

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
POSTGRADO EN
GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD**

**EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA
SALUD**

Autor:
Od. Susana Manzo Reyes
C.I.: 12.611.363

Asesor:
Profesor: Miguel Leal

Caracas, Enero de 2006

Profesor: Rafael Nahmens

Director

Postgrado de Gerencia en Servicios Asistenciales de Salud

Presente.-

Estimado Director:

Me dirijo a usted en la oportunidad de hacer de su conocimiento, mi aceptación para orientar a la Od. Susana Manzo Reyes, en el desarrollo de su Trabajo Especial de Grado titulado El Síndrome de Burnout en los trabajadores de Salud.

Igualmente, le informo que he leído y revisado el referido Proyecto y que cuenta con mi aprobación para ser inscrito como Trabajo Especial de Grado.

Caracas, Enero de 2006

Leal, Miguel

Firma

C.I.:

APROBACIÓN DEL TUTOR	
ÍNDICE GENERAL	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, METODOLOGÍA	4
I.1 Justificación	5
I.2 Objetivos de la investigación	9
I.2.1 Objetivos Generales	9
I.2.2 Objetivos específicos	9
I.3 Metodología	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
II.1 Historia del Síndrome de Burnout	13
II.2 Concepto	18
II.3 Personas Afectadas por el Síndrome de Burnout	31
II.4 Etiología y Tendencias de Aparición	32
II.4.1 Factores en la etiología	34
II.4.1.1 Factor Personal	35
II.4.1.2 Factor Profesional	37
II.4.1.3 Factores organizativos y Empresariales	38
II.5 Evolución y Características	39
II.5.1 Manifestaciones del Síndrome de Burnout	41
II.5.1.1 Manifestaciones mentales	41
II.5.1.2 Manifestaciones Físicas	41
II.5.1.3 Manifestaciones Conductuales	41
II.6 Evaluación del Síndrome de Burnout	41
II.6.1 Escala de Maslach	42
II.7 Prevención	45
II.7.1 Trabajo personal	45
II.7.2 El Equipo	46
II.7.3 Organización-Empresa	47
II.7.4 Puntos clave en la prevención del Burnout	48
II.8 Tratamiento del Síndrome de Burnout	49
II.9 ¿Estrés o Burnout?	50
II.10 Estadísticas SDP en médicos internos y residentes. Hospital universitario del valle, cali, 2002	52
II.10.1 Materiales y Métodos	54
II.10.2 Resultados	55
II.10.3 Discusión	57
RECOMENDACIONES	60
CONCLUSIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

RESUMEN

El término “burnout” hace referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado específicamente en profesiones con una relación constante y directa con otras personas, como maestros, policías, médicos, enfermeras. Este síndrome se considera como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico y sus rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.

El síndrome de burnout se invoca como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente.

En el trabajo se desarrolla el estrés laboral y síndrome de burnout, explicando de éste último las características que lo definen, las variables que influyen en su aparición, los síntomas y medidas para prevenirlo.

Disciplina: Organización y Dirección de Empresas

Área: Gerencia de Servicios de Salud

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout, es también conocido como el síndrome de “estar quemado”, se presenta cuando a un profesional le ha superado una situación familiar social o laboral. No existe una definición comúnmente aceptada, pero todos coinciden en señalar que es el resultado de un estado de estrés laboral crónico. Para prevenirlo no es suficiente actuar a nivel individual, es necesario realizar un estudio integral de la organización.

Cuando la sociedad en general habla del estrés laboral está asociándolo automáticamente con la imagen del típico ejecutivo agobiado, hablando por dos teléfonos a la vez, corriendo, pautando reuniones de negocio, inmerso en el trabajo. Sin embargo, el estrés lo soportan cotidianamente directivos, trabajadores, médicos, amas de casa, jubilados, escolares, universitarios etc.

Este síndrome de Burnout es considerado la plaga de fin de siglo. Se calcula que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés laboral y aunque no se trata de una relación de causa-efecto, el estrés laboral es un factor importante que interacciona con otras variables biológicas, psicológicas y sociales, dando lugar a numerosas enfermedades físicas y mentales.

Los gerentes deberían saber que exigiendo el máximo de las actividades y los recursos humanos, lejos de obtener una mayor productividad, lo único que consiguen es provocar la quemazón profesional que inicia el estrés laboral, la pasividad y, en muchos casos, el abandono. Está claro que el Burnout no es sólo un problema para el trabajador, sino también para la empresa en general, y ésta, de acuerdo con la ley de Prevención de Riesgos Laborales, tiene la obligación legal de evitarlo, puesto que constituye un riesgo laboral de vital importancia.

Partiendo de estas premisas, el presente trabajo pretende, identificar qué debemos entender por síndrome de Burnout, sus características, evolución, evaluación, entre otras y finalizar proponiendo algunas de las estrategias de prevención que se pueden implementar para intentar paliar los efectos adversos de dicho síndrome.

CAPITULO I: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS, METODOLOGÍA

I.1 JUSTIFICACIÓN

Mujeres y hombres de nuestra época sufrimos tensiones a diario causadas por nuestro trabajo, las obligaciones domésticas u otras razones. Algunas veces hemos escuchado decir que es bueno tener un poco de adrenalina en el cuerpo, puesto que ayuda a funcionar rápidamente, a ser productivos y a agudizar nuestra creatividad. Sin embargo, cuando sentimos que las tensiones se nos hacen insoportables o bien nuestro cuerpo comienza a mostrar síntomas de estrés, más vale hacer un alto y preguntarnos qué es lo que no estamos haciendo.

El Síndrome de Burnout es un importante mediador patogénico que daña la salud del médico. Los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los numerosos estudios revelan, con contundencia, que las tasas del alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a las de la población general. Asimismo, las tasas de morbilidad por enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática y accidente de tráfico son tres veces más altas entre los médicos que en la población general.

El estrés y el Burnout, se han convertido, sobre todo el segundo, en un problema social y de salud pública. Ya a fines del decenio pasado, la Organización Internacional del Trabajo planteaba su preocupación ante el aumento de los índices de estrés laboral en el mundo. Para ese organismo, el estrés en el trabajo es uno de los grandes desafíos que se presentan a los gobiernos, a los empleadores y a los sindicatos.

Las fuentes de estrés en los profesionales de ayuda son las características propias del trabajo, el ambiente organizacional, y las características individuales. En el caso del personal de salud, el contacto directo con la persona que recibe la ayuda puede ser fuente de tensión

emocional por las características, sentimientos y conductas propias de las personas enfermas; la naturaleza misma de la enfermedad o problemática; los problemas de comunicación con los pacientes; la frustración relativamente alta de los profesionales de la salud, sobre todo en los primeros años de su ejercicio profesional; el conflicto de rol, es decir, la brecha existente entre las exigencias de otros actores del sistema (colegas, pacientes, familiares de pacientes) respecto del comportamiento del profesional.

Existen también factores ambientales y organizacionales como es el escaso control que tiene el profesional sobre el ambiente laboral (contratos, horarios, etc.) y sobre el impacto de sus intervenciones; la ambigüedad del rol, es decir, la ausencia de información clara respecto de las tareas que se espera que cumpla. Así mismo la sobrecarga asistencial; la ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración; la falta de participación en la toma de decisiones acerca del trabajo; la falta de coordinación y de comunicación entre profesionales; liderazgo y supervisión inadecuados; ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea; escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo; y sobrecarga de trabajo administrativo; colaboran en que el profesional de salud esté amenazado con sufrir el síndrome de Burnout.

No sólo es el trabajador el que se ve perjudicado por el síndrome, también la empresa sufre las consecuencias. El burnout supone una tercera parte de las bajas por causas psicológicas (un 20% del total de bajas). Aunque no existen estadísticas suficientemente representativas, se calcula que un 30 % de las bajas en sectores como la enseñanza se deben a este síndrome, al igual que un elevado porcentaje de las que se dan en sanidad.

Los individuos en general tienen una gran capacidad de adaptación, sin embargo, en ciertas ocasiones algunos requerimientos del trabajo obligan a realizar un esfuerzo adaptativo para el cual el sujeto no está preparado, lo que le origina una serie de problemas de adaptación o de ajuste.

En un individuo que sufra estrés y no sepa manejarlo se verá afectada su capacidad de trabajo y manejo de las situaciones, por lo tanto, es muy importante mantener el equilibrio en el proceso de autodomínio, en el preciso momento en que se este produciendo el acontecimiento.

Es posible que bajo las mismas condiciones unos individuos desarrollan unos niveles de estrés patológicos y otros no; esto se debe a que diferentes individuos tienen distinta capacidad de adaptación en función de múltiples factores personales.

Nuestra habilidad para dominar las situaciones estresantes del entorno, es lo que nos hace diferentes, no por la cantidad de tensiones que experimentamos, sino por la forma en que las encaramos y controlamos.

El personal que trabaja en el área de salud tiene grandes responsabilidades porque tratan a seres humanos, su salud y su vida; pero lo hacen en un ambiente lleno de acontecimientos estresantes; es por esta razón, que se crea la iniciativa de este trabajo de investigación, en búsqueda de ahondar sobre el tema para poder advertir a las Organizaciones y al Recurso Humano de las mismas sobre el riesgo de padecer el Síndrome de Burnout y cuales serían las mejores tácticas a aplicar para prevenirlo y así evitar que el trabajador se convierta en un “trabajador quemado” que traería consecuencias fatales para su persona y la Organización donde labora.

Mediante el modelo de investigación y desarrollo se pretende realizar una revisión bibliográfica profunda que permita recolectar la mayor información posible sobre el Síndrome de Burnout, su características,

evolución, evaluación, entre otras para determinar la mejor manera de prevenir su aparición y poder brindarle a todo el personal de salud las herramientas necesarias para enfrentar situaciones laborales y personales sin que estas los dominen y hagan que su estado psicológico y fisiológico se vea afectado.

Parte de la intervención que se realiza para hacerle frente al Síndrome de Burnout implica modificar ciertos aspectos de la Organización que favorecen el desarrollo del síndrome, lo cual se traduce en una mejora del bienestar de los trabajadores y en una optimización de los recursos humanos que traerá en consecuencia un mejor funcionamiento de la empresa a todos los niveles.

El Síndrome de Burnout es un estado de no esperanza. Encararlo firme y creativamente permite reencender la llama de la vocación y las potencialidades.

