contacto directo con el público.

Aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson en 1981, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome, ellas lo consideraron como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos: el *cansancio emocional*, caracterizado por la creciente pérdida de energía, desgaste y agotamiento. Mientras se agotan sus recursos emocionales, los trabajadores se sienten que no pueden mas.⁴ La *despersonalización o deshumanización*, se caracteriza por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, llegando a considerar a las personas con las que tratan como verdaderos objetos o seres inanimados como por ejemplo en el caso de los profesionales en salud, “al de la cama 7 hay que darle...”, o “hay que repetirle la radiografía al amputado”, estas expresiones en muchas ocasiones son apropiadas e incluso necesarias para el desarrollo efectivo de la actividad habitual en un hospital, pero un grado excesivo muestra sentimientos de inadecuación, insensibilidad y cinismo; y como tercer aspecto la *falta de*

⁴ Maslach C. Jackson S. *The measurement of experienced burnout.* Journal of Occupational Behaviour 1981: (9): 99-113

realización profesional, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones depresivas y con tendencia a la huida, una moral baja, un descenso en la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional donde se verbaliza comentarios como “no merece la pena intentar tal o cual acción porque hace años que está así y no hay quien lo cambie”, con sentimientos de frustración e ideas de abandonar en lo que tanto se ha invertido con grandes esfuerzos tanto personales como de formación. Los trabajadores se sienten infelices de sí mismos y descontentos en su trabajo.

La teoría sugiere que el Burnout ocurre cuando se pierden ciertos recursos valiosos, son inadecuados para resolver demandas o no producen un rendimiento satisfactorio.⁵

Las consecuencias del Burnout afectan a la institución y al empleado ya que una de las primeras reacciones que estos experimentan es el retiro. El retiro puede ser físico o psicológico donde se está físicamente presente pero mentalmente en otra parte.⁶

El término *Burnout* inicialmente sólo fue aplicable a trabajadores de servicios de ayuda, es decir, a aquellos que se utilizan a sí mismos como herramienta

⁵ Lee R. Ashforth B. *A meta-analytic examination of correlates of the three dimension of Job Burnout*. Journal of Applied Psychology 1996; 81(2): 123-133

⁶ Schwab R. Jackson S. Schuler R. *Educator burnout: sources and consequences*. Educational Research Quarterly 1986 10(3): 14-30

en el trabajo con otros, observado en profesiones como médicos, psicoanalistas, guarda de cárceles, trabajadores sociales y bomberos, posteriormente se extendió a todos aquellos que interactúan en forma activa con trabajo de servicios humanos o “ayuda humana” dentro de estructuras funcionales. En la actualidad este fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (como en amas de casa).⁷

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Este síndrome ha sido calificado en publicaciones recientes como la “plaga del siglo XXI”, por lo que resulta necesario desde la perspectiva clínica y laboral conocer en qué consiste esta afección que aún no se presenta como una categoría diagnóstica clara en los manuales de psiquiatría y psicología. En el CIE-10 (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades), se encuentra un grupo que se le asemeja al síndrome de agotamiento titulado “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida” (Z 73.0)⁸

También se debe diferenciar el Burnout de otros conceptos que se pueden solapar con él, como depresión, estrés e

⁷ Gil-Monte P. *Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey*. Salud pública de México 2002;44(1): 33-40

⁸ Ferrer R. *Burn out o síndrome de desgaste profesional*. Medicina Clínica de Barcelona 2002;119 (13): 495-6.

insatisfacción laboral. Respecto a la diferencia entre *Depresión* y *Burnout*, el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en un determinado tiempo. es probable que la sintomatología tenga que valorarse para diferenciarlo de un trastorno distímico o una depresión mayor.

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado”. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles, puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., “yo siempre he sido así”, “esta es mi forma de ser”). A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores.

En estos casos (“depresión doble”) se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al

menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro *social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.⁹ Mientras que en el burnout la disminución en el estado de ánimo es temporal y específico al ámbito laboral.¹⁰

El Burnout no es igual que la depresión, pero los dos se relacionan de cerca y

⁹ *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* Texto revisado. España Masson, SA 2002.

