

Burn out o síndrome de desgaste profesional



Ramón Ferrer

Director de la Escuela Superior de Prevención de Riesgos Laborales. Profesor titular de Ergonomía. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. España.

En marzo de 2002 *Scientific American*¹ divulgaba dos investigaciones publicadas en *Annals of Internal Medicine*^{2,3} que describen el elevado número de médicos residentes en hospitales estadounidenses con niveles de desgaste profesional o *burn out* que podrían ser la causa de las desatenciones observadas hacia los pacientes. Esta tasa de descuido se cifra en una actuación negligente al mes por médico. Diversos estudios llevados a cabo el pasado año ofrecen cifras según las cuales alrededor del 75% de los médicos residentes sufre desgaste emocional, despersonalización y niveles bajos de actuación. Estos niveles explicarían, por ejemplo, el hecho de «dar de alta» de forma prematura a los pacientes para, de esta manera, reducir la carga de trabajo. Más de la mitad de estos profesionales aseveran estar descontentos con su elección profesional y manifiestan entre 4 y 5 síntomas de depresión.

En nuestro entorno, la incidencia de este trastorno en los diferentes estudios, que presentan cierta sectorialidad, oscila entre el 15%^{4,5} y el 47%⁶, presentando una tendencia creciente a medida que avanzamos en el tiempo, similar a la observada anteriormente en países más «desarrollados» en cuanto a organización sanitaria, que alcanzaron el 50% hace casi un decenio⁷. A este respecto, cabe esperar con interés el estudio encargado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona a una comisión de expertos⁸ y las posibles actuaciones que de él se deriven.

Este síndrome ha sido calificado en publicaciones recientes como «la plaga del siglo XXI». Sin pretender ser tan alarmistas, creemos que conviene conocer, tanto desde la perspectiva clínica como de la laboral, en qué consiste esta afección, que aún no se presenta como una categoría diagnóstica clara en los manuales de psiquiatría y psicología, excepción hecha del CIE-10, en el que podría asimilarse a la que figura como síndrome de agotamiento dentro del grupo titulado «problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida» (Z 73.0).

Sus orígenes son claramente clínicos: en 1974 Freudenberg⁹, psicólogo neoyorquino que trabajaba como voluntario en un centro de atención a drogodependencias, lo describió por primera vez: «La persona que acostumbraba ser la más activa y la que más hablaba en las reuniones de equipo ahora no dice nada; sentada en una esquina de la mesa [...] parece resentida, desencantada, fatigada, aburrida, desanimada y confusa. [...] Está tensa, se irrita con facilidad, se frustra con cosas que normalmente serían de importancia moderada».

Nos hallamos ante una respuesta, inadecuada, al estrés laboral crónico. Aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (pacientes y compañeros) y hacia el propio rol profesional,

con sensación de agotamiento desproporcionado. Como todo tipo de estrés, conviene recordar que, al menos en parte, depende de los procesos perceptivos de la persona; sin embargo, el elevado porcentaje de incidencia observado en los estudios internacionales indicaría que no se trata únicamente de disfunciones perceptivas. Este síndrome suele aparecer en organizaciones de servicios (sanitarios, educativos, trabajadores sociales, directivos y mandos intermedios, voluntariado, abogacía), es decir, en aquellos puestos de trabajo cuya tarea se desarrolla atendiendo a otras personas (pacientes, clientes, usuarios) y en los que los profesionales perciben la necesidad de cambiar su comportamiento para ajustarse a los criterios definidos por la política, equipos directivos, emotividad de sus clientes, entre otros.

Las características que lo definen son: a) Estrés crónico progresivo que se desarrolla a lo largo de uno a tres años; b) no acostumbra generarse por sobrecarga cuantitativa de trabajo, sino a partir de elementos de carácter cualitativo; c) las personas afectadas están previa y fuertemente motivadas por su tarea; d) los primeros síntomas son la disminución de la eficacia y eficiencia, con sensación de cansancio físico y emocional injustificado, seguido del empobrecimiento de las relaciones personales, que dan lugar a un aumento del absentismo mental (desconexión de las tareas) y absentismo físico, con retrasos progresivamente superiores en reincorporarse al lugar de trabajo y aumento de errores y quejas; e) se pierden las razones y las motivaciones que justificaban la dedicación y el esfuerzo; f) no se recupera el estado habitual con el descanso, como sería el caso de la fatiga «lógica» derivada de ciertos esfuerzos claramente identificados, u otras formas de estrés; g) su diagnóstico es válido y fiable, si lo llevan a cabo profesionales de la salud laboral o clínica, mediante cuestionarios y entrevistas.

