

Síndrome de agotamiento profesional

Burn-out syndrome

Roberto Glorio¹ y Sergio Carbia²

Palabras clave:

*psicología del estrés,
burnout en los profesionales.*

Keywords:

*psychological stress,
burnout professional.*

En los últimos años, muchos autores han planteado que los médicos constituyen una de las poblaciones más afectadas por el denominado síndrome de agotamiento profesional o síndrome de *burnout*,¹⁻⁴ y en particular se ha estudiado la situación de los médicos especialistas⁵⁻⁹ y de los médicos residentes.^{10,11} Este cuadro puede provocar un importante deterioro físico y mental hasta el extremo de interferir notablemente en el trabajo cotidiano, por lo que es de crucial importancia saber acerca de su existencia y plantear los mecanismos de prevención, diagnóstico y tratamiento para poder actuar sobre el mismo. El cuadro fue descrito en 1974 por el psicoanalista alemán Herbert Freudenberger en una clínica para toxicómanos en Nueva York, donde observó una progresiva pérdida de energía en el personal de salud, con la consecuente desmotivación en el trabajo y agresividad hacia los pacientes. Este autor definía al “síndrome de estar quemado” como el desgaste y el sentimiento de estar exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, y afirmaba que el mismo se vinculaba con la adicción al trabajo.¹² Se han postulado otros nombres para este cuadro, tales como el síndrome de la quemazón o el síndrome de Tomás (por el protagonista de la novela *La insoportable levedad del ser*, del autor checo Milan Kundera).

Se considera que constituye un estado de agotamiento físico, emocional y mental que afecta a personas involucradas en situaciones emocionalmen-

Fecha de recepción: 6/7/2011 | **Fecha de aprobación:** 8/9/2011

¹ Docente autorizado, Universidad de Buenos Aires. Jefe de Trabajos Prácticos en I Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

² Docente adscripto, Universidad de Buenos Aires

Correspondencia: Roberto Glorio, Jorge Newbery 1733, 10º C, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. glohaa@yahoo.com

te demandantes, durante un tiempo prolongado. Las personas más expuestas son las que trabajan en profesiones que se encuentran en íntima relación con el sufrimiento humano y en las que la empatía con la gente que sufre es esencial en el desempeño profesional.¹³ Estas observaciones fueron avaladas por la psicóloga social norteamericana Cristina Maslach, investigadora especializada en este campo, quien trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías y enfermeros en busca de la correlación entre los profesionales, los factores sociales y los organizacionales.¹⁴

Maslach y Jackson establecieron en 1981 que el *burnout* provoca un sobreesfuerzo laboral, lo que puede implicar una pérdida de energía y/o un descenso de la calidad y cantidad del rendimiento, lo que conlleva un desajuste entre el trabajo y el puesto que se ocupa. Es decir que básicamente es un trastorno que provocan aquellas actividades que requieren un contacto directo y continuado con personas, y que mantienen una relación de ayuda y/o servicio. En su descripción inicial se plantearon diferentes etapas en su desarrollo, que son: a) el agotamiento o cansancio emocional, caracterizado por la disminución de energía, la fatiga y el agotamiento; b) la despersonalización o deshumanización, que se caracteriza por actitudes negativas hacia la tarea, distanciamiento frente a los problemas, consideración de los pacientes como objetos e insensibilidad con conductas despectivas y críticas hacia todos; c) la falta de realización profesional, donde hay baja productividad, autoevaluación del propio trabajo de forma negativa, insatisfacción del desarrollo profesional, frustración, ausentismo laboral, errores, siniestralidad, etc. Entre los factores que predisponen al síndrome de *burnout* se hallan: sensibilidad emocional alta y necesidad de los otros, dedicación al trabajo, necesidad de control de la situación, idealismo, sentimiento de ser indispensable o irremplazable, personalidad ansiosa, elevada autoexigencia, necesidad de excelencia y perfección, baja tolerancia al fracaso, sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Otros factores que pueden asociarse son: insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio, disminución en la actividad física y sobrecarga en la agenda laboral. En síntesis, a las personas propensas a padecer síndrome de *burnout* les resulta particularmente difícil disfrutar y relajarse.^{15,16} Se consideran desencadenantes del síndrome los siguientes factores: sobrecarga de trabajo, ocupación poco estimulante, poca o nula participación en la toma de decisiones, falta de medios para realizar la tarea, burocracia ex-

cesiva, percepción de que no hay retroalimentación positiva cuando el trabajo se desarrolla eficazmente pero sí se puede producir castigo por hacerlo mal, baja expectativa de qué hacer para que el trabajo sea tenido en cuenta y valorado como merece.