¹⁰ Ortega C. López. F. *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004; 4(1): 137-160

pueden compartir criterios diagnósticos o coexistir. Esta relación no es simple, es compleja y multidireccional. A través de la historia se ha mencionado que el Burnout puede contribuir a la depresión (Maslach, 1982), la depresión puede contribuir al Burnout (Glass y otros.,1993) o que una predisposición para la depresión, según se refleja por una historia personal y familiar de depresión, podría aumentar el riesgo para el Burnout.¹¹

En cuanto a las conexiones entre *Estrés laboral* y *Burnout* se señala que la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. Además el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, en el Burnout siempre son negativos.¹²

El estrés laboral desempeña un papel importante en la etiopatogenia, por lo que se puede decir que el estrés en el trabajo es un predisponente esencial para el Burnout pero no la causa. Ya que sin estrés laboral es muy difícil que se origine el síndrome de Burnout; pero sufrir estrés laboral no implica necesariamente que luego vaya a producirse el síndrome.

¹¹ Nyklícek I. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout Journal affect disord. 2005: 88(1):63-68

¹² Faber, B. *Stress and burnout in suburban teachers*. J of Educational Res 1984:77(6):325-31

Con relación a la *Insatisfacción laboral* y *el Burnout*, Gil-Montes afirma que aunque ambas son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Mientras que el Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.

APROXIMACIONES TEÓRICAS

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales, para explicar el síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser clasificados en tres grupos, según Gil-Monte y Peiró.¹³

El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la *teoría sociocognitiva del yo*. Se caracterizan por otorgar a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome.

En éste la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría

¹³ Gil-Monte P. Peiró J. 1999 *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Anales de psicología 1999: 15(2): 261-268

de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera determinará la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo.

Por el contrario, los factores barrera como la ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, entre otros, dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de auto eficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

Básicamente se considera que: a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias en los demás, y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las *teorías del*

intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Por ejemplo, se podría decir que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo.

En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales).

Con respecto a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social debido a que esto puede suponer una “amenaza para la autoestima”.

En el contexto de las organizaciones de salud también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome

(profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio. Así, cuando de manera continua los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarían sentimientos de Burnout.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la *teoría organizacional*. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Un ejemplo característico de este grupo podría ser el modelo que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome.

Por lo que se puede concluir que el síndrome de Burnout puede ser integrado en los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral, como una respuesta al estrés crónico producto del trabajo percibido, que surge tras un proceso de evaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son

eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional.

Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. (Gil- Monte y Peiró, 1999).

FACTORES DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL BURNOUT

El Burnout es el resultado de la influencia de agentes sociales, laboral y características personales. Variables de diverso carácter han sido estudiadas como antecedentes mostrando su capacidad predictora. Modelos actuales que explican el Burnout aportan una perspectiva de interacción entre características situacionales (entorno laboral) como desencadenantes y variables personales, como factores que cumplen una función moduladora.

Los factores desencadenantes o estresores laborales según Gil-Monte y Peiró, se pueden organizar en 4 categorías:

a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio,

sobrecarga, turnos rotativos, entre otros),

b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional),

c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión),

d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia considerándose a esta última, más una variable facilitadora que desencadenante.

Las variables facilitadoras pueden ser sociodemográficas, de personalidad y los afrontamientos:¹⁴

Perfil reactivo: caracterizado por la necesidad de obtener compensaciones de forma inmediata, ya sean de carácter afectivo como de índole económica, profesional, de prestigio social, de autoestima o de cualquier otro tipo. Quienes se caracterizan por perfiles reactivos acusados, sufrirán mas decepciones y frustraciones siendo mayor la ansiedad.

Perfeccionismo: preocuparse en exceso por los detalles supone una cierta tensión psicológica que desgasta y que sumada a otros factores puede originar estrés laboral y éste a su vez, una de las

causas del Burnout. Ya que se generará frustración si la situación laboral no permite cumplir con las tareas cotidianas de una manera perfecta.

Personalidad responsable: si el sentimiento de responsabilidad es demasiado intenso puede originar angustia.

Vocación y altruismo: quien estudia Medicina con ideales humanistas y soñando ser feliz ejerciendo su profesión con altas expectativas, puede verse defraudado ante la realidad del trabajo cotidiano y de la naturaleza o respuesta de muchos pacientes ante las consultas y del mismo sistema de salud. Las expectativas excesivas y los ideales desconectados de la realidad suelen provocar una actitud compulsiva y agotadora, que cesará bruscamente dejando al sujeto exhausto y con el Burnout a punto de iniciarse.

Edad: aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana. Si las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni la esperada puede provocar el desencadenamiento del síndrome.