No se trata únicamente de una disfunción personal, aunque en contados casos se ha descrito este origen, sino de un trastorno laboral que afecta las relaciones de la persona con su entorno de trabajo y que, además, puede tener repercusiones sobre su vida personal y social. Suele desarrollarse en tres fases: a) en la inicial, la persona percibe un agotamiento físico y emocional injustificado, pierde la satisfacción que le producía su trabajo y la relación con el contenido de sus tareas se convierte en aversiva; b) en una segunda fase se observan comportamientos de aislamiento o falta de implicación en el trabajo y su entorno y se desarrollan actitudes cínicas, incluso agresivas, hacia las personas con las que se trabaja; considerando que el marco de su trabajo es el trato con otras personas (pacientes, clientes o usuarios), este comportamiento de talante defensivo afecta de forma significativa a sus resultados, y c) en una tercera fase, se desarrollan cuadros de ansiedad o depresión, en los que disminuye la propia estima profesional y personal, con pensamientos dirigidos al cambio de puesto de trabajo o abandono de la profesión. Esta fase puede resultar en renovados intentos para conseguir el éxito que, si persisten las condiciones laborales, volverán a instaurar la sintomatología descrita en la fase inicial.

Correspondencia: Dr. R. Ferrer.
Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento.
Facultad de Psicología. P.^o Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona.
Correo electrónico: rferrer@psi.ub.es

Recibido el 29-5-2002; aceptado para su publicación el 10-6-2002.

Los síntomas, que en un primer momento son detectados por los compañeros de la persona y más tarde asumidos por ésta, son el enfriamiento de las relaciones interpersonales, la negación de que la causa sea la propia persona, quejas contra todo y contra todos, incluyendo la organización, reacciones cínicas ante consejos o intentos de ayuda, percepción de falta de logro en las metas profesionales, dificultades para afrontar sobrecargas puntuales de trabajo, sentimientos de frustración profesional con ideas de abandono prematuro de carreras en las que se han invertido tiempo y esfuerzos de formación, somatizaciones (cefaleas, palpitaciones, dolor precordial, malestar abdominal, mareos y vértigo, alteraciones respiratorias, insomnio). En muchas ocasiones, la persona intenta minimizar estos síntomas (desde alcohol, café, té o tabaco, hasta estimulantes y tranquilizantes).

En los entornos proclives a generar este trastorno¹⁰ suele observarse, en el ámbito organizativo, una serie de factores: cultura organizacional burocrática, con poca participación real en las decisiones que pueden afectar al personal; evaluación del rendimiento fundamentada en aspectos cuantitativos, con escaso aprecio de los cualitativos, y deficiente organización de las tareas, puestos de trabajo y factores macrosociales: grado de complejidad y dificultad, falta de apoyo por parte de los mandos y compañeros, escaso fomento del trabajo en equipo, falta poco justificada de medios, escasa o nula planificación o pocas posibilidades de promoción, y otros.

Al tratarse de un problema que no afecta únicamente a la persona, sino también a la empresa o institución, que ha de afrontar unos costes difíciles de estimar, como son el absentismo (tanto mental en un primer momento, como posteriormente físico), aumento de errores, deficiente trato a los clientes y compañeros, elevados índices de recambio de personal, se convierte en un elemento a considerar y prevenir, no sólo mediante la facilitación de asistencia a las personas que puedan estar afectadas, sino también en la detección temprana y la prevención de su aparición en aquellos profesionales que, recordemos, están previa y fuertemente motivados por su trabajo. Éste es uno de los elemen-

tos que frecuentemente se solicita a los profesionales de la salud y las relaciones laborales, y es tema estrella de los cursos de formación de mandos: cómo motivar al personal; en este caso estamos tratando con personas ya motivadas. Considerando que cada vez se incide más en la calidad del servicio, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, y a la vista de los resultados de los estudios llevados a cabo en los EE.UU., país pionero en las nuevas formas de organización del trabajo y, por desgracia, en sufrir los nuevos trastornos que éstas generan, convendría asegurar políticas preventivas que aprovecharan el valor añadido de la motivación por el trabajo, que tiene unos evidentes efectos positivos no tan sólo en la salud, sino en la productividad. Las empresas e instituciones del siglo XXI tendrán que considerar, como uno de sus objetivos prioritarios, la optimización de la salud de sus propios trabajadores. De lo contrario, es posible que deban atender a sus responsabilidades ante los tribunales, como ya ha ocurrido en nuestro país, en el que el Tribunal Supremo ha reconocido el *burn out* como accidente laboral¹¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wong K. Scientific American on line. Disponible en: www.sciam.com/news/030502/2.html
2. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
3. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: *statu quo* after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002;136:384-90.
4. Vega ED, Pérez Urdaniz A. El síndrome de *burnout* en el médico. Madrid: Smith Kline Beecham, 1998.
5. Pérez Urdaniz A. Síndrome de desgaste profesional o *burnout* en médicos y personal sanitario, 10/8/2000. Disponible en: www.saludpublica.com
6. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:293-303.
7. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: a examination of personal, professional and organizational relationship. *Medical Care* 1994;32:745-54.
8. Europa Press, 3/5/2001; Disponible en: www.diariomedico.com
9. Freudenberg HJ. Burn-out. *J Soc Issues* 1974;30:159-66.
10. Fundación Pharmacia. La motivación del médico: motor del sistema Sanitario [seminario]. Barcelona: Colegio de Médicos de Barcelona, 2001.
11. Una sentencia considera que el «burn-out» es accidente laboral, 17/11/99. Disponible en: www.diariomedico.com