Se hace imprescindible proponer planes de tipo preventivo, de desarrollo y preservación de la salud, o en los casos en que el síndrome ya está presente, tratar de aminorar sus efectos.

I.2 OBJETIVOS DEL TRABAJO

En los objetivos del trabajo se especificaran los objetivos que se persiguen alcanzar; incluye el objetivo general y los objetivos específicos, los cuales mantienen una relación entre sí.

I.2.1 Objetivo General

Desarrollar una investigación profunda sobre el Síndrome de Burnout, el padecimiento en los trabajadores de la salud, y sus consecuencias personales, laborales y de la Organización donde se desempeñan.

I.2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar la evolución histórica del Síndrome de Burnout, desde su origen hasta los aportes más actualizados.
- Desarrollar el constructo del Síndrome de Burnout a partir de la revisión de todas las propuestas existentes hasta los momentos.
- Reconocer mediante una revisión bibliográfica quienes son las personas más propensas a padecer el Síndrome de Burnout.
- Determinar la etiología del Síndrome de Burnout y porque factores se ve determinada su tendencia de aparición.
- Desarrollar la evolución y características que presenta el Síndrome de Burnout.
- Conocer y exponer los métodos propuestos para la determinación y evaluación de la presencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores de salud.
- Conocer y exponer las técnicas aceptadas de prevención del síndrome de Burnout así como el tratamiento indicado en caso de ya padecerlo.
- Determinar las semejanzas y diferencias entre el Estrés y el Burnout.

- Proponer recomendaciones factibles de aplicar para evitar que los trabajadores de la salud padezcan el síndrome de Burnout y se vea afectada su persona, desempeño laboral y la Organización a la cual pertenecen.

I.3 METODOLOGÍA

La metodología aplicada en el desarrollo del trabajo referente al padecimiento del “Síndrome de Burnout en el personal de salud”, fue el desarrollo de una monografía que deriva del griego "mono" que significa único y "graphein": describir.

Monografía, en un significado amplio, es un trabajo relativamente extenso, un texto argumentativo, con función informativa, que presenta y organiza los datos obtenidos sobre una determinada temática, de varias fuentes, analizados con una visión crítica.

Es un trabajo de investigación científica con tema restringido y extensión variable. Si ha de ser destinada a un público muy especializado y competente en la materia, la misma suele llamarse disertación o artículo técnico. El término científico supone el desarrollo de un proceso lógico de conocimiento de la verdad sobre algo.

Se presentan los resultados de forma organizada y sistemática. Para sustentar la descripción y posición asumida se aporta evidencia bibliográfica de trabajos profesionales y de estudios de investigación.

Existen diferentes tipos de monografías, sin embargo, la utilizada en este caso en particular fue una monografía recopilativa que, luego de elegido el tema se realizó una investigación bibliográfica en distintos orígenes, consultando todas las fuentes disponibles referentes al tema seleccionado.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

II.1 HISTORIA

La historia del síndrome de agotamiento profesional, Síndrome de Burnout, "estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto", es reciente. Fue el psicoanalista alemán residente en Norteamérica Herbert J. Freudenberger (1974) quien lo definió por primera vez como "un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía". Y en concreto se refirió a los profesionales denominados de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas, con las que mantienen fuerte y sostenido contacto directo. Ese mismo año también Von Ginsburg (1974) describe el cuadro aplicándolo al agotamiento psicofísico de los trabajadores de organizaciones de ayuda. Las primeras observaciones de Freudenberger, que trabajaba en una clínica neoyorquina de adicciones tóxicas, fueron los efectos que en poco más o menos de un año sufrían muchos de los voluntarios, como son una progresiva pérdida de energía que llevaba al agotamiento, ansiedad inespecífica y en algunos casos cuadros de tipo depresivo, en un marco de pérdida de la motivación e interés con que abordaran inicialmente su trabajo, e incluso manifestando intolerancia, resentimiento y agresividad con los pacientes.

En 1976, el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos de la psicóloga Cristina Maslach presentados públicamente en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación de sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban "quemándose". Junto con su colega Susan Jackson estructuraron este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto; en el cual dimensionaron tres grandes

aspectos: Cansancio emocional, despersonalización, sensación de falta de realización profesional.

A partir de esos trabajos iniciales, el cuadro fue recibiendo los aportes de otros estudiosos, hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la I Conferencia Nacional sobre Burnout, que sirvió para aunar los criterios. Si bien inicialmente se proponía una instauración secuencial según los tres grandes aspectos antes enunciados (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), fue ganando terreno la idea de que no es necesario este orden secuencial, y pueden darse formas agudas y crónicas del síndrome (Golembiewski, 1986 y Leiter, 1989). Al mismo tiempo existe la coincidencia en describir una gama de síntomas que van rodeando la triada central: Síntomas físicos de estrés, manifestaciones emocionales y mentales, manifestaciones conductuales.

Hace poco más de veinte años que se comenzó a investigar sobre el constructo burnout, habiéndose registrado un desarrollo considerable de la investigación al respecto. Gillespie (1980) reflejaba la necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone a nivel individual y organizacional, de ahí que Burke (1992) señalara que el interés por la experiencia de burnout psicológico en los contextos organizacionales siga creciendo. Así, mientras Roberts (1986) cifraba en más de 300 las referencias sobre burnout en el periodo 1980-85, Garcés de Los Fayos, Teruel y García Montalvo (1993) la incrementan en más de 1000, siendo el ámbito organizacional sobre el que versan la mayoría de trabajos (más del 97% de los mismos); incluso, Kleiber y Enzman (1990) ya habían citado por encima de las 2500 referencias, sólo en el periodo comprendido entre 1974 y 1989. No es extraño, por tanto, que García Izquierdo (1991) señale que el burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua

de ayuda hacia el "cliente": médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc. Por esta razón, una de las características propias del síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador. Y puesto que se parte de una situación estresante, la mayoría de autores verán en el burnout un sinónimo de estrés ocupacional, cerrándose la posibilidad a comprender el síndrome en otros contextos, aunque algunos autores (Seidman y Zager, 1986; Kushnir y Melamed, 1992) ya indicaron que el burnout no tenía que ser necesariamente producto del estrés ocupacional.

En este sentido, Walker (1986) valorando cual ha sido el recorrido teórico del constructo observa que el síndrome descrito por Maslach (1976) continuó con la concepción del mismo como una enfermedad importante (McGuire, 1979) y acabó como enfermedad ocupacional (Spence, 1981). Sin embargo Walker (1986), que acepta el inicio del estudio del burnout en ciencias sociales a cargo de Freudemberger (1974, 1975), matiza que anteriormente Graham Greene (1960) ya había utilizado el término burnout para describir el estado de "vaciamiento existencial" que una persona sentía como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable.

Este dato no supone una mera constatación histórica, sino la constatación de la amplitud teórica del concepto que pretendemos investigar. No debemos olvidar que en los años 60 se había utilizado el término para referirse a los efectos que provocaba en la persona el abuso crónico de las drogas (Söderfeldt, Söderfeldt y Warg, 1995). De hecho, aceptando que una persona pueda sufrir burnout sin la presencia de unos antecedentes organizacionales, estamos aceptando que, en principio, cualquier individuo sea cual sea su situación personal y organizacional podría verse afectado por este problema. De hecho, Starrin, Larsson y Styrborn (1990) indican que en los años sesenta el

término burnout se había utilizado para describir los efectos crónicos del abuso de drogas, hasta que Freudenberger (1974) le da la nueva connotación al constructo. Una connotación que está ligada a la condición psicoanalítica de Freudenberger y su pretensión de caracterizar al burnout como un nuevo síndrome clínico (Smith y Nelson, 1983; Grebert, 1992). Sin embargo, esto no nos debe hacer caer en el uso indiscriminado del término burnout para describir diferentes problemas relacionados con el trabajo o con cualquier otro contexto (Maslach, 1982). Lógicamente, aceptar la apertura en la concepción del concepto conlleva al riesgo de destruir su utilidad, pero también es cierto que el interés en su investigación proviene del hecho de tratarse de un problema social antes que de una cuestión teórica (Maslach y Jackson, 1984). Estas autoras precisan muy bien los objetivos de su estudio: el burnout es un problema que afecta a muchas personas y se necesita saber más acerca de él. Con el anterior planteamiento conseguimos reducir tanto la prevalencia como la incidencia (Burke y Richardsen, 1991) de un problema que afecta cada vez a más profesiones (hasta 25 campos profesionales cita Silverstein, 1986), y consecuentemente a más personas.

Freudenberger (1977) plantea que el burnout puede ser "contagioso", ya que los trabajadores que padecen el síndrome pueden afectar a los demás de su letargo, cinismo y desesperación, con lo que en un corto periodo de tiempo la organización, como ente, puede caer en el desánimo generalizado. Savicki (1979) también admitía esta posibilidad de contagio indicando que "el burnout es similar al sarampión" (p.38) en cuanto a sus efectos epidémicos. En esta misma dirección, Seidman y Zager (1986, 1991) aceptan la posibilidad de contagio del burnout entre los trabajadores de una misma organización. Smith, Bybee y Raish (1988) indicaban incluso que el contagio era especialmente virulento cuando la causa del síndrome está en la dirección organizativa, o

cuando el agravamiento de la situación tiene que ver con carencia de comprensión y se está poco dispuesto a pactar con los problemas que van surgiendo. Por último, recientemente Olabarría (1997) plantea que el burnout se puede presentar de forma colectiva, a modo de contagio.

A pesar de todo lo anterior, la conceptualización del burnout sigue siendo un obstáculo para la investigación. Hay que tener en cuenta que independientemente de que el síndrome sea similar al estrés laboral o, por contra, consecuencia de éste, el primer problema que encontramos es la imprecisión y ambigüedad del concepto estrés (Peiró, 1993); además, como señala este autor, actualmente no existe consenso para definir estresor ocupacional (antecedente del burnout). No es extraño, por tanto, que mientras Meier (1984) mantuviese que el constructo burnout demostraba cumplir los criterios de validez convergente y discriminante, Moreno, Oliver y Aragonese (1991) plantearan que la validez del constructo era muy criticada. Así, podemos encontrar que mientras Pines, Aronson y Kafry (1981) defendían la concepción del burnout como fenómeno social, Freudenberg (1974) había partido del planteamiento más individualista y clínico de la depresión, ya que este autor consideraba que la depresión era uno de los síntomas más característicos del burnout. En este sentido, Davidoff (1980) establece que puesto que la semejanza entre burnout y otros constructos es tan grande, quizás estemos utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas.

