

## Elementos históricos y conceptuales del Síndrome de Burnout

Historical and Conceptual Elements of Burnout Syndrome

Cabello Velez NS,\* Santiago Hernández GY. \*\*

\* Residente de tercer año de la especialidad en Anestesiología. Hospital General de Ticomán. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. \*\* Anestesióloga. Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

---

**Correspondencia:** Dra. Nadia Sidenni Cabello Vélez. **E-mail:** nadsid1808@hotmail.com

El término Burnout proviene del anglosajón y se traduce al español como “estar quemado”. Esta expresión se utiliza para referir a un tipo de estrés laboral crónico, generado específicamente en grupos que trabajan en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son las personas.<sup>1,2</sup> El *síndrome de agotamiento profesional (burnout)* (SAP), en su forma clínica, fue descrito por primera vez en 1974, por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger. Lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”.<sup>3</sup> Hasta que se obtuvo el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), se elaboraron gran número de definiciones con el fin de delimitar el fenómeno y explicar su evolución, conformando el análisis a través de tres componentes significativos: *agotamiento emocional, despersonalización afectiva y baja realización profesional*. Vinculado al ejercicio de la actividad laboral, se describe como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo que surge en los profesionales que están en contacto directo con personas como consecuencia del ejercicio diario de la profesión.<sup>4</sup>

La traducción de la expresión anglosajona “*Burnout Syndrom*” ha dado pie a diferentes denominaciones, quizás la más utilizada sea la de «síndrome de quemarse por el trabajo», que implica una respuesta que aboca en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal, con la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los pacientes y hacia la institución con aparición de comportamientos indiferentes, fríos, distantes, incluso a veces lesivos y con sentimientos de culpa.<sup>4</sup> Describe un estado psicológico que aparece luego de un período prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial, se caracteriza por tres dimensiones a) can-

sancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional. Su prevalencia en médicos generales y especialistas es del 30 a 69%. Los estudios realizados en distintos hospitales refieren que la probabilidad de elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto en el sufrimiento y la muerte que tiene una repercusión negativa en la vida familiar.<sup>5</sup>

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias:

- ✓ *Variables personales*: Son sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.
- ✓ *Variables organizacionales*: Son el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad<sup>6</sup>

Los síntomas son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de sesenta profesiones y grupos profesionales; en la actividad profesional el médico puede tener las siguientes conductas:

- Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
- Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como, comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de recursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
- Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales opositivas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

- Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
- Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.<sup>5</sup>

## Referencias

1. Casa TP, Rincón RY, Vila CR. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. Enfermería Integral nº 100, Diciembre 2012; 19-24.
2. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, et al, Residentes, guardias y síndrome de Burnout. Revista Clínica Española. 2010; 210(5): 209-215.
3. Castañeda AE y García de Alba GJ. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Rev. Colomb. Psiquiatr, Vol. 39. No. 1. 2010; 67-84.
4. Domínguez FJM, Herrera CF, Villaverde GMC, et al. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. Aten Primaria. 2012; 44(1):30-35.
5. Carrillo ER, Gómez HK, Espinoza de los Monteros EI. Síndrome de Burnout en la práctica médica. Artículo de revisión. Med Int Mex. 2012; 28(6); 579-584.
6. Tobie GWA y Nava LJA. Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. Revista Mexicana de Anestesiología. Taller de Residentes. Vol. 35. Supl. 1 Abril-Junio 2012pp S233-S237