Actualmente se reconocen cuatro fases del *burnout* que son:

- 1º fase o de entusiasmo idealista. El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, pero expectativas poco realistas sobre él. Se involucra demasiado y hay una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen varias motivaciones intrínsecas y hay una hipervalorización de la capacidad profesional que lo lleva al trabajar a no reconocer los límites y a sentirse casi omnipotente. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

- 2º fase o de estancamiento. Hay conflicto y tensión (choque y contraste entre sus ideales y los sucesivos fracasos), disminución de las actividades desarrolladas, pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios.

- 3º fase o de apatía. Es la fase central del síndrome de *burnout*. La frustración lleva a progresivo desinterés, se desarrolla apatía y empiezan los síntomas emocionales, conductuales y físicos. Responde con tentativas de retirada de las situaciones frustrantes. Se aísla, falta al trabajo, en ocasiones abandona el lugar de trabajo y en casos extremos, la profesión.

- 4º fase o de distanciamiento. Hay frustración crónica en el trabajo, sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Se dedica menos tiempo al trabajo, se evitan nuevos desafíos y pacientes, aparece la rigidez y el uso de modelos estereotipados. Sin embargo, se trata de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo.¹⁷

La sintomatología del síndrome está constituida por síntomas físicos, emocionales o conductuales. Los síntomas físicos son fatiga crónica, cefaleas, dolor muscular, insomnio, pérdida de peso y desórdenes gastrointestinales. Los síntomas emocionales son irritabilidad, ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo, culpa, frustración, aburrimiento, distanciamiento afectivo, impaciencia y autovaloración negativa.

Los síntomas conductuales son ausentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, drogas, etc.), relaciones interpersonales distantes y frías, comportamientos de alto riesgo, tono de voz elevado

(gritos frecuentes), llanto inespecífico, dificultad de concentración, disminución del contacto con el público/clientes/pacientes, incremento de los conflictos con los compañeros y disminución de la calidad del servicio prestado.

Los síntomas pueden ser leves, moderados o graves. Uno de los primeros es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico. En un nivel moderado, aparecen distanciamiento, irritabilidad, fatiga, aburrimiento, pérdida progresiva de la motivación, sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa. Los síntomas más graves se expresan con ausentismo, abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas. Pueden aparecer cuadros de depresión-ansiedad, llegando en los casos extremos a ideas francas de suicidio.¹⁸ Para la evaluación de este síndrome se han planteado múltiples protocolos.¹⁹⁻²² Si se tiene presente la definición de “salud” según la Organización Mundial de la Salud: “El estado de bienestar completo en los aspectos físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad”, es conveniente, desde el punto de vista terapéutico, tomar en cuenta tres niveles de intervención, que son el individual, el grupal y el organizacional.²³

Respecto del nivel de intervención individual, es indispensable el desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés, así como acentuar los aspectos positivos del trabajo: propender al manejo eficaz del tiempo y el establecimiento de límites con la correspondiente desconexión del trabajo fuera de la jornada laboral (mantenimiento de la vida privada), práctica de técnicas de relajación, así como el respeto de los pequeños descansos durante la jornada laboral (5 minutos por hora), el planteo de objetivos reales y factibles de conseguir y, en última instancia, el cambio de trabajo.

En relación con la intervención grupal, corresponde el estímulo de la efectivización de las relaciones interpersonales (diversión grupal), el fortalecimiento de los vínculos sociales entre los miembros del grupo de trabajo, reuniones extralaborales y la necesidad de normas y entrenamiento en la tarea (cuidado con el “eficientismo”). Finalmente, la intervención organizacional consiste en el desarrollo de programas de prevención de riesgos psicosociales, potenciación de la comunicación vertical (ascendente y descendente), reestructuración y rediseño del puesto de trabajo, instauración de un sistema justo de recompensas, establecimiento de claros estilos de

dirección y formación de mandos intermedios.

En definitiva, a modo de conclusión se puede establecer que el *burnout* es consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos son de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionamientos del trabajo son la clave para la aparición del síndrome. Es necesaria la presencia de interacciones humanas, de forma intensa o duradera para que el síndrome aparezca. El *burnout* es un proceso continuo que va surgiendo de forma paulatina y que se va instaurando en el individuo hasta provocar en él la sintomatología específica. El estrés es inherente a la práctica de la buena medicina, sin embargo no todo estrés es negativo, de hecho a veces ayuda a la superación personal.²⁴⁻²⁶ El desgaste surge de un desbalance entre las situaciones estresantes y la capacidad individual de manejarlo.

Como mecanismo de prevención de este síndrome se sugiere: sueño adecuado y ejercicio físico, aceptación y expresión de las emociones y sentimientos. Ser realista y no dramatizar los problemas. Proposición de metas razonables. Valoración de los éxitos particulares. Tener presente que no se puede dar solución a todos los problemas. Aprender a reírse de uno mismo. Se debe reconocer que los profesionales de la salud son seres humanos que tienen limitaciones y que los problemas se deben compartir. Hay que acercarse al paciente para poder comprender y ser comprendido. En definitiva, se debe tratar de disfrutar la actividad que se realiza y procurar no perder los ideales.

