



Síndrome de Burn-out en el médico general

F. GONÇALVES ESTELLA, J. AIZPIRI DÍAZ, J.A. BARBADO ALONSO, P.J. CAÑONES GARZÓN, A. FERNÁNDEZ CAMACHO, J.J. RODRÍGUEZ SENDÍN, I. DE LA SERNA DE PEDRO, J.M. SOLLA CAMINO

Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG

Ser médico no es fácil. Nuestro rol profesional y social ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes, sin estar emocionalmente adiestrado para ello, puede pasar al profesional de la Medicina una factura afectiva que, a veces, trastocará su ejercicio profesional hasta el punto de hacerlo inviable.

Se ha destacado en distintos estudios que un 5-12% de los médicos presenta un deterioro suficiente como para afectar seriamente a su práctica laboral, con el daño que de ello puede derivarse para sus pacientes y para sí mismos. Se estima que, al menos, un 10-20% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados.

El médico debe estar formado y capacitado para aceptar, asumir y analizar los problemas de su profesión y desarrollar estrategias adaptativas estables para que su salud mental permanezca íntegra a lo largo del tiempo. Para ello, será necesario su adiestramiento en recursos adaptativos eficaces con los que poder afrontar las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol.

Diversos estudios coinciden en señalar que los profesionales sanitarios presentan mayor riesgo que el resto de la población de sufrir enfermedades somáticas (cardiopatía isquémica, ulcus...), trastornos conductuales (accidentes de tráfico, alcoholismo, adicciones...) y enfermedades psiquiátricas (depresión, alcoholismo, suicidio...), así como un importante estrés crónico (responsabilidad profesional, exigencias de resultados...).

Los trastornos por estrés crónico se comportan como auténticas enfermedades transmisibles por contacto emocional, con lo que puede llegar a haber auténticas epidemias en los diversos sectores sanitarios que lo presentan.

Freudenberger en 1974 refirió un comportamiento anómalo en los asistentes voluntarios de una clínica para toxicómanos, que consistía en que los trabajadores iban modificando su conducta inicial, perdiendo sensibilidad y comprensión e incluso mostrándose agresivos con los pacientes. Estas observaciones fueron ratificadas por Cristina Maslach, que en 1976 denominó al síndrome como de desgaste profesional o burn-out, 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.

Los sujetos proclives a padecer el síndrome presentan un perfil psicológico previo de ser idealistas, autoexigentes, optimistas e ingenuos. Según Freudenberger, estos trabajadores se entregan en exceso al trabajo para conseguir "una buena opinión de sí mismos". Cristina Maslach destaca que el burn-out es la consecuencia del fracaso personal que se produce por demandas emocionales inadecuadas tanto auto como heteroimpuestas.

■ DEFINICIÓN

Maslach y Jackson (1976) lo definen como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas".

El síndrome de burn-out es un problema social y de salud pública de primer orden, puesto que es un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional y la calidad de su labor asistencial, lo que conlleva un incremento de los costes económicos y sociales.

Pines y Aronson (1981) lo definen como "el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes".

El burn-out es un síndrome de estrés crónico, que afecta a los profesionales de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Aparece en los profesionales que prestan ayuda al público (sanitarios y educadores, entre otros).

■ ETIOLOGÍA

La atención al paciente conduce a situaciones de alto grado de estrés, a veces originado por la identificación con la angustia del paciente o de sus familiares, y por las experiencias personales de pretendido fracaso terapéutico, que con frecuencia no es tal. La ansiedad del paciente y su familia debe ser bien tolerada y afrontada por el médico mediante su adecuada formación en habilidades psicosociales; de otro modo, el rol que el médico desempeña, que denominamos "efecto esponja", hace que absorba y retenga la ansiedad de sus pacientes, sin darle una salida idónea.

Aparece más frecuentemente en los primeros años de ejercicio profesional, en trabajadores jóvenes (mayor idealismo), más en mujeres (mayor necesidad de demostrar su valía profesional) y más en solteros (menor amparo emocional).

Situaciones como el trabajo con enfermos crónicos o terminales, en relación directa con el paciente, con sobrecarga laboral y ausencia de control sobre el propio trabajo, parecen ser factores predisponentes para su desarrollo, más en personas con expectativas laborales irrealistas y rasgos psicológicos personales de meticulosidad, perfeccionismo, individualismo y hostilidad, sobre todo si tienen antecedentes personales de conflictos emocionales en la infancia que les hayan hecho ser narcisistas, ansiosos o depresivos y obsesivamente ambiciosos. Al fin y al cabo, el burn-out traduce la discrepancia entre los ideales y expectativas individuales, por un lado, y la dura realidad de la vida profesional, por otro, por lo que puede entenderse como la resultante de la falta de adaptación a un estrés laboral crónico.