Sexo: según estudios las mujeres serían el grupo más vulnerable, quizá por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la

¹⁴ Madrigal M. *Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en la Psiquiatría Costarricense*. Tesis final de graduación. Sistema Estudios de Posgrado en Psiquiatría-Universidad de Costa Rica. Abril,2005.

práctica profesional, los factores culturales donde la mujer asume gran cantidad de tareas y responsabilidades familiares que se suman a las laborales, por causas culturales y biológicas, las mujeres suelen ser más perfeccionistas, responsables y altruistas siendo más proclives al síndrome.

Estado civil: aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

Hijos: la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Antigüedad laboral: tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

Sobrecarga de trabajo: se puede pensar que el exceso de trabajo puede provocar

una disminución de la calidad de los servicios ofrecidos por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout.

Salario: ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

Y las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también han presentado efectos moduladores del Burnout. Los profesionales que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos agotamiento profesional que los individuos que utilizan estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción.

El término afrontamiento es la traducción al castellano del término inglés *coping*, y se corresponde con la acción de afrontar, es decir, de arrastrar, hacer frente a un enemigo, un peligro, responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante, en suma (Moliner, 1988). "Afrontamiento" se utiliza de forma muy amplia en un conjunto de trabajos que se refieren al estrés y a la adaptación en situaciones estresantes. No hay una definición comúnmente aceptada, sino definiciones muy diversas, que varían desde patrones de actividad neuroendocrina y autonómica hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo e interacción social.

El afrontamiento según (Folkman y Lazarus, 1985) se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales

constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes desbordantes de los recursos del individuo (Hernández et al)¹⁵ Esto es todos aquellos pensamientos, interpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

EL DIAGNOSTICO DEL BURNOUT:

LOS INSTRUMENTOS

En los primeros años, el Burnout fue descrito a través de la observación clínica; luego, fué evaluado con entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y escalas autoclasificadoras y cuestionarios. El principal problema para conseguir medidas fiables y válidas del Burnout a través de cuestionarios ha sido la vaguedad con que se define, lo que hace difícil discriminarlo de otros constructos. Después de tres décadas es posible contar con medidas que se han empleado con relativo éxito. Algunos cuestionarios populares de autoevaluación han aparecido en los últimos años, sin estudios empíricos ni

psicométricos. Un segundo tipo de cuestionarios son aquellos que han sido empleados con poca frecuencia, casi siempre en determinadas profesiones de ayuda, aunque sus items e indicadores han sido probados con cierto rigor.

Entre ellos están el Teacher Burnout Scale (TBS) de Zeidman y Zager, el Teacher Attitude Scale (TAS) de Farber, el Meier Burnout Assessment (MBA), la escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB) de García y cols, y otros.¹⁶

Los instrumentos de Burnout usados más frecuentemente son: el Staff Burnout Scale for Health Professionals: SBS-HP, el Tedium Measure: TM, o BM, y el Maslach Burnout Inventory: MBI. El SBS-HP fue desarrollado por Jones (1980, 1982) para evaluar Burnout en profesionales de la salud, en base a su conceptualización esencial como síndrome de agotamiento físico y emocional. Tiene 30 items en escalas de 6 grados, en las que el sujeto indica una medida de acuerdo con cada proposición: 20 items son para evaluar el Burnout y 10 son de una escala de sinceridad, se han hallado 4 factores: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y falta de relaciones profesionales con los pacientes (Jones, 1982). Tiene propiedades psicométricas aceptables, demostradas en varias muestras de profesionales de la salud, con modificación de sus items se ha utilizado en otras profesiones de ayuda: supervisores, trabajadores sociales y

¹⁵ Hernández L. Olmedo E. Ibañez I. Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004; 4(2): 323-336

¹⁶ Grau J. Chacón M. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Boletín latinoamericano de Psicología de la Salud. Agosto 1998.

funcionarios (Brookings y cols, 1985). Posee una visión más amplia del Burnout que otros cuestionarios elaborados posteriormente, como el BM y MBI, incluye entre las dimensiones variables que en realidad constituyen antecedentes y consecuentes del Burnout.¹⁷

