

## Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 27  
Volume

Suplemento 1  
Supplement




2004

*Artículo:*




Síndrome de burnout

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

## Síndrome de burnout

Dr. Carlos López-Elizalde

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "Sobrecarga emocional" o síndrome de burnout (quemado).

Esta autora lo describe como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal" que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

### INCLUYE

Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.

Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

### CAUSAS

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 diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibi-

lización 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 período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.

Según el sexo sería principalmente el de las mujeres, el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los médicos por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica 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 más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

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

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos períodos 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 sí 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.

Burocratización excesiva, sin un apoyo específico de un personal auxiliar, derivación de burocracia, desde la especializada (nosotros les mandamos enfermos que deberíamos atender nosotros, y ellos nos mandan papeles que ellos deberían rellenar).

Estamos perdiendo el tiempo en labores burocráticas, que se nos debería auxiliar y se nos quita este tiempo para resolver problemas a los pacientes, teniendo la sensación de habernos convertido en los secretarios del sistema (es decir profesionales de segunda).

### **ESCASO TRABAJO REAL DE EQUIPO**

Después de 15 años todavía sigue sin haber una definición clara (normatizada) entre los diferentes establecimientos no médicos, con lo que al final lo que no se hace, lo tiene que hacer el médico. Este tema ha creado y sigue creando importantes tensiones y gasto intenso de energía, por dejar al voluntarismo y a las buenas intenciones de los componentes del equipo, la solución del reparto de responsabilidades. 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).

Falta de sintonía con las Gerencias, “diálogo de sordos”, no hay un acercamiento y sintonía en los objetivos, que re-

sultan ajenos. No se 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.

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.

### **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 paranoide y/o agresivo hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.

Manifestaciones físicas, cefaleas, insomnio, algias, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.

### **MANIFESTACIONES CONDUCTUALES**

Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo 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.

### **BÚSQUEDA DE SOLUCIONES**

#### **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, pero sin renunciar a lo más valioso de nuestra profesión (los valores humanos) compatibilizándolo y reforzándolo con lo técnico.

En cualquier profesión y más en medicina, es trascendental equilibrar nuestras áreas vitales: Familia–Amigos–Aficiones–Descanso–Trabajo, evitando a toda costa, que la profesión absorba esta cadena. La familia, los amigos, las aficiones, el descanso, son grandes protectores del burnout.

## 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 fuente de apoyo: son quienes mejor nos 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 médico-pacientes, como los aspectos emocionales de las relaciones interpersonales dentro del equipo.

## 3. Organización-Empresa

Minimizar la sensación de falta de control y de trabajo en la cadena de la asistencia:

- Limitar una agenda de trabajo. Minimizar imprevistos, organizar las urgencias, de tal forma que no interfiera en el trabajo planificado.
- Tiempo mínimo por paciente, con espacios comunes libres de asistencia que permitan sesiones conjuntas, comentarios de pacientes, protocolización conjunta de pa-

tología prevalente, formación continua, organizada y adaptada a las necesidades reales, siempre en lo posible efectuarlas dentro de la jornada laboral.

## PUNTOS CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar la agenda laboral.
6. Tiempo adecuado para cada 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. Diálogo efectivo con las autoridades.

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 médicos.

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.

## REFERENCIAS

- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Psychol* 1981;2:99-113.
- Friedli K, King MB, Lloyd M, Horner J. Randomized controlled assessment of non-directive psychotherapy *versus* routine general-practitioner care. *Lancet* 1997;350:1662-1665.
- Murphy LR. Stress management in working settings: a critical review of the health effects. *Am J Health Promotion* 1996;11:112-135.
- Jones JW, Barge BN, Steffy BD, Fay LM, Kunz LK, Wuebker LJ. Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *J Appl Psychol* 1998;73:727-735.