Llegado a este punto vale la pena recordar un fragmento de *El hombre mediocre* (1913), de José Ingenieros²⁷: “Cuando pones la proa visionaria hacia una estrella y tiendes el ala hacia tal excelsitud inasible, afanoso de perfección y rebelde a la mediocridad, llevas en ti el resorte misterioso de un ideal”.

Bibliografía

1. Gundersen L. Physician burnout, *Ann. Intern. Med.*, 2001, 135: 145-148.
2. Thomas N. Resident burnout, *JAMA*, 2004, 292: 2880-2889.
3. Grau A., Suñer R., García M. El síndrome de burnout en personal sanitario y su relación con factores ambientales y personales, *Gac. Sanit.*, 2005, 19: 463-470.
4. Casado Moragón A., Muñoz Durán G., Ortega González A. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital, *Med. Clin. (Barc)*, 2006, 124: 554-555.

5. Escribà-Agüira V., Artazcoza L., Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas, *Gac. Sanit.*, 2008, 22: 300-308.
6. Visser M., Smets E., Oort F., De Haes H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists, *CMAJ*, 2003, 168: 271-275.
7. Pistelli Y., Perochena J., Moscoloni N., Tarrés M.C. Burnout syndrome among pediatricians. Bivariate and multivariate analysis, *Arch. Argent. Pediatr.*, 2011, 109: 129-134.
8. Layem-Dhouib S., Zaghoudi L., Zremdini R., Maalej I. et al. Burnout among mental health professionals: A Tunisian experience, *Rev. Epidemiol. Sante Publique*, 2010, 58: 403-408.
9. Dusmesnil H., Serre B.S., Regi J.C., Leopold Y. et al. Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants, *Sante Publique*, 2009, 21:355-364.
10. Ashkar K., Romani M., Musharrafieh U., Chaaya M. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country, *Postgrad. Med. J.*, 2010, 86: 266-271.
11. Fonseca M., Sanclemente G., Hernández C., Visiedo C. et al. Residents, duties and burnout syndrome, *Rev. Clin. Esp.*, 2010, 210: 209-215.
12. Ferrer R. Burn out o síndrome de desgaste profesional, *Med. Clin. (Barc)*, 2002, 119: 495-496.
13. Miret C., Martínez-Larrea A. The professional in emergency care: aggressiveness and burnout, *An. Sist. Sanit. Navar.*, 2010, 33: 193-201.
14. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout, *J. Occup. Behaviour.*, 1981, 2: 99-113.
15. Escribà-Agüir V., Pérez-Hoyos S. Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff, *Stress Health*, 2007, 23: 153-160.
16. Jiménez M, González-Blandón R, Sell-Salazar V. Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses, *Acta Med. Costarric.*, 2000, 42: 121-130.
17. Ortega C. López. F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas, *Int. J. Clin. Health. Psychol.*, 2004, 4: 137-160.
18. Hawton K., Clements A., Sakarovitch S., Simkin S. et al. Suicide in doctors. A study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995, *J. Epidemiol. Community Health*, 2001, 55: 296-300.
19. Molina Siguero A., García Pérez M., Alonso González M., Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid, *Aten. Primaria*, 2003, 31: 564-574.
20. Sibbald B., Bojke C., Gravelle H.. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England, *BMJ*, 2003, 326: 22.
21. Grunfeld E., Whelan T., Zitzelsberger L., Willan R. et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction, *CMAJ*, 2000, 163: 166-169.
22. Matia Cubillo A., Cordero Guevara J., Mediavilla Bravo J., Pereda Riguera M. Prevalencia del burnout y variables relacionadas en médicos de atención primaria en Burgos, *Aten. Primaria*, 2006, 38: 58-59.
23. Mingote Adan J., Moreno Jiménez B., Gálvez Herrero M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuesta de prevención, *Med. Clin. (Barc)*, 2004, 123: 265-270.
24. Taylor C., Graham J., Potts H., Richards M. et al. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s, *Lancet*, 2005, 366: 742-744.
25. Shanafelt T., Sloan T. The well-being of physicians, *Am. J. Med.*, 2003, 114: 513-519.
26. Esteva M., Larraz C., Jiménez F. Salud mental en médicos de atención primaria: efecto de la satisfacción y estrés en el trabajo, *Rev. Clin. Esp.*, 2006, 206: 77-83.
27. Ingenieros J. La moral de los idealistas, en Ingenieros J., *El hombre mediocre*, Anaconda editores, Buenos Aires, 1946, p. 27.