El TM fué elaborado por Pines y cols (1981) sobre la base de su conceptualización del Burnout como un estado de fatiga emocional, cercano al tedio. Estos autores distinguían inicialmente el tedio, como el resultado de tensiones que aparece en profesiones que no son de ayuda, del Burnout, como resultado de presiones emocionales crónicas e implicación en profesiones de ayuda, por lo que el TM evaluaría indistintamente uno u otro concepto, dependiendo del tipo de profesionales a los que se aplicara. Posteriormente, abandonaron esta diferenciación entre tedio y Burnout y ampliaron su concepción de este último, que ahora incluye al tedio. Como consecuencia, el TM pasó a ser denominado "Burnout Measure" (BM). El BM está integrado por 21 items, en 3 subescalas: agotamiento físico, emocional y mental, de 7 items cada una, valorados en una escala de 7 grados. La puntuación de las 3 dimensiones se combinan en una puntuación única. Ha mostrado buena consistencia interna, alta fiabilidad test-retest y validez convergente con el MBI (Pines, Aaronson, 1988; Schaufeli, Dierendonck, 1993; McCranie y cols, 1987). Gil-Monte y Peiró (1997) señalan dos críticas fundamentales al

^{17 15} Grau J. Chacón M. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Boletín latinoamericano de Psicología de la Salud. Agosto 1998.

BM: 1) sólo evalúa sentimientos de AE (agotamiento emocional), descuidando las variables actitudinales del síndrome, y 2) a pesar de su base conceptual, el BM es un instrumento unidireccional, que no operacionaliza adecuadamente la definición de los autores.¹⁸

El instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar Burnout es el MBI, elaborado por Maslach y Jackson (1981-1986). Con su aparición casi se normaliza el concepto tridimensional

Según la última edición del manual (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), en la actualidad existen tres versiones del MBI¹⁹

- a) El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986).
- b) El MBI-Educators Survey (MBI-ES), es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas.
- c) El MBI-General Survey (MBI-GS). Elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), esta nueva versión del MBI presenta un

¹⁹ Gil-Monte P. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999; 11(3): 679-689

carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia profesional (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems).

Lo cierto es que el MBI se ha usado ampliamente para evaluar el Burnout en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbabwe, etc.. Se le han objetado problemas en la traducción, lo que puede explicar diferentes valores psicométricos encontrados y disparidad en los estudios. Se imponen, realmente, estudios transculturales, obviando esta dificultad. Como puede inferirse, existe una gran variedad de instrumentos, ya que no hay unidad de criterio sobre qué es el síndrome, qué variables agrupa, en qué tipo de profesionales ocurre y cómo se desarrolla. Su conceptualización como constructo tridimensional, permite clasificar como sujetos quemados a quienes pueden tener características diferentes por puntuaciones disímiles en las dimensiones (en dependencia de cuál sea la dimensión considerada clave). A su vez, evaluarlo como constructo unidimensional, supone perder la perspectiva de síndrome. Es necesaria una mayor elaboración conceptual para unificar criterios sobre medición.²⁰

²⁰ Grau J. Chacón M. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Boletín latinoamericano de Psicología de la Salud. Agosto 1998.

EL BURNOUT Y LOS MEDICOS

En los últimos años aparecen señales preocupantes que algo está sucediendo en la práctica de los profesionales de la salud. Cada vez es más frecuente el absentismo, abandono de tareas, incapacidades por “estados de estrés”, agotamiento, maltrato a pacientes, malas prácticas médica o enfermedades tanto físicas como mentales dentro de los médicos en nuestro país.

Muchos estudios indican que el estrés propio de las profesiones en salud es más alto que el de otras muchas profesiones. El médico vive muy frecuentemente la realidad del dolor y del sufrimiento humano que es, de alguna forma, su propia realidad. Atender el dolor, la muerte, las enfermedades terminales, situaciones límites de otros, con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada o muy poco, no puede sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de “vida o muerte”.

El llamado Síndrome de Burnout o agotamiento profesional da cuenta de esta problemática que afecta preferentemente a los profesionales de la salud y la educación, que padecen los síntomas del "estar quemado, extenuado, fundido, apagado, desmotivado". La pérdida de energía física y emocional, la despersonalización y el sentimiento de falta de realización personal pueden llegar a provocar no sólo la grave limitación o pérdida de la idoneidad

profesional, sino trastornos en su salud que pueden llegar a ocasionar desde trastornos funcionales hasta la muerte.