El desarrollo de burn-out en el médico puede llevarle a dejar el trabajo o a evitar el trato directo

con los pacientes mediante su dedicación al desarrollo de labores administrativas, gestoras o de investigación.

■ FACTORES PREDISPONENTES

Determinados factores parecen influir de una manera decisiva en la aparición del síndrome. Los esquematizaremos en:

- Características del puesto de trabajo. Cuanto más intensas sean las demandas emocionales de las personas a las que presta su asistencia y mayor su grado de dependencia del médico, mayor riesgo tiene éste de desarrollar el síndrome. Las condiciones físicas y sociales del trabajo influyen cuando éste presenta carencias en la estructuración, con asignación de funciones no concretas, sometido a un trabajo poco jerarquizado sobre el que se carece de control, sin incentivos atrayentes, con recursos limitados para responder a demandas sin límites, todo ello constantemente acompañado de exigencias de responsabilidad sin proporción alguna con sus retribuciones y sometido a fuertes presiones y a críticas exigentes.

- Características de la personalidad. Según Maslach, consisten en deseo de destacar y de obtener resultados brillantes; trabajo muy comprometido con el dolor, el sufrimiento y la muerte; relaciones laborales insatisfactorias con antagonismos con los compañeros.

El perfil caracterial de la persona más vulnerable al burn-out tiene elementos de alto grado de autoexigencia con baja tolerancia al fracaso, búsqueda de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento inicial de omnipotencia en su trabajo. Es algo así como si el sujeto pensara que "sólo él, y nadie más que él, puede hacer las cosas tan bien". Esto le proporciona una sobrecarga emocional que le lleva al agotamiento.

Waring refiere que son personalidades caracterizadas por la ambición profesional, la búsqueda de satisfacciones personales y el sentimiento de indispensabilidad. Su mundo personal se restringe al mundo profesional.

Modlin y Montes encontraron frecuentemente asociados al síndrome la insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio, supresión de la actividad física, insatisfacción permanente, sobrecarga en la agenda laboral y dificultades evidentes para disfrutar y relajarse.



Algunas características personales, en principio positivas, constituyen también factores de riesgo para una mayor vulnerabilidad, como el entusiasmo, el idealismo, la búsqueda de la perfección y un excesivo grado de implicación personal en el trabajo.

Chernis (1980) describe tres fases sucesivas en su evolución:

- Disbalance entre demandas y recursos, con estrés psicosocial.
- Estado de tensión psicológica (*strain*).
- Cambios conductuales, de tipo defensivo y huidizo, con tendencia al trato distante, rutinario y mecánico con los pacientes.

El síndrome puede evolucionar durante largo tiempo de forma soterrada y siendo apenas perceptible hasta que en un momento determinado hace eclosión repentina, que traduce los efectos devastadores del agotamiento emocional presente.

El proceso, durante su evolución larvada, puede ser consciente para el que lo padece, pero negado. Sin embargo, bajo sus efectos, el médico va cambiando sus relaciones conductuales con pacientes, compañeros e, incluso, con su propio núcleo familiar; pueden comenzar a manifestarse las repercusiones somáticas (en forma de palpitaciones, cansancio...) y las laborales (impaciente, hipercrítico, altanero, huidizo... deshumanizado).

El síndrome florecerá o no, dependiendo de la forma en que afronte este estado. El afrontamiento activo es una manera eficaz y adaptativa de plantar cara al problema, mientras que la conducta de escape suele ser negativa.

Las situaciones de privación afectiva en la infancia, que parecen influir en la elección de profesiones de ayuda a las personas, hacen a los sujetos más vulnerables al desarrollo de trastornos depresivos desencadenados por situaciones vitales estresantes. La vulnerabilidad del propio médico por conflictos personales no resueltos, tanto pasados como presentes, parece ser la clave para la aparición del síndrome.