Oswin (1978); Maher (1983); Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986) se plantean que es probable un solapamiento entre los constructos depresión y burnout. Es posible, como señalan Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno (1990), que sea necesario fragmentar un constructo tan amplio como estrés para ayudar a conceptualizar los diversos fenómenos asociados, como el burnout. Tal es la relevancia

que está adquiriendo la investigación acerca del síndrome que, como indica Neveu (1995), en 1990 se celebró en Cracovia la Conferencia Europea de Burnout Profesional, continuación de la que se celebró dos años antes en Helsinki, y en la que se establecieron dos ejes sobre los que se articula la investigación sobre burnout: Maslach y Jackson (1981) y Pines, Aronson y Kafry (1981) que, son los autores que están influyendo de forma decisiva en el estudio de este fenómeno.

II.2 CONCEPTO

Para desarrollar la definición de síndrome de Burnout partiremos de la afirmación que realizan Burke y Richardsen (1991) en su amplia revisión, y que muestra la complejidad del constructo: "existe un acuerdo general en que el burnout ocurre a un nivel individual, es una experiencia psicológica interna envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de distrés y discomfort" (p.3).

Es difícil conceptualizar un proceso complejo como es este síndrome, ya que existen obstáculos como es su similitud, cuando no igualdad, con el concepto estrés aplicado a las organizaciones (estrés laboral), lo cual ha supuesto cuestionar continuamente el constructo. Starrin, Larsson y Styrborn (1990) señalan que un aspecto importante del burnout es que instintivamente todos saben lo que es, aunque la mayoría puedan ignorar su definición; así el discernimiento en la literatura sobre el síndrome acerca de su definición tiene que ver con la discusión sobre el papel que tiene la sociedad y las condiciones sociales que producen este fenómeno. Estos autores parten de que el burnout afecta de forma individual a una sociedad abstracta. Con un planteamiento más radical, Grebert (1992) entiende el burnout "como

una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades" (p. 808), llegando a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo de la profesión.

En el inicio Freudenberger (1974) describe el burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (p. 160), que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral, ya que es éste el que puede provocar dichas reacciones. El autor afirmaba que el burnout era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" (entendiéndola, según Machlowitz (1980), como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito"), que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.

Pines y Kafry (1978) definen el burnout "como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal" que posteriormente tendría un desarrollo más completo (Pines, Aronson y Kafry, 1981) y que influiría en los planteamientos teóricos de diversos autores, como veremos. Posteriormente, Dale (1979) es uno de los que inician la concepción teórica del burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo. Freudenberger (1980) aporta otros términos a la definición, así ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad. El trabajo como

detonante fundamental del burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión)
- Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Con esta conceptualización, el autor será uno de los defensores iniciales de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno.

Otros autores que aportan una definición de burnout en esta misma línea son Edelwich y Brodsky (1980), que lo definen "como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo".

Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout:

- 1.-Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- 2.-Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- 3.-Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.

4.-Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

En esta misma época, Gillespie (1980) intentando resolver la ambigüedad definicional, que según el autor existe, clasifica al burnout según dos tipos claramente diferenciados: burnout activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, y burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relacionaría con factores internos psicosociales. El autor abre, de esta forma, la posibilidad de la existencia de varias manifestaciones del burnout que, posteriormente, otros autores retomarían para intentar explicar la complejidad del síndrome.

En 1981, Maslach y Jackson entienden que el burnout se configura como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal" (p. 3). Siguiendo a Sarros (1988), podemos entender las tres dimensiones citadas de la siguiente manera:

- Agotamiento emocional: haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes
- Despersonalización: supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.
- Reducida realización personal: conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas

Esta definición, que no se aparta de la asunción de las variables del

trabajo como condicionantes últimos de la aparición del burnout, tiene la importancia de no ser teórica, sino la consecuencia empírica del estudio que las autoras habían ido desarrollando (Maslach y Jackson, 1984).

En el mismo periodo de tiempo, Pines, Aronson y Kafry (1981) definen el burnout como "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente". Esta definición, que también tiene un soporte empírico dará lugar, al igual que en el caso de Maslach y Jackson (1981), a un inventario para la evaluación del síndrome, aunque presenta la ventaja de no circunscribir exclusivamente el burnout en el contexto organizacional. Introducen el término "tedium" para diferenciar dos estados psicológicos de presión diferentes. Para ellos burnout sería resultado de la repetición de la presión emocional, mientras que tedium sería consecuencia de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental. El constructo tedium, por tanto, sería más amplio que el de burnout. En concreto, Pines y Kafry (1978) habían planteado que el tedium "se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurriría como resultado de un evento vital traumático súbito y abrupto, o como resultado de un proceso lento y gradual diario de "machaque" (p. 500). Como puede comprobarse el tedium no sólo es un constructo más amplio, sino que además trasciende al ámbito organizacional y permite la posibilidad de aparición del síndrome ante cualquier evento o proceso suficientemente aversivo que cumpla la anterior caracterización.

De otra parte, burnout, según estos mismos autores, sería el síndrome que padecerían los profesionales de los trabajos relacionados con

servicios humanos, mientras que tedium quedaría para describir a las demás profesiones (si nos centramos en el contexto organizacional). La relevancia de esta diferenciación radica en que es la primera vez que el burnout no se circunscribe a unos determinados trabajos, sino que se amplía aunque, como indican Maslach y Jackson (1984), las profesiones de "ayuda humana" han sido el origen del estudio acerca del burnout y, por tanto, las que más investigaciones han generado y donde más resultados se han ofrecido para la explicación del síndrome. A pesar de todo el desarrollo teórico, Burke y Richardsen (1991) no aprecian la diferenciación entre burnout y tedium, ya que para estos autores ambos conceptos son idénticos en términos de definición y sintomatología.

A partir de estas dos definiciones no surgen ya prácticamente conceptualizaciones teóricas originales del burnout, pasándose a un intento de comprensión del síndrome mediante los resultados obtenidos en diversas investigaciones. Parece que se admite fundamentalmente la definición de Maslach y Jackson (1981), no habiendo tenido tanta repercusión la de Pines et al (1981). Por tanto, las siguientes definiciones que se aportan suelen girar en torno a la ofrecida por las autoras, y la asunción de la relación estrecha entre estrés ocupacional y burnout es aceptada casi unánimemente. Emener, Luck y Gohs (1982) indican que todas las definiciones que se habían aportado de burnout hasta ese momento lo que hacían era describir el "síndrome del carbonizado", como ellos denominan a los individuos que padecen este problema. De ahí, que en la actualidad una traducción libre de burnout sea la de "quemado", cuando realmente lo que se está reflejando es una situación cualitativamente más grave ("carbonizado"). Estos mismos autores plantean que burnout tal vez pueda ser descrito como el estado mental y físico resultante de los efectos de debilitamiento experimentados por sensaciones negativas prolongadas,

relacionadas con el trabajo y el valor que le merece al empleado el "cara a cara" del trabajo y de los compañeros.

Posteriormente, Martin (1982) sugiere que "el burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico" (p. 461), abriendo la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre burnout y depresión, lo que supone un nuevo problema conceptual puesto que ya no es sólo la similitud entre los constructos burnout y estrés, sino también con depresión.

Perlman y Hartman (1982), compilando las diversa conceptualizaciones utilizadas hasta ese año para definir burnout, encuentra los siguientes tópicos: fracasar y estar agotado, respuesta a un estrés crónico, y síndrome con actitudes inapropiadas hacia los clientes y hacia sí mismo, asociado con síntomas físicos y emocionales, todo ello provocado por una estimulación negativa del trabajo y la organización hacia la persona que desempeña su labor profesional. Este planteamiento se va a acentuar posteriormente. Cunningham (1983) reitera la misma definición que Pines et al (1981), encabezando una serie de autores que se inclinarían más hacia esta acepción del burnout, frente a los que se decantan por la definición de Maslach y Jackson (1981). A pesar de que hasta ese momento parecen existir líneas de definición aceptables, Smith y Nelson (1983b) concluyen que "obviamente no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno" (p. 15), en clara referencia a la complejidad del constructo que se intenta conceptualizar. Elliot y Smith (1984), partiendo de que el burnout podría ser un rasgo de personalidad, entienden que en el proceso del síndrome hay que buscar el equilibrio que se ha perdido, planteando que puesto que la reconocimiento del cambio es la fórmula para afrontar el burnout, habrá que partir de la siguiente ecuación:

Susceptibilidad Individual + Sobrecarga = Burnout.

Se puede apreciar que no se alejan de las proposiciones de otros autores sino que intentan operativizarlas. Farber (1984) define el burnout como "manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas" (p. 326), continuando con los planteamientos establecidos hasta ese momento, pero añadiendo un aspecto importante para la comprensión del síndrome: las estrategias de afrontamiento inadecuadas actuarían como mediadoras entre los eventos estresantes y las manifestaciones de agotamiento emocional y físico haciendo especial hincapié en los trabajos de "servicios humanos", Shinn, Rosario, March y Chestnut (1984) entienden el burnout como "tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos" (p. 865), asentándose cada vez más el estrés laboral como antecedente necesario para la aparición del síndrome. Desde este mismo planteamiento, Nagy (1985) señala que el burnout "describe un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores empleados en profesiones consideradas de interacción humana" (p195), añadiendo que burnout y estrés podrían ser conceptos similares y que burnout sería un tipo específico de estrés. Grantham (1985), desde una perspectiva puramente psiquiátrica, entiende que los factores estresantes del burnout no son siempre claramente identificables; sí, en cambio, los relacionados con problemas de personalidad, depresión y ansiedad. Partiendo de estas premisas, plantea la siguiente categoría diagnóstica del burnout:

- Eliminar la presencia de una identidad biológica.
- Eliminar la posible existencia de otro síndrome psicopatológico.
- Reconceptualizar el síndrome como una entidad englobada en "problemas de adaptación". Para el autor, por tanto, el burnout es un síndrome de adaptación que tendría unas características que lo diferenciaría de otros síndromes. Walker (1986), que había señalado

que el burnout "se caracteriza por la existencia de determinadas respuestas a un prolongado, inevitable y excesivo estrés en situaciones de trabajo" (p. 41), dejaba abierta la posibilidad de que el síndrome pueda ser experimentado por cualquier trabajador, independientemente de su contexto laboral específico. Por último, Kyriacou (1987) retoma la definición de Pines et al (1981) y defiende que es la mejor concepción del síndrome para su aceptable comprensión.