En fin, el médico considera que el medio que le rodea (“el medio laboral”), puede exceder a sus propios recursos psicológicos y, por ello, poner en peligro su situación de bienestar. La relación se hace tan insoportable, que aparecen conductas de evitación, de absentismo laboral y de importantes trastornos psicosomáticos o de la personalidad. Generalmente, esta situación psicofisiológica, se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, actitud negativa y posible pérdida de autoestima. Tanto el concepto de sí mismo, como el de autoestima, se ven sensiblemente deteriorados, como consecuencia de esa inadaptación progresiva del médico al medio laboral.

Cada día, le resulta más difícil convivir con sus compañeros/as del equipo, mantener la agilidad y habilidad que tenía por lo que respecta a sus trabajos y responsabilidades.

Puede llegar al autoconvencimiento mental de que no merece la pena seguir, ya que su labor no es apreciada ni por el sistema, ni por los usuarios, ni por sus jefes, cada vez más críticos e intolerables; se llegan a encontrar, realmente desesperados e indiferentes.

La expresión “no puedo más, no quiero seguir” denota, sin duda, la existencia de un humor depresivos que se evidencia por apatía, desgano, aburrimiento, irritabilidad, anhedonia y trastornos de control de influencias. Asimismo, uno de los rasgos significativos en éste síndrome que amenaza la salud de nuestros

trabajadores en salud, es el “vacío de sentido” en el que se hunde el individuo; el “vacío” es ausencia de realización (autorrealización) y aleja al sujeto de una existencia realmente auténtica. La sensación de vacío que sufre el sujeto atrapado por el síndrome de Burnout, termina en despersonalización (extrañeza de uno mismo) y desrealización (distanciamiento del entorno) (Flores Lozano, 2003)²¹.

Flores Lozano agrega que existen otras formas de presentación, en forma de trastornos de comportamiento, que suelen “salpicar” al resto de los compañeros y a su propio entorno familiar. Igualmente, son frecuentes las actitudes negativas, sarcásticas y poco colaboradoras que dificultan y enturbian la dinámica de grupo en un trabajo en equipo. Este problema, también es sufrido por el paciente que percibe la apatía e indiferencia del médico, la frialdad “afectivo-emocional”, la afectividad plana y la inexistencia de comunicación.

Asimismo, aumentan el riesgo de ciertas enfermedades tales como: enfermedad coronaria, úlceras, episodios de gripe o influenza, problemas en piel, entre otros. Además mayor consumo, uso inapropiado o dependencia de licor, drogas o medicamentos como psicotrópicos y estupefacientes, entre otros. Con respecto a esta temática es difícil de evaluar entre el mismo personal de salud, si se toma en cuenta que ni para los mismos profesionales es

²¹ Flores J. *Salud Mental del Médico: Prevención y control del Burnout*. Salud Global 2003;3(2):1-7

algo reconocido. Tal es el caso de un estudio realizado en médicos costarricenses (1999) donde se anota que “la información por falta de autoreconocimiento puede estar subregistrada”.²²

Ante la agresión del medio (cambios tecnológicos, ausencia de un plan de valoración y promoción personal, déficits económicos, ausencia de estimulación y de valoración del trabajo, falta de apoyo grupal, etc.), se pueden producir conductas psicopatológicas (agresividad, irritabilidad, depresión, ansiedad, mal humor, hostilidad). Ello hace que el médico vaya desarrollando actitudes que perturban la adaptación y el equilibrio con sus pacientes. Todo ello, hace que el profesional, que va percibiendo día a día la situación, llegue a tener una gran frustración, una valoración negativa de su trabajo y esfuerzo personal y, además, comprueba diariamente que, la situación se va haciendo todavía más compleja, que no se resuelve, a pesar de sus quejas a las instancias superiores y que, tampoco sus peticiones y demandas, encuentran el eco y apoyo necesarios para tratar de solucionar el problema suscitado y que escapa totalmente a sus posibilidades.

Esto explica que algunos autores como Rowinowitz (1983), estimen que entre el 5% y el 12% de los médicos de EE.UU. y de Europa, se encuentre suficientemente deteriorados física y mentalmente, hasta el punto de poder interferir gravemente en su trabajo

²² Jiménez M. Et al. *Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses*. Acta Médica Costarricense 2000: 42(3): 121-130

cotidiano y ocasionar, en consecuencia, importantes daños a la salud de sus pacientes. (Flores Lozano, 2003).

CONCLUSIONES

La literatura menciona que no existe ninguna estrategia simple y universal capaz de prevenir o tratar el Síndrome de Burnout. Lo que se utilizan son modelos que de forma integral incluyan las partes implicadas, es decir que se trabaje tanto a nivel individual, grupal e institucional. Aunque nuestro sistema nos hará sentir que esta es una cuestión estrictamente personal del médico y que se debe afrontar desde la propia experiencia social, familiar y clínica.