En ocasiones, los motivos que conducen a algunas personas a elegir una profesión sanitaria tienen que ver con el temor al abandono (de forma inconsciente). Es como si la persona creyera: "si el otro depende de mí, si yo soy quien le cuido, no me dejará". De este modo, la persona que recibe la ayuda del médico aporta a éste un alivio frente a su temor a ser abandonado. En este contexto, por una parte, influyen las condiciones inadecuadas objetivas del traba-

jo; y por otra, las diferencias individuales de personalidad y vulnerabilidad.

Cuando se trabaja con una mayor presión asistencial, situación harto frecuente hoy día en la Atención Primaria, se desencadena un menor interés por los problemas psicosociales de los pacientes y se produce una mayor frustración en el médico. Las consecuencias saltan a la vista, puesto que un médico frustrado trabajará poco y mal, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Ser negativo y pesimista es un rasgo de la personalidad que predispone a la enfermedad, más aún cuando se producen situaciones de estrés laboral; por el contrario, ser positivo y optimista proporciona una mayor resistencia al estrés, menor vulnerabilidad y mayor creatividad.

La aureola idílica de la figura del médico a lo largo del tiempo hace que muchos jóvenes se dediquen a la Medicina no por lo que tiene de ciencia experimental y rigurosa, sino por su leyenda sentimental, romántica y de sacrificio, según palabras de Marañón (1963), que al mismo tiempo afirmaba que el ambiente melancólico en que suele vivir el profesional de la Medicina le impulsa a desarrollar otras actividades saludables compensatorias. Quizá por ello Maimónides, siglos antes, ya recomendaba la necesidad de que el médico conociera otros menesteres y habilidades que pudieran servirle como motivo de satisfactoria distracción, cuando indicaba que "el que sólo sabe de Medicina, ni de Medicina sabe". Por ello para el médico es casi obligatorio desarrollar otras actividades satisfactorias que le relajen y alejen emocionalmente de su profesión (aficiones, prácticas deportivas, actividades de tiempo de ocio...).

Freud destaca la importancia del autocontrol emocional y justifica la neutralidad afectiva del médico en el desarrollo de su función, puesto que preserva así su propia vida afectiva, al tiempo que presta al paciente mejor ayuda y con la objetividad necesaria.

La relación médico-paciente es una forma especial de relación interpersonal en la que se llevan a cabo dos conductas distintas y simultáneas: la conducta técnica, que requiere de habilidades técnicas por parte del médico; y la conducta social, que requiere habilidades psicosociales. Ambas son necesarias para lograr una calidad asistencial ideal, pero deberíamos recordar con más frecuencia que, según diversos estudios de opinión, el paciente valora más la calidad humana del médico que su calidad técnica; y a menudo se observa que el aumento de una de ellas parece llevar implícita la disminución de la otra.

■ DIAGNÓSTICO

Este síndrome es la consecuencia del fracaso adaptativo individual, por desgaste o agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con las personas. Es el producto del desbalance entre las excesivas demandas laborales y los limitados recursos personales del trabajador para su afrontamiento.

Su sintomatología está compuesta por:

- Agotamiento emocional, como consecuencia de la falla de sus recursos emocionales. El cansancio o agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterizada por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. El médico se vuelve irritable, manifiesta quejas por la cantidad de trabajo realizado y pierde la capacidad de disfrutar de su tarea. Se le percibe como permanentemente insatisfecho, quejumbroso e irritable.

- Despersonalización o deshumanización, que dan lugar a conductas negativas, agresivas y de insensibilidad hacia las personas receptoras de sus servicios. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver su propio conflicto emocional, muestra una hiperactividad compensatoria que incrementa su sensación de agotamiento. Alternará la depresión con la hostilidad.

- Sensación subjetiva de falta de realización personal, con minusvaloración de su propio trabajo, insatisfacción profesional y niveles bajos de autoestima. Hay pérdida de ideales y, sobre todo, un creciente empobrecimiento de las actividades familiares, sociales y recreativas, lo que se acompaña de aislamiento.

Sus síntomas comprenden grados variables de:

- Disforia: especialmente agotamiento emocional.
- Alteraciones conductuales: absentismo, deshumanización, conductas adictivas...
- Manifestaciones físicas de estrés: irritabilidad, dificultad de concentración, trastornos del sueño, aumento de la susceptibilidad, déficits de la memoria...
- Cansancio, malestar, fatigabilidad...
- Inadecuada adaptación al trabajo: baja realización personal y profesional.
- Disminución del rendimiento laboral: desmotivación, hastío y desinterés.