Cuando parece que la definición de burnout se va perfilando, Garden (1987) expone la idea de que una definición de burnout es prematura pues existe ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación conocida hasta el momento no ha permitido aclarar. Un año antes, Smith, Watstein y Wuehler (1986), concluían que el burnout describía un sutil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

Poco después Shirom (1989), que es más optimista que los autores anteriores ante el constructo, plantea que "el burnout es consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, con lo que al descender los recursos personales aumenta el síndrome", retomando la variable afrontamiento como determinante en la comprensión del burnout.

Hiscott y Connop (1990) vuelven a la línea clásica en cuanto a la definición del burnout y lo entienden como "un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo" (p. 425). De hecho, a partir de finales de la década de los ochenta es cuando la definición de Maslach y Jackson (1981) reaparece con mucha más fuerza, desequilibrando las preferencias que los diversos autores repartían entre ésta y la definición de Pines et al (1981). Por otra parte, el estrés ocupacional adquiere el

papel fundamental que en los años ochenta ya se había manifestado. Así, Greenglass, Burke y Ondrack (1990), tras diferenciar estrés vital (concepto general que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo) y estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo), encuadra el burnout en este último.

Sin embargo, Starrin, Larsson y Styrborn (1990) matizan que mientras el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, el burnout es un fenómeno exclusivamente negativo. De ahí que algunos autores planteen la relación entre ambos constructos en el sentido de que el burnout podría ser similar a un estrés negativo. Oliver, Pastor, Aragoneses y Moreno (1990) igualan burnout a estrés laboral asistencial, volviendo estos autores a circunscribirse en profesiones con determinadas interacciones humanas. También García Izquierdo (1991a y b) señala el burnout como característico de profesiones de "servicios humanos", y lo entiende como consecuencia de un prolongado y creciente estrés laboral y, por tanto, sería equiparable a la tensión que un individuo siente como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo genera, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral. Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) lo definen como "un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo" (p. 271).

Muy similar a esta definición encontramos la de Ganster y Schanbroeck (1991): "el burnout es de hecho un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se dan en profesiones con altos niveles de contacto personal" (p. 236). Esta respuesta podría estar relacionada con las

estrategias de afrontamiento de la persona, según Leiter (1991b). El autor considera el burnout como una función del patrón de afrontamiento del individuo, que está condicionado por las demandas organizacionales y los recursos exigidos. El síndrome incluiría una interacción compleja de factores cognitivos con respecto a las atribuciones causales concernientes al trabajo y a las aspiraciones de progreso profesional. En esta misma línea, Kushnir y Melamed (1992) lo definen como "el vaciamiento crónico de los recursos de afrontamiento, como consecuencia de la prolongada exposición a las demandas de cargas emocionales" (p. 987), con lo que se va asentando una corriente de estudios que enlazan burnout y estrategias de afrontamiento. De hecho, Wallace y Brinkerhoff (1991) señalan que paradójicamente la despersonalización, como dimensión del burnout, sería propiamente una estrategia de afrontamiento conducente a combatir el síndrome, abriendo aún más la necesidad de una línea de investigación en este sentido.

Tras la anterior unanimidad en la concepción del burnout, la mayoría de autores utilizan el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981) como instrumento de medida del burnout para sustentar sus diversos resultados, y donde la definición de estas autoras está implícita, cuando no es claramente explícita, en los diversos trabajos de investigación que se están desarrollando. Sin embargo Burke y Richardsen (1991), como ya hiciera Garden (1987), plantean que no existe acuerdo en la definición de burnout a la que llegan los distintos autores que están investigando el síndrome y que, por tanto, se necesitan más trabajos de investigación que ayuden a una mejor comprensión de este fenómeno.

García Izquierdo y Velandrino (1992), que un año antes había dado su propia definición (García Izquierdo, 1991b), plantean ahora que "tras

casi 20 años desde la aparición del término burnout no hay una definición unánimemente aceptada" (p. 131). De hecho, Grebert (1992) incide en que la descripción sintomática del síndrome varía según los autores que lo estudian. Leiter (1992b) distancia el burnout del estrés laboral y lo define "como una crisis de autoeficacia" (p. 108). Nagy y Nagy (1992) señalan, por otra parte, que el concepto burnout se ha convertido en un "llamativo descriptor del estrés laboral" (p. 523), señalando que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo. Moreno y Oliver (1993) retoman la relevancia del afrontamiento e indican que el burnout "sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él" (p. 163).

García Izquierdo, Castellón, Albadalejo y García Izquierdo (1993) plantean la concepción del burnout centrada exclusivamente en el agotamiento emocional (una de las dimensiones que utilizan Maslach y Jackson (1981) para medir el síndrome). Por último, Ayuso y López (1993), siguiendo la definición de Pines et al (1981), definen el burnout como "un estado de debilitamiento psicológico causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivo-afectivos" (p. 43), precisando que "el síndrome de desgaste sería una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energías de las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, debido a la difícil realidad del trabajo" (p. 43), concepción que deducen de la definición de Edelwich y Brodsky (1980).

En suma, del recorrido realizado hasta aquí podemos consensuar varios aspectos que nos ayudan a delimitar el concepto de burnout y, por tanto, a comprenderlo mejor.

Parece claro que el burnout será consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos serán de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout.

Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas" trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

No hay acuerdo unánime en igualar los términos burnout y estrés laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos; sin embargo, definiciones como la de Freudenberger (1974), Maslach y Jackson (1981) o Pines, Aronson y Kafry (1981) parecen indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. De hecho, recientemente Singh, Goolsby y Rhoads (1994) concluían que burnout y estrés laborales son claramente diferentes.

Tras la definición de Freudenberger (1974), en la que planteaba una "existencia gastada", y tras las aportaciones de Maslach y Jackson (1981) con la tridimensionalidad del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, o las que hacen Pines et al (1981) con el triple agotamiento: emocional, mental y físico, pocas han sido las aportaciones originales a la definición del burnout, girando todas las aportadas sobre estas tres, incluyendo matices propios del contexto en el que se iban desarrollando las investigaciones y no alterando sustancialmente las originales.

Por último, aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de dar una definición de burnout, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory, planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson (1981), haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para la realización de sus investigaciones, hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de burnout es la que ofrecen estas autoras.

II.3 PERSONAS AFECTADAS POR EL SÍNDROME DE BURNOUT

El burnout puede afectar a toda persona que se desempeña en profesiones que exigen entrega, idealismo, compromiso, y servicio a personas. Francisco Alonso-Fernández, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, establece una clasificación de las trabajadoras y trabajadores que sufren burnout: estrés de la competitividad (empresariado, directivos/as); de la creatividad (escritores/as, artistas, investigadores/as); de la responsabilidad y entrega (médicos/as, enfermeras/os); de las relaciones (servicios en contacto directo con las personas: profesorado, funcionarios/as, vendedoras/es); de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos). Sin embargo, gran parte de los estudios sobre burnout han llegado a la conclusión de que son las profesiones asistenciales las más afectadas por el desgaste. De esta opinión es Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid, quien indica que el burnout afecta principalmente a las profesiones asistenciales, y, entre ellas, a dos: la docencia y la asistencia a víctimas (citado en Corsi). Ello se explica por los elementos del contexto y por las condiciones personales de quien presta el servicio. Los elementos del contexto se darían por el estado de

necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste, mientras más intensas sean las demandas de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del especialista, existe mayor probabilidad de que el síndrome aparezca; a esto se agregan las condiciones físicas y sociales del trabajo. Respecto de las condiciones personales, el perfil de la persona más propensa al burnout se caracteriza por una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, entre otros elementos. Ello hace decir a Jorge Corsi, experto argentino en violencia intrafamiliar, que tales personas organizan una distorsión cognitiva, según la cual "sólo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas tan bien". Según otros investigadores, la insatisfacción marital, las relaciones familiares empobrecidas, la falta de tiempo de ocio y la ausencia de actividad física, junto con una insatisfacción permanente y sobrecarga laboral, son factores que también son asociados al síndrome de burnout (Modlin y Montes, citado en Corsi, 2000). En resumen, a estas personas, víctimas del síndrome de burnout, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse.

II.4 ETIOLOGÍA Y TENDENCIAS DE APARICIÓN

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo

La 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 practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.

Según **el sexo** seria principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El 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. En este mismo orden 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 mas realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermera donde esta influencia es mayor.

Sobre **la antigüedad profesional** 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. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas 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, si bien si es referida por otros autores.

También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

II.4.1 FACTORES EN LA ETIOLOGÍA.

En cuanto a la etiología del Síndrome, se pueden distinguir los siguientes núcleos:

1. El Factor Personal: Características del médico en particular
2. El Factor Profesional: Características específicas de la atención primaria
3. El Factor Empresarial: Características de los objetivos, organización que se establecen y de los recursos disponibles.

II.4.1.1 EL FACTOR PERSONAL

Hasta que punto hay un desajuste entre las expectativas y la realidad cotidiana y cual es el grado de adaptación entre esta y aquellas. Cuando se era estudiante, existían unas expectativas sobre que se quería conseguir en la profesión.

Básicamente existían tres tipos de expectativas.

1. **Expectativas altruistas:** poder ayudar a los que sufren. Personas que de forma desinteresada ayudan a la persona que sufre, como única recompensa el gozo de su alivio. Brindar una atención que además de las cualidades técnicas, se acompañe de valores como empatía, ternura, delicadeza, tolerancia, flexibilidad, respeto, en definitiva de humanismo. Pero estos valores con frecuencia entran en dilema con los requerimientos que actualmente se nos exige. Primero es difícil mantener un equilibrio maduro, entre los aspectos positivos de estas expectativas y sus aspectos neuróticos. No es difícil pasar la barrera de la empatía al paternalismo, del humanismo a la dependencia patológica, de la responsabilidad al perfeccionismo fóbico.