Es por esto que resulta necesario buscar esos “cambios” que pueden hacer de nuestro trabajo motivo de satisfacción tanto laboral como personal, evitando así el agotamiento profesional y si hacemos consciencia de ser portadores de Burnout seremos nosotros mismos quienes busquemos la ayuda necesaria a través de nuestros propios recursos o a través de procesos psicoterapéuticos.

Pero, ¿qué podemos hacer? Curiosamente el médico a menudo recomienda a sus pacientes descanso en su domicilio, pero la mayoría de médicos no asumen ese consejo cuando enferman. Los médicos, en éste sentido, aluden a que los pacientes cuestionan la competencia de un médico enfermo y el sentimiento de culpabilidad hacia los compañeros que debe hacerse cargo de la consulta no atendida. Según Flores Lozano, para ello ha de aprender a:

- 1) Sin duda, lo más inmediato es retirar al médico de ese entorno que le ha

“quemado” y comenzar una acción psicoterapéutica inmediata. Ser consciente de cuales son los “estresores específicos” y cuáles son las reacciones físicas y emocionales. En éste punto, la elaboración de un “diario de control del estrés”, nos parece esencial, al objeto de poder identificar eventos especialmente estresantes (discusiones, conflictos, preocupaciones, temores, etc.) y sus correspondientes síntomas físicos y emocionales (irritabilidad, dolores de cabeza, enfado, tensiones musculares, insomnio, etc.) Para ello, es necesario: Percibir el estrés, no negarlo, darse cuenta de qué cosas y eventos le producen preocupación, temor, inseguridad y estrés y determinar cómo reacciona su cuerpo al estrés.

2) Cambiar, pero ¿Qué se puede cambiar?: ¿Pueden ser evitados o eliminados los estresores?, ¿Puede reducirse su intensidad?, ¿Puede reducirse la exposición a ellos? Igualmente, es un objetivo terapéutico eficaz incrementar el contacto social y mejorar las habilidades sociales, la comunicación eficaz y la asertividad (expresión de pensamientos y sentimientos). Es necesario encontrar un equilibrio entre los propios deseos y la consideración de los demás. Conviene superar el control que los demás (jefes, compañeros y colaboradores), ejercen sobre nosotros impidiendo así que se interrumpan nuestros deseos y satisfacción personal.

Es necesario aprender a decidir por uno mismo, diciendo NO cuando no estamos de acuerdo, defendiendo así nuestra autonomía y autoestima.

BIBLIOGRAFIA

DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto revisado. España Masson, SA 2002.

Faber, B. *Stress and burnout in suburban teachers*. Journal of Educational Res 1984:77(6):325-31

Ferrer R. *Burn out o síndrome de desgaste profesional*. Medicina Clínica de Barcelona 2002:119 (13): 495-6.

Flores J. *Salud Mental del Médico: Prevención y control del Burnout*. Salud Global 2003:3(2):1-7

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

Gil-Monte P. Peiró J. 1999 *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Anales de psicología 1999: 15(2): 261-268

Gil-Monte P. *Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey*. Salud pública de México 2002:44(1): 33-40

Grau J. Chacón M. *Burnout: una amenaza a los equipos de salud*. Boletín latinoamericano de Psicología de la Salud. Agosto 1998.

Hernández L. Olmedo E. Ibañez I. *Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento*. International Journal of

Clinical and Health Psychology 2004:
4(2): 323-336

Jiménez M. Et al. *Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses*. Acta Médica Costarricense 2000: 42(3): 121-130

Lee R. Ashforth B. *A meta-analytic examination of correlates of the three dimension of Job Burnout*. Journal of Applied Psychology 1996: 81(2): 123-133

Nyklícek I. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout Journal affect disord. 2005: 88(1):63-68

Madrigal M. *Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en la Psiquiatría Costarricense*. Tesis final de graduación . Sistema Estudios de Posgrado en Psiquiatría Universidad de Costa Rica. Abril,2005.

Maslach C. Jackson S. *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behaviour 1981: (9): 99-113

Ortega C. López. F. *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004: 4(1): 137-160

Schwab R. Jackson S. Schuler R. *Educator burnout: sources and consequences*. Educational Research Quarterly 1986 10(3): 14-30