Todo ello repercute negativamente en la vida familiar, laboral y social del sujeto que lo padece: pobreza o abandono de su rol social, rupturas de pareja y familiares, mala calidad asistencial a sus pacientes...

La aparición del síndrome puede enmascarse en forma de trastornos del comportamiento, con repercusiones negativas que afectarán a los compañeros, al trabajo y al entorno familiar. En este contexto, son frecuentes las actitudes negativas en el trabajo, sarcásticas, poco colaboradoras, que dificultan y enturbian la dinámica de grupo en el trabajo en equipo. Los conflictos conyugales y familiares son la norma. Su actitud también tiene consecuencias para sus pacientes, que perciben en él una situación anímica de apatía, hastío, agresividad, por lo que no es infrecuente que presenten quejas y reclamaciones contra él, lo que cierra un círculo auto-perpetuado de difícil ruptura.

■ TEST PARA SU INVESTIGACIÓN

El cuestionario más utilizado es la escala de Maslach (1986) o MBI. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Existen tres subescalas bien definidas que se describen a continuación:

- Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

- Subescala de despersonalización. Esta forma de 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

- Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Se considera el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad, y no como una variable dicotómica.

Existen pocos estudios de campo en España sobre el síndrome de desgaste profesional entre los sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado-elevado; el cansancio emocional y falta de realización personal son las facetas más afectadas.

■ ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

No hay ninguna estrategia simple y universal capaz de prevenir o tratar el síndrome de burn-out. Necesariamente se utilizarán modelos complementarios que influyan en todas las partes implicadas, es decir, al individuo, al grupo social y a la Administración.

En el ámbito individual se utilizan técnicas de afrontamiento del estrés y psicoterapia conductual, con técnicas de resolución de conflictos, de relaciones interpersonales y mejoras del autocontrol.

Es recomendable la orientación y concienciación de los nuevos profesionales ya desde antes de su incorporación al trabajo, porque suelen presentar una negación parcial del riesgo por su inexperiencia y por su optimismo, lo que les lleva a pensar que serán capaces de controlar la situación.

Los médicos deberían realizar de un modo programado y rutinario cursos de formación en el afrontamiento del estrés, de mejora de recursos instrumentales y de aumento de la competencia psicosocial y profesional. El estudio, planificación y diseño de las relaciones interpersonales en el trabajo, y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores, son básicos para afrontar el burn-out, porque fortalecen los vínculos sociales entre los trabajadores. El trabajo en equipo tiene un efecto protector, incluso cuando ese equipo es mínimo, es decir, compuesto por dos o tres elementos. Saber delegar, compartir e ilusionarse mutuamente puede ser la clave.

La planificación de las mejoras en las condiciones de trabajo del personal sanitario debe ser tarea de todos los implicados. Es fundamental para evitar la desilusión y los sentimientos de soledad y frustración, que hacen mella en muchos profesionales hoy día. La mayoría de los autores coincide en resaltar la importancia del efecto protector de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, las oportunidades de aprendizaje continuado y el desarrollo de la carrera profesional.

Se debe fomentar el soporte real al profesional afectado desde diversas instancias con responsabilidad en la salud laboral de los trabajadores sanitarios, como sindicatos, sociedades científicas, colegios profesionales y la propia Administración. Para ello, es importante la constitución de grupos de expertos que realicen exámenes de salud laboral y sean capaces de detectar precozmente los casos y de ofrecer ayuda con la agilidad necesaria.

Como medidas preventivas de índole personal a desarrollar para evitar la aparición del burn-out, citaremos:

- Realizar regularmente actividades extralaborales (físicas, de ocio y grupales): la Medicina es una profesión absorbente, cuya influencia en la vida personal debe saber acotar el propio individuo.
- Intensificar y revalorizar las relaciones personales, familiares y sociales.
- "Si dudas de que necesitas ayuda, demándala. Es la única manera de evitar la cronificación".

■ BIBLIOGRAFÍA

– Arce Arnáez MC, Martínez Aguayo C, Sánchez Ludeña MC. El clima laboral en los trabajadores de Atención Primaria. *Gac Sanit* 1994; 8: 79-84.

– Artazcoz L, Druz J, Moncada S, et al. Organización del trabajo, salud y satisfacción laboral entre los profesionales de enfermería. *Actas de Jornadas sobre Salud Laboral en el Hospital* 1994; septiembre: 101-108.