Actualmente se priman de forma intensa el registro de los aspectos técnicos, el ahorro económico, que son plausibles, pero según mi opinión tal como se plantean, con frecuencia entran en colisión con los aspectos humanos. Se observa con frecuencia la peyorización de estos valores, con frases como paternalista, fomento de dependencia, falta de control de la demanda. Es frecuente observar que aquellos médicos que priman sus aspectos humanos, se cargan de pacientes, que a demás suelen venirle de los médicos que lo priman menos (los pacientes lo tiene mas claro y si que los valoran), lo que hace que con frecuencia sus registros y ahorros sean menores y a la larga sean penalizados por ello. Parecería pues que

el sistema no favorecía estos aspectos humanos, lo que hace caer al profesional en frecuentes contradicciones.

2. **Expectativas profesionales:** ser un profesional competente y ser considerado como tal. Este sentimiento se fundamenta en el binomio: Saber lo que hay que hacer y poderlo hacer.

El Saber: La formación. La atención primaria es amplísima, todo lo humano interesa, la oferta informativa es muy amplia pero quizás poco organizada y en la mayoría de las ocasiones fuera de la jornada laboral, esto supone una ampliación encubierta de la jornada y tener que escoger entre la familia y la profesión, haciendo sentir al profesional culpable hagas lo que hagas.

El poderlo hacer: las condiciones laborales, somos lo que hacemos diariamente.

Es frecuente que la alta presión asistencial y la burocratización de las consultas, impidan aplicar plenamente lo aprendido, con lo que se acaba perdiendo, lo que hace que se vayan descapitalizando profesionalmente, reduciendo la capacidad resolutive y se vea acompañado de una importante frustración y sentimiento de minusvalía.

3. **Expectativas sociales:** Tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

No hace muchos años el médico era considerado como un profesional de prestigio con una alta consideración social y un importante estatus económico.

Actualmente raro es el día, que no sale en la prensa una noticia de negligencia médica, que hace sentir al profesional en permanente acoso, con noticias sobre importantes logros médicos que hacen que cotidianamente se les exijan milagros terapéuticos y muchos profesionales no sanitarios medianamente cualificados supera con creces los ingresos de los médicos, con una menor responsabilidad. Esto da con frecuencia una sensación de desilusión. La administración responsabiliza al profesional de la salud del aumento del gasto y los usuarios exigen más al sistema a través de los mismos.

II.4.1.2 FACTOR PROFESIONAL

Características de la atención primaria. Trato directo y continuado con los pacientes y sus familias.

Mayor proximidad al sufrimiento cotidiano. Mayor implicación emocional. Familiaridad. Difícil mantener la distancia terapéutica. Gran variabilidad e incertidumbre diagnóstica: Solapamiento de lo orgánico y lo funcional. Síntomas inicialmente vagos de enfermedades potencialmente graves. Paso frecuente de rutinas a dramas.

Campo de actuación muy amplio. Es fácil tener lagunas de conocimientos. Puede haber situaciones que no sepan controlar.

Derivación frecuente al especialista. “es fácil considerarse o ser considerado de segunda fila” Por falta de competencia o de capacidad. Por una presión asistencial alta. Excesiva burocratización de nuestras consultas. “De gestores del sistema a secretarios del mismo”. La excesiva burocracia los descapitaliza profesionalmente disminuyendo su capacidad resolutoria. Las altas expectativas que se formaron con la reforma de la atención primaria y la creación de los centros de salud, están creando un importante grado de frustración al no verse cumplidas en un grado adecuado.

II.4.1.3 FACTORES ORGANIZATIVOS EMPRESARIALES

Presión asistencial excesiva provoca agobios, escaso tiempo de dedicación al paciente y aumento de posibilidad de cometer errores. No se sabe como va ha terminar el día ni que se van a encontrar. Posibilidad de que se intercalen urgencias no previstas. Todo esto lleva a una sensación de trabajo en cadena “lo que te echen” con la consiguiente falta de control sobre tu trabajo (importante fuente de estrés)

Burocratización excesiva

Sin un apoyo específico de un personal auxiliar. Se pierde el tiempo en labores burocráticas, que deberían auxiliarse y no quitar ese tiempo para resolver problemas a los pacientes.

Escaso trabajo real de equipo

Es probable que en algunos equipos por la sintonía personal de sus componentes y otras circunstancias, se haya conseguido, pero esta situación es muy frágil e inestable rompiéndose con facilidad al menor conflicto o por el recambio lógico de las personas a lo largo del tiempo. En equipos muy grandes es fácil que se creen subgrupos, así como también es fácil que se creen subgrupos por horarios creando diferentes corrientes de opinión.

La excesiva presión asistencial no permite la existencia de espacios informales de contacto (comienzos de jornada, desayuno, final de jornada) entre los componentes del equipo, que fomenten “ una buena atmósfera de grupo”

Todo esto hace que no se tenga un objetivo común, sino múltiples objetivos, con frecuencia enfrentados, lo que provoca discusiones estériles y muy desgastantes, fomentando la competitividad insana, en

lugar de la colaboración para conseguir un objetivo común (misión fundamental de un equipo de trabajo).

Secular descoordinación con los especialistas

Desde siempre, no existen espacios comunes de contacto dentro de la jornada laboral tanto de primaria como de especializada, lo que provoca con frecuencia plantearse diferentes objetivos y formas de trabajar, con el consiguiente conflicto en las formas y en los intereses.

Falta de sintonía con las Gerencias

No hay un acercamiento y sintonía en los objetivos, que resultan ajenos. Parece haber un problema de comunicación.

La evaluación no consigue su principal objetivo, que es la búsqueda de oportunidades de mejora de la calidad asistencial y aportar al profesional ideas y herramientas para la mejora en su quehacer. Una definición de situación estresante sería aquella que se percibe como indeseable, impredecible e incontrolable.

II.5 EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Su cuadro evolutivo tiene cuatro niveles de patologías:

1er nivel - Falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espaldas y cuello. Ante la pregunta ¿qué te pasa?, la respuesta es "no sé, no me siento bien"

2do nivel - Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución ("todos están en contra mío"), se incrementa el ausentismo y la rotación

3er nivel - Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, soriasis, picos de hipertensión, etc.). En esta etapa se comienza la automedicación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica.

4to nivel - Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas), suelen aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, en los períodos previos, se tiende a abandonar el trabajo.

Como vemos, en cualquiera de los niveles las emociones que se generan son: tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta. Esto afecta la calidad de las tareas /servicios, se deteriora el trabajo institucional, se potencia la insatisfacción, incrementa el ausentismos, la rotación, así como el agotamiento y las enfermedades.

En general el Síndrome se caracteriza por ser insidioso. Se impregna poco a poco, uno no esta libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde esta la frontera entre una cosa y la otra.

Se tiende a negar, ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan; lo que representa un una baza importante para el diagnostico precoz.

II.5.1 MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

II.5.1.1 MANIFESTACIONES MENTALES:

Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.

II.5.1.2 MANIFESTACIONES FÍSICAS:

Cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones, gastrointestinales, taquicardia etc.

II.5.1.3 MANIFESTACIONES CONDUCTUALES:

Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

II.6 EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El cuestionario Maslach, de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se completa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34.

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

II.6.1 ESCALA DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente

12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado - elevado, siendo las

facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas.

II.7 PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Las medidas preventivas del estrés y del burnout están estrechamente ligadas a la calidad de vida física, social y laboral. En el primer rubro, es importante hacer ejercicio regularmente (el aeróbico o caminar rápidamente reduce las hormonas del estrés y mejora el ánimo), hacer ejercicios de relajación o de meditación, comer bien (incluyendo muchas frutas y vegetales), evitar el alcohol y la cafeína, dormir 7 u 8 horas regularmente. Respecto del segundo, es fundamental tener tiempo libre para sí, mantener una red de amigos y amigas con quienes compartir actividades recreativas o de simple conversación, solicitar el apoyo de familiares y amigos. A nivel laboral, las intervenciones de prevención dependen, en gran parte, del respaldo y de la decisión institucional para crear y mantener condiciones que permitan una revisión permanente de las dinámicas y problemas laborales (Charnes, 2001).

El planteamiento de la prevención y manejo del burnout lo vamos a realizar desde una triple perspectiva: a nivel individual, a nivel del equipo, y a nivel de la Organización-Empresa.

II.7.1 EL TRABAJO PERSONAL

No podemos plantearnos el manejo del burnout sin abordar nuestro propio esquema de ver las cosas, sin una modificación propia de actitudes y aptitudes.

Tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales con la realidad que se nos impone, marcándonos objetivos más realistas, que nos permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo.

Se impone un doloroso proceso madurativo en el que vamos aceptando nuestros errores y limitaciones con frecuencia a costa de secuelas y cicatrices en el alma.

Tendremos que aprender a equilibrar los objetivos de una empresa, (cartera de servicios, adecuación eficiente de los escasos recursos disponibles, etc.), pero sin renunciar a lo más valioso de la profesión (los valores humanos) compatibilizándolo y reforzándolo con lo técnico.

Dos puntos importantes:

- Sin duda en la profesión de salud el aspecto emocional, querámoslo o no, seamos conscientes o inconscientes de ello, es fundamental. Es necesario aprender a manejar las emociones, tanto por los pacientes como por los profesionales.

- En cualquier profesión y más en medicina, es trascendental equilibrar las áreas vitales: Familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo, evitando a toda costa que la profesión absorba estas. La familia, los amigos, las aficiones, el descanso, son grandes protectores del burnout.

II.7.2 EL EQUIPO

Los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el burnout:

1. **En el diagnóstico precoz:** son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado.

2. Son una importante **fuentes de apoyo:** son quien mejor comprenden, ya que pasan por lo mismo.

Por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del burnout.

Por todo esto es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo:

- Facilitando espacios comunes no informales dentro de la jornada laboral (del roce nace el cariño).
- Fomentando la colaboración y no la competitividad (objetivos comunes).
- Formación de grupos de reflexión de lo emocional, tanto de las relaciones sanitario-pacientes, como los aspectos emocionales de las relaciones interpersonales (en el aspecto laboral) dentro del equipo.

II.7.3 ORGANIZACIÓN- EMPRESA

Hay tres conceptos clave tanto para la prevención empresarial del burnout como para la eficacia de la misma: Formación-Organización-Tiempo.