– Atance Martínez JC, Massó Abad E. La salud laboral en un hospital general de área. *Todo Hosp* 131: 55-63.

– Bowman MA, Allen DI. *Stress and women physician*. Springer. New York, 1985.

– Cahoon AR, Rowney JI. *Managerial*

burnout: a arison by sex and level of responsibility. *J Health Human Resources Administration* 1984; 7: 249-263.

– Cardinell C. *Burnout? Mid-life crisis? Let's understand ourselves*. Contemporary Education 1981.

– Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practioners. *BMJ* 1989; 289: 366-370.

– Charles SC, Wilbert JR, Franke KJ. Sued and non sued physicians self reported reactions to mal-practice litigation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 437-440.

– Dale J, Weinberg RS. The relationship

between coache's leadership style and burnout. *Sport Psychologist* 1989: 1-13.

– Flórez Lozano JA. *Síndrome de estar quemado*. Edikete Med. Barcelona, 1994.

– Foura T, Roigé M, Serra R, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en enfermos de hospitalización y de atención primaria. *Jornadas de Salud Laboral en el Hospital* 1994; septiembre: 73-76.

– Freudenberg M. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-166.

– Gérvas JJ, Hernández M. *Enfermedad de Tomás*. *Med Clin* 1989; 93: 572-575.

– Gómez Bosque P, Ramírez Villafáñez C. *Cerebro, mente y conducta humana*. Amarús. Salamanca, 1998.

- **González de Rivera JL.** Factores de estrés y enfermedad. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1991; 19: 290-297.
- **Greenglass ER, Burke RJ.** Career orientations and career development among male and female teachers. *Psychol Report* 1989; 64-59: 591-598.
- **Hidalgo Rodrigo I, Díaz González RJ.** Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. *Med Clin* 1994; 103: 408-412.
- **Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS.** Toward on understanding of the burnout phenomenon. *J Applied Psychol* 1986; 4: 630-640.
- **Jayarathne S, Chess WA.** Stress and burnout in the human service professions. Pergamon. New York, 1983.
- **Karasek RA.** Job demand, job decision latitude and mental strain. Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285-308.
- **Kramer M: Reality shock.** Why nurses leave nursing. Mosby. St. Louis, 1974.
- **Maslach C.** Burned out. *Hum Behaviour* 1976; 59: 16-22.
- **Maslach C, Jackson S.** Lawyer burnout. *Barrister* 1978; 5: 52-54.
- **Maslach C, Jackson S.** The measurement of experienced burnout. *J Occup Behavior* 1981; 2: 99-113.
- **Maslach C.** Burnout: a social psychological analysis. En: Jones JW (Ed): *The burnout syndrome*. Berkely University of California. California, 1981.
- **Maslach C, Jackson S.** The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985; 12(7-8): 837-851.
- **Maslach C, Jackson S.** *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychol Press. Palo Alto (California), 1986.
- **Maslach C, Jackson S.** Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. TEA. Madrid, 1997.
- **McCrae EW, Lambert VA, Lambert CE.** Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987; 33(6): 374-378.
- **Mingote JC.** Satisfacción, estrés y calidad de vida del médico. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma. Madrid, 1995.
- **Mingote Adán JC, Pérez Corral F.** El estrés del médico. Díaz de Santos. Madrid, 1999.
- **Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J.** Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 1135-1140.
- **Moreno B, Oliver C, Pastor JC, Aragonese A.** El burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Carballo VE, Buela G (Ed): *Manual de psicología clínica*. Siglo XXI. Madrid, 1990.
- **Moreno Jiménez B, Peñacoba Puente C.** *Manual de Psicología de la Salud*. Siglo XXI. Madrid, 1996.
- **Naisberg JL, Fenning S.** Personality characteristics and propeness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med* 1991; 7(4): 201-205.
- **Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B.** Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. *Actas II Congreso Social de Psicología*. Valencia, 1990.
- **Pines AM, Kafry D.** Coping with burnout. Ponencia presentada en la Convención Anual de la American Psychology Association. Toronto, 1978.
- **Seltzer J, Numerof RE.** Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management J* 1988; 31(2): 429-446.
- **Sierra Bravo R.** Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios, 5ª ed. Paraninfo. Madrid, 1988.
- **Wilson WP.** Burnout and other stress syndromes. *South Med J* 1986; 79(11): 1327-1330.
- **Zajonc R.** Feeling and thinking. *Am Psychol* 1980; 35: 151-175.