Aspectos importantes:

1.- Minimizar la sensación de falta de control y de trabajo:

- Limitando una agenda máxima de trabajo: Sabiendo lo que nos podemos encontrar y tener un ritmo cotidiano de trabajo eficiente.
- Minimizar imprevistos: organizar las urgencias, de tal forma que no interfiera en el trabajo planificado.

2.- Minimizar la burocracia:

- Gestores si, secretarios no.
- Minimizar y facilitar la burocracia.
- Apoyo de personal auxiliar.

3.- Coordinación con los especialistas:

- Con espacios comunes libres de asistencia que permitan sesiones conjuntas, comentarios de pacientes, protocolización conjunta de patología prevalente.

- Marcarse objetivos compartidos.

4.- Formación continuada:

- Organizada y adaptada a las necesidades reales.

- Siempre que sea posible dentro de la jornada laboral.

5.- Acortar distancia con las Gerencias:

- Pacto dialogado sobre objetivos.

- Evaluación con feed-back constructivo con el profesional.

Dos ideas:

1. Departamentos de medicina preventiva con asesoramiento psicológico para profesionales con síntomas de burnout.

2. Cada 5-7 años de asistencia, liberar al profesional unos meses de la asistencia, para formación continuada: doble objetivo, desintoxicar de asistencia y aumentar su competencia, lo que aumenta su motivación.

II.7.4 PUNTOS CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.

2. Formación en emociones.

3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.

4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencia
6. Establecer tiempo adecuado por paciente
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continuada, dentro de la jornada laboral
9. Coordinación con la especializada, espacios comunes. Objetivos compartidos.
10. Dialogo efectivo con las gerencias.

II.8 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia de los médicos para admitir ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente (peores pacientes). Además por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no sanitarios.

Actualmente se considera una enfermedad profesional. Es responsabilidad compartida, individual, colegial e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar la tarea clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia. Existe un proyecto programa de ayuda al médico enfermo, canalizado a través de los colegios de médicos.

Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son, las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Ambas, por su complejidad, precisan del Psiquiatra y Psicólogo.

II.9 ¿ESTRÉS O BURNOUT?

Hay muchas definiciones de estrés y de burnout, porque según diversos estudios, estos conceptos, si bien pueden tener similitudes, no son lo mismo. Se puede estar estresada/o y seguir funcionando, aun cuando sea difícil. En cambio, cuando el burnout llega, es necesario hacer cambios radicales en nuestra manera de enfrentar las tensiones.

Entre las muchas acepciones de estrés, José Navas utiliza una muy práctica: "cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente en su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado. Es decir, el estrés sería cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio de parte de la persona involucrada en la situación" (Navas, s/f). Alberto Amador Pizá, autor de *Técnicas para dominar el estrés y vivir mejor*, también presenta una definición sencilla: "es una respuesta del organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen factores físicos, químicos o psicológicos" (citado en Barajas, 2001). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud lo define como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción". Visto así, el estrés no debiera ser un problema. Al contrario, sería una suerte de estímulo, una alerta. Por ejemplo, ante una situación inesperada de peligro, los cambios físicos producidos por el estrés en nuestro cuerpo (aumento de la presión sanguínea, entre otros) hacen que éste reaccione rápidamente frente al hecho, lo que puede resultar fundamental para, incluso, salvar nuestra vida. Una vez que el problema se ha resuelto, el organismo vuelve a su funcionamiento normal. Pero se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras, se perciben inconscientemente como amenazas (Velásquez, s/f) que provocan reacciones defensivas en la

persona, tornándola irritable y sufriendo consecuencias nocivas en su organismo, por períodos prolongados.

Por otra parte, el estrés es diferente para cada persona. Lo que provoca estrés en una, puede ser un factor inocuo para otra. Varios factores explican esto: su estado psicológico y físico; el significado que otorga al evento perturbador; una gran variedad de condiciones ambientales (positivas y negativas). En resumen, cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas, como cambiarse de casa, hablar en público, presentarse a una entrevista, podrían convertirse en estrés si a esos hechos les damos una connotación especial de amenaza, o si no estamos bien preparadas/os física y psicológicamente para enfrentarlos.

Así como el estrés es asociado a numerosas razones o causas, muchas de las cuales pueden pertenecer al ámbito de la vida cotidiana, las definiciones de burnout están más vinculadas al mundo laboral. El concepto de burnout de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981, luego de varios años de estudios empíricos. Lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Para ellas, este síndrome se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (personal de salud y profesorado). El burnout tendría un carácter tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Una de las grandes diferencias del estrés con el burnout, según ciertos autores, es que mientras el primero puede ser experimentado positiva o negativamente por la persona, el segundo es un fenómeno exclusivamente negativo. A pesar de ello, diversos autores precisan que el burnout es un tipo de estrés. Así, "el burnout es, de hecho, un tipo de

estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se da en profesiones con altos niveles de contacto personal" (Ganster y Schan-broeck, 1991, citado en Garcés de Los Fayos).

II.10 ESTADÍSTICAS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT O DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI, 2002

El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales. La prueba de desgaste profesional de Maslach (MBI) se describió para evaluar los diferentes componentes del síndrome:

1. Agotamiento emocional caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización, caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
3. Falta de realización personal caracterizado por la percepción del trabajo en forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. En la actualidad se acepta que el SDP es un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con seres humanos.

Un estudio realizado en residentes de medicina interna de la Universidad de Washington, encontró una prevalencia de 76% de desgaste profesional, con una autopercepción de una menor calidad en el cuidado profesional de los pacientes al compararlo con los residentes no afectados (53% vs. 21% $p=0.004$), encontrándose que el componente de despersonalización era el más significativo. Otros estudios observaron 7.1% de desgaste emocional, 17.8% de despersonalización y 23.2% de baja realización personal. El ambiente laboral caracterizado por una pobre comunicación entre el personal del hospital, falta de recursos, pobre autopercepción de proficiencia técnica y de capacidad de cuidar a otros, son factores que se asocian con la presencia del SDP.

Se han descrito factores de riesgo para desarrollar el SDP, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, sexo femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales y rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos.

Las consecuencias del SDP son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral, despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral entre otras.

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia del SDP, sus componentes y su posible asociación con alteraciones en la dinámica familiar y aspectos relacionados con el ejercicio clínico en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali, Colombia.

II.10.1 MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo para cumplir los objetivos del estudio. Se tomó como población los médicos internos y residentes del HUV, Cali, Colombia (N=240) durante los meses de agosto y septiembre de 2002. Como no se conoce la prevalencia del síndrome en Colombia, para el cálculo del tamaño de muestra se tomó una prevalencia de 50% de manera arbitraria con un margen de error de 8% y un grado de confianza de 95% con una sobreestimación de la muestra por no respuesta de 5% (n=150).

Se diseñó un formulario precodificado para determinar variables sociodemográficas, características del ejercicio de la actividad médica, y el SDP. Las variables referentes al ejercicio de la actividad médica que se midieron fueron: nivel académico (interno, residente desde primero hasta quinto año), especialidad, número de turnos por semana, número de horas semanales dedicadas al ejercicio y estudio médico y número de horas semanales dedicadas a actividades recreativas.

El MBI es un cuestionario constituido por 22 preguntas en una escala tipo Likert que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes, midiendo los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%).

La variable dependiente fue la presencia de desgaste profesional evaluado por el MBI. Las variables independientes fueron las sociodemográficas y la funcionalidad familiar caracterizada con el APGAR Familiar que evalúa la percepción que tiene la persona acerca del funcionamiento de su familia.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle, siendo necesario para la participación el diligenciamiento de un consentimiento informado. El formulario precodificado fue autodiligenciado para evitar sesgos del entrevistado respetando la confidencialidad de la información al ser diligenciado mediante un código de asignación sin nombre.

El análisis estadístico fue univariable y bivariado para observar la distribución de las variables y determinar si existía asociación entre ellas. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico Epistat v.3.0 (Richardson, Texas) y EpiInfo v. 6.0 (WHO, Geneva). Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

II.10.2 RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 150 médicos de los cuales 63 (42%) eran internos, 45 (30%) residentes que pertenecían a especialidades clínicas y 42 (28%) eran residentes que pertenecían a especialidades quirúrgicas excluyendo a aquellos que se encontraban en vacaciones o estaban realizando prácticas en otras instituciones. Todo el grupo de residentes de un departamento manifestó expresamente su deseo de no participar en el estudio por lo cual no fueron incluidos. Normalmente 15% de médicos internos y residentes se encuentran en vacaciones o rotaciones extramurales. Como las vacaciones y rotaciones extramurales la cumplen por igual en todos los departamentos, esta situación no afectó la proporción de médicos internos y residentes incluidos por departamento y por tanto no afectó el análisis de los resultados.

Al determinar las características sociodemográficas se observó que 79 (52.7%) fueron hombres y 71 (47.3%) mujeres; 102 (68%) procedentes de Cali, 95 (63.3%) de raza blanca, 76 (50.7%) de nivel socioeconómico medio (estrato 3-4), y 108 (72%) solteros. No se observaron diferencias

estadísticas entre el grupo de médicos internos o residentes clínicos o quirúrgicos para el sexo, la procedencia y el estrato socioeconómico. Se observó mayor frecuencia de la etnia afrocolombiana y las parejas estables (casados, unión libre) en el grupo de médicos residentes ($p=0.001$).

Al determinar el número de horas de actividades médicas realizadas por semana y el número de horas de recreación realizada por semana, se observó que 106 (70.6%) realizaban entre 2 y 3 turnos nocturnos y 120 (80%) realizaban más de 50 horas de actividades médicas, 101 (67%) con menos de 6 horas de recreación y 39 (26%) tuvieron menos de 2 horas de recreación.

La disfunción familiar evaluada con el APGAR Familiar se observó en 102 (68%) médicos incluidos en el estudio siendo más frecuente en los internos (85%) que en los residentes clínicos (58%) o residentes quirúrgicos (52%) ($p<0.01$). La disfunción familiar leve se observó por igual en médicos internos, residentes clínicos o residentes quirúrgicos ($p=0.26$) al igual que la disfunción familiar severa ($p=0.52$). La disfunción familiar moderada fue más frecuente en internos (35%) que en residentes clínicos o quirúrgicos (20%, 12%) ($p=0.01$).

El SDP en intensidad entre moderada y severa se observó en 128 (85.3%) médicos incluidos en el estudio. No se observaron diferencias estadísticas entre la intensidad del síndrome entre internos, residente clínicos o quirúrgicos (leve $p=0.32$; moderada $p=0.26$; severa $p=0.52$); respectivamente.

Se observó que 76% de médicos incluidos en el estudio presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, 60% despersonalización y 50% alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos, residente clínicos o quirúrgicos.

El análisis estadístico bivariable no mostró asociación significativa entre el SDP y las variables sociodemográficas y el número de horas recreativas o de trabajo médico (sexo $p=0.55$, edad $p=0.86$, procedencia $p=0.14$, el estado civil $p=0.59$, el nivel académico $p=0.22$, la etnia $p=0.48$, el tipo y nivel de entrenamiento $p=0.21$, el nivel socioeconómico $p=0.59$, el número de horas recreativas $p=0.22$, horas de trabajo médico $p=0.14$). En contraste, el tipo de desgaste profesional se asoció con el tipo de disfunción familiar ($p=0.02$); el número de turnos semanales se asoció significativamente con el desgaste profesional ($p=0.02$).

II.10.3 DISCUSIÓN

El tamaño de la muestra y la comparabilidad de los grupos en sus características sociodemográficas permiten describir las características del SDP para los médicos en entrenamiento tanto de pregrado como de postgrado. En este estudio se observó una mayor intensidad de desgaste profesional con respecto a estudios previos en otras poblaciones siendo el desgaste emocional el componente observado con más frecuencia, similar a lo informado antes. Estos resultados indican que el porcentaje de personas con algún criterio de desgaste profesional es notable en la actividad de médicos internos y residentes en Colombia. Es llamativo que más de 52% tenga criterios de severidad de este síndrome.

Llama la atención la asociación existente entre percepción de la dinámica familiar, el número de turnos semanales y la presencia de desgaste profesional. Los mayores requerimientos de tiempo necesarios para la formación académica limitan la vida de pareja, el desempeño frente al papel de padre o madre; aparecen problemas de coordinación y de organización tales como horarios de comida diferentes al de los demás miembros de la familia que lleva al médico no poder ser partícipe de aquellos momentos, dificultad para conseguir silencio durante el día mientras procura descanso. Existe menor oportunidad de vida social al

disminuir la posibilidad de participar en actividades con amigos o familiares, lo cual se confirma en esta población con las pocas horas recreativas. Lo anterior puede ser favorecido por el hecho que el poco tiempo dedicado a la familia se vea entorpecido por actividades académicas de estudio independiente que se realiza en el hogar.

También se observó que 60.7% de médicos que presentaban disfunción familiar también presentaban desgaste profesional de moderado a severo. Este resultado está de acuerdo con lo observado en otros estudios y lo descrito en la literatura en que el desgaste profesional puede generar problemas familiares, que a su vez generan más desgaste profesional.

Es importante señalar que en la población de estudio los médicos realizaban entre dos a tres turnos nocturnos semanales, lo cual se asocia con mayor frecuencia de desgaste profesional y percepción de un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado. Esto se puede deber a que en las horas que se desarrollan los turnos, la capacidad de atención y toma de decisiones, así como la rapidez y precisión de los movimientos es más reducida, lo cual contrasta con el tipo de pacientes que manejan, siendo pacientes clínicamente complejos.

No se observó asociación entre el número de horas de actividades médicas y el desgaste profesional, a diferencia de lo encontrado con respecto al número de turnos. Esto se puede deber a que de todas las actividades médicas ejercidas por los internos y residentes en los turnos, suponen mayor desgaste que las actividades académicas. Lo anterior puede ser consecuencia de las condiciones de trabajo en los turnos, tales como toma de decisiones de alta responsabilidad en pacientes complejos, limitación importante de recursos por las características del centro de entrenamiento, la gran demanda de servicios que debe asumir (los médicos internos y residentes tienen aproximadamente 80% de la carga asistencial de la institución), la falta de descanso, la ausencia de

remuneración por el trabajo realizado, la disminución gradual en beneficios económicos gubernamentales, la irregularidad en la alimentación, entre otros. Estas características en los programas de residencias podrían explicar la mayor prevalencia de desgaste profesional en los internos y residentes de la institución. Es necesario más investigación que permita establecer relaciones de causalidad para proponer acciones que disminuyan el efecto negativo del mismo tanto en médicos en entrenamiento como en pacientes.

RECOMENDACIONES

El síndrome burnout o síndrome de "estar quemado", recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas.

Este síndrome se da más en profesionales de la salud. Los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome. Su prevención es compleja, pero cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica adecuada de intervención.

En mi opinión personal, este tipo de síndrome así como otro tipo de alteraciones son consecuencia de ciertos factores estructurales de vulnerabilidad. Cualquier intervención tendría que ir dirigida también a estos factores estructurales, sino las recaídas son frecuentes.

Burnout es sin duda un mal de nuestro tiempo, por ello debemos cuidar en las organizaciones:

- La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
- El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
- El conflicto de rol, la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
- La ambigüedad de rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
- La falta de equidad o justicia organizacional.
- Las relaciones tensas y /o conflictivas con los usuarios /clientes de la organización.
- Los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para que pueda desarrollar su trabajo.

- La falta de participación en la toma de decisiones.
- La imposibilidad de poder progresar /ascender en el trabajo.
- Las relaciones conflictivas con compañeros o superiores.

Todas las variables antes mencionadas se pueden agrupar en tres ámbitos fundamentales de actuación:

- a. La propia tarea, referida a aspectos técnicos del rol profesional
 - El exceso de trabajo
 - El conflicto de rol
 - La ambigüedad de rol
- b. Las relaciones interpersonales, reflejando la habilidad para trabajar con otros: compañeros, superiores, clientes, ...
 - Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/cliente de la organización
 - Los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para poder desarrollar el trabajo
 - Las relaciones conflictivas con los compañeros o superiores
- c. La organización, referida al grado de influencia social y política
 - La falta de equidad y /o justicia organizacional
 - La falta de participación en la toma de decisiones
 - La imposibilidad de poder progresar /ascender en el trabajo

Un último ámbito de actuación se centraría sobre la "la falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo", ámbito al que claramente se podría denominar "autoeficacia". Este factor cognitivo, la percepción de capacidad, es específico de cada situación. Así, podríamos encontrarnos con personas con una alta percepción de capacidad para manejar las situaciones interpersonales y que sin embargo se perciban incapaces de responder ante un exceso de trabajo o ser más persuasivos en sus tomas de decisiones organizacionales. Por ello, de cara a planificar y diseñar intervenciones para prevenir o reducir este fenómeno, sería

recomendable realizar intervenciones específicas detectando los factores implicados y generando juicios de capacidad para afrontar "esa" situación laboral con éxito.

La razón que debería movilizar a los ejecutivos y empresarios a crear y mantener ambientes de trabajo sanos es tomar conciencia de que los gastos y pérdidas económicas derivadas del agotamiento profesional: el incremento del ausentismo, la baja productividad, los accidentes profesionales, entre otros, repercuten negativamente en la rentabilidad económica de sus empresas. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) afirma que "las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y aspiraciones humanas", tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas (citado en Slipak,1996). De acuerdo a Oscar Slipak, disminuir las fuentes de estrés en el trabajo no es fácil. Para él "la premisa fundamental pasará, indudablemente, por una correcta valoración y evaluación del factor o los factores estresantes, sus causas, los factores condicionantes y todas aquellas situaciones, ya sean individuales o grupales, que inciden en el conflicto". También opina que "es necesario que las leyes que rigen la relación entre empleadores y empleados/as cubran las necesidades físicas y psicológicas de los trabajadores/as para que los efectos se perciban en la situación general". Por lo pronto, es importante la elaboración de programas destinados a entrenar a los profesionales en habilidades de comunicación, utilizar terapias a nivel cognitivo, desarrollar estrategias para enfrentar el estrés; valorar la importancia de la rotación dentro del lugar de trabajo y, por sobre todo, no llevar jamás trabajo para la casa.

El apoyo de familiares, amigos y compañeros para la prevención del "síndrome burnout" es esencial. También lo es el incremento de la vida extralaboral (hobbies, actividades deportivas, pasear, salir de viaje, convivir con la familia, entre otros) y de los vínculos sociales; la

adquisición de nuevos conocimientos y cursos de capacitación profesional.

Plan organizacional para prevenir el Burnout:

-Integrar a los profesionales en las áreas que permitan una mayor participación en las decisiones operativas de las organizaciones.

-Generar ámbitos que procuren el desarrollo de las iniciativas individuales de los profesionales (fomentar la proactividad). Una política dirigida a "cuidar al que cuida", expresada en acciones dirigidas al bienestar del profesional.

-Aumentar el conocimiento y la información, a través de entrenamientos participativos, que permitan tener una mirada más amplia, no sólo personal sino también contextual, para poder elegir la respuesta más adecuada en el momento preciso.

-Participar en grupos de apoyo emocional y de reflexión sobre la tarea y sus dificultades, con colegas de la misma o de diferentes disciplinas con problemáticas comunes, que les permita compartir y reflexionar sobre los propios sentimientos y preocupaciones y adquirir habilidades para el trabajo interdisciplinario, desarrollando la capacidad para la interdependencia, la cooperación y la solidaridad.

Maslach utiliza el modelo multidimensional para focalizarlo en la dirección opuesta del Burnout, o sea, el compromiso con el trabajo. El compromiso esta definido en las mismas tres dimensiones que el Burnout pero desde el fin positivo en lugar del negativo. El compromiso consiste en un estado de alta energía (en lugar de estar exhausto), gran involucración (en lugar de la despersonalización) y sentido de eficacia (en lugar del sentimiento

de incompetencia). La ventaja del modelo, es que requiere una clara articulación entre los orígenes del problema y las soluciones propuestas, lo que puede ayudar a encontrar las estrategias de prevención más efectivas.

También propone que las intervenciones deben ser planeadas explícitamente en términos de los tres componentes del Burnout. Como una estrategia en particular, reducirá el agotamiento emocional o prevendrá sobre la tendencia a la deshumanización, o mejorará el sentido de los logros personales. Las estrategias para promover el compromiso deben ser tan importantes para la prevención del Burnout como las estrategias para reducir el riesgo del Burnout. Un contexto laboral que sostenga el desarrollo positivo de las tres cualidades (energía personal o potencialidad, involucración -racional- y efectividad), debe ser exitoso en promover la salud y la productividad de sus empleados.

Plan personal para prevenir el Burnout:

-Modificación en la relación con el trabajo: trabajar menos horas. Si es posible, decir no a las horas extras. Tomarse recreos.

-Desarrollo de capacidades personales. Si no se pueden modificar las fuentes de estrés, cambiar las respuestas a ellas a través de conductas proactivas (actuar sobre las situaciones que están dentro de nuestro círculo de influencia). Modificar las respuestas reinterpretando el significado de la conducta de los otros. Estrategias para manejar el tiempo y la resolución de conflictos. Disminuir expectativas para evitar la frustración.

-Uso de recursos sociales. Buscar un buen sistema de apoyo fuera del trabajo: colegas, amigos, familia, supervisores.

-Modificar el estilo de vida. Apunta a mejorar la calidad de vida reforzando lo que se refiere a una dieta saludable y el ejercicio físico regular. Desarrollar pasatiempos y hobbies que impliquen el dedicar tiempo para sí mismo.

-No descartar técnicas de relajación, masajes y darle espacio a la propia espiritualidad.

-Análisis personal.

Otros factores influyentes y a tener en cuenta, que son válidos para todas las profesiones sanitarias, particularmente médicos y odontólogos:

- Cuanto más grande es la institución o la clínica y mayor es el número de pacientes por profesional, se produce más cansancio. Por lo que se debe de considerar un límite de pacientes por profesional y día de trabajo.
- Cuanto más grave es la enfermedad, más baja es la satisfacción del profesional, sobre todo si se intuye que no hay o son escasas las posibilidades terapéuticas.
- Los profesionales menos calificados pasan más tiempo con los pacientes, por ser menos resolutivos, por lo que son mayores candidatos al desgaste. Por lo tanto, es importante una formación continua y un reciclaje periódico de conocimientos, es decir, una puesta al día.
- Si las condiciones del trabajo están lejos de las expectativas y deseos del profesional (salario, estabilidad de empleo, oportunidades de mejora en cuanto a estatus, progreso, autonomía, apoyo laboral y del equipo de trabajo) es mucho más fácil “quemarse”.

- Cuestiones personales, sentimientos de apatía y dudas en el trabajo relacionadas con la vida exterior personal, pueden contribuir al síndrome de burnout.

Además también se debe prestar atención a una serie de factores y situaciones de índole personal a las que todos podemos vernos sometidos, como son los siguientes:

- Catástrofes, episodios imprevisibles y a gran escala, guerras, atentados, desastres naturales, ya que después de ellos son frecuentes las alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad.
- Cambios significativos de la vida, como muerte de familiares, matrimonio, divorcio, nacimiento de hijos, jubilación, aborto, despido, etc. Son situaciones que nos pueden generar estrés.
- Situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son novedosas, o generan conflictos difíciles o insolubles, son ambiguas o resultan dolorosas, desagradables o molestas, como puede ser una enfermedad. Son situaciones que amenazan nuestra integridad como personas y nos generar alteraciones emocionales.
- Situaciones que atentan contra nuestros principios morales, valores o creencias fundamentales, nos van a generar situaciones de alta tensión.
- Actividades que supongan un sobreesfuerzo físico y mental, situaciones que puedan suponer un cambio de vida drástico o que amenacen nuestra seguridad como personas o a nivel de estatus

social, etc., serán motivos más que suficientes para generar los cambios emocionales que nos puedan conducir a estar “quemados”.

CONCLUSIÓN

Una de las perturbaciones que afectan a cada vez más profesionales en el mundo, es el “Síndrome Burnout” o “Síndrome del profesional quemado”.

En la actualidad, ciertas profesiones provocan un alto nivel de insatisfacción que no está directamente relacionada con causas del “status” que se muestra dentro del escalafón laboral; tampoco con otros problemas aparentemente desmotivadores como puedan ser el sueldo, el reconocimiento social, etc.

Es cierto que todas las profesiones pueden aportar una desmotivación intrínseca relacionada con las expectativas que se imaginaban al empezar el desempeño de la misma; y que toda ocupación laboral provoca un cierto grado de “estrés”. Pero también es cierto que algunos profesionales están más expuestos a la pérdida de interés en su trabajo, y que en los casos más extremos, estos profesionales “quemados” llegan a ser incapaces de desarrollar su ocupación laboral.

Dentro de las enfermedades asociadas al estrés laboral en las profesiones sanitarias, el síndrome de desgaste o agotamiento profesional, también conocido como burnout, es cada vez más conocido y lamentablemente más extendido. Básicamente, significa estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto, más allá de todo control efectivo de esta situación. Este síndrome, que suele afectar principalmente a personas cuyas tareas laborales tienen un componente central de ayuda a los demás y gran intervención social, como los médicos, enfermeros, odontólogos y demás profesionales sanitarios y los docentes, presenta tres componentes esenciales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. A partir de esta triada central, se despliega un cuadro sintomático cuyas consecuencias en primer lugar afectan a los profesionales en todas las

esferas de su vida cotidiana, con diversas repercusiones psicofísicas, sociales y laborales, pero también impactan negativamente en la calidad de la atención que dispensan.

Causas principales del síndrome de Burnout en el trabajador de salud:

- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte.
- La caída del valor social de la profesión en nuestro país.
- La sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria.
- La merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo.
- La cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías.

Se reconocen como factores inherentes a experimentar sufrimiento y estrés laboral:

- La naturaleza de la tarea.
- La variable organizacional e institucional.
- La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social).
- La variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).

El síndrome de burnout es un tipo específico de estrés laboral. Es padecido por los profesionales de la salud, los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobreexigencia y tensión que originan importantes

riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional.

Aparece en el comienzo ansiedad, fatiga, irritabilidad (signos por lo general advertidos no por el mismo profesional sino por colegas, familiares ó amigos) para finalmente sufrir burnout, que puede ser leve, moderado, grave y extremo en su potencialidad de llevar a la muerte.

Sintéticamente, las características principales descritas por Maslach (1981) son:

- Cansancio y desgaste emocional, desvitalización, pérdida de energía tanto psíquica como física.
- Despersonalización en la relación con los otros (pacientes, colegas) con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia.
- Pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, desmotivación, pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

A estos síntomas se les asocian:

- Somatizaciones que van desde trastornos funcionales a lesionales según el grado de avance del problema: trastornos cardiocirculatorios y accidentes cerebrales, depresión, tendencia al suicidio, alcoholismo, adicciones, insomnio, hipertensión arterial, cefaleas, trastornos articulares y musculares, entre los más relevantes.

Los problemas internos entre la empresa y el individuo pueden ser uno de los factores que genera un empleado quemado. La desorganización en el ámbito laboral pone en riesgo el orden y la capacidad de rendimiento del empleado. Esto sucede, generalmente, cuando no hay claridad en los

roles y las tareas que debe desempeñar cada uno de los empleados. También la competencia desmedida entre los compañeros, un lugar físico insalubre para trabajar y la escasez de herramientas o útiles suelen ser tema de desorganización.

Este síndrome es un modelo multidimensional y tiene grandes implicaciones que debemos prevenir de una forma planificada y dirigida según el componente específico que se pretenda corregir. La prevención va encaminada fundamentalmente hacia el componente humano (intervención personal) y hacia el contexto de trabajo y la profesión (intervención social).

En cuanto a la intervención personal, se usan técnicas de afrontamiento del estrés, ensayo conductual y entrenamiento en relación y autocontrol. En relación a la intervención social, ésta se encamina a la orientación de los nuevos profesionales, a la realización de cursos de formación continuada, a la mejora de los recursos instrumentales y al aumento de la competencia psicosocial del profesional. Siendo a su vez muy importantes las relaciones interpersonales y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores, donde se deben de fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores. En la esfera institucional se debería fomentar el soporte al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos capaces de ofrecer la ayuda necesaria.

Hay que impedir que el profesional sienta que el Burnout es un problema de debilidad personal, porque esto lo puede llevar a ocultarlo y no pedir ayuda.

Por lo señalado se evidencia que el burnout causa limitaciones a las potencialidades y riqueza personal. Se recomienda la elaboración de programas de capacitación y educación para la salud con el objetivo de

desarrollar recursos de afrontamiento a las situaciones de riesgo a contraer burnout.

El exceso hace daño en todos los aspectos de la vida y más en lo laboral, que no te quemes el trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroba, T., & James, K. (1990). *Cómo manejar la presión en el trabajo: Guía para la supervivencia*. México: McGraw Hill.
- Ausfelder, T. (2001). *Mobbing: el acoso moral en el trabajo: prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano.
- Buendía Vidal, J., & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Flórez Lozano, J. A. (1994). *Síndrome de "estar quemado"*. Barcelona: EDIKA MED.
- Flórez Lozano, J. A. (2002) *La muerte y el médico: impacto emocional y burnout*. Medicina Integral
- Gándara Martín, J. J. d. I. (1998). *Estrés y trabajo: el síndrome del burnout*. Madrid: Cauce editorial.
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (1989). *Estrés y trabajo: Una perspectiva gerencial (2a.ed.)*. México: Trillas.
- Maslach C, Jackson S. (1981) *The measurement of experienced burnout*. *J Occup Psychol*
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). "Burnout in organizational settings." En: Oskamp, S. (ed), *Applied Social Psychology Annual*, vol.5. Beverly Hills, Sage.
- Maslach C. *Understanding burnout*. En: Payne S, editor. *Job stress and burnout*. Londres: Sage, 1982.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. (1997). *Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.

Navas, José. El stress nuestro de cada día. Recuperado en Diciembre 2005, de www.psypro.com/pdf/Stress.

Peiró, J. M. (1992). Desencadenantes del estrés laboral ([1a. ed.]). Madrid: Eudema.

Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993). Control del estrés laboral. Madrid: Eudema.

Peiró, J. M. (1999). Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Pirámide.

Peiró, J. M. (2000). Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Pirámide.

Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Recuperado en Enero 2006, <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No4/BODY/CM35N4A2.HTM>

Sobrequés Soriano, J.; Cebriá Andreu, J.; Segura, J.; Rodríguez, C.; García, M.; Juncosa, S. (2003) La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Atención Primaria

Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Velásquez D., José F. MD. Estrés?. Recuperado en Diciembre 2005, de www.ginsana.com/voletin/estres.htm