

Síndrome de Burnout: Una Alerta

Ximena Norambuena R.
Unidad de Inmuno-Reumatología
Hospital Dr. Exequiel González Cortés

Summary

The burnout syndrome is a psycho emotional condition that affects people who systematically work with others. It presents specific characteristics and risk factors that anticipate it. Opportune diagnosis allows appropriate intervention at both organizational and personal level, and this leads to better workplace health. This review seeks to encourage further national studies in order to demonstrate that this affects health care workers, and create strategies to prevent and deal with this syndrome.

Key words: Burnout Syndrome

INTRODUCCIÓN

La vida cotidiana tiene aspectos que pueden reflejar diferentes graduaciones de estrés, el que no sólo está presente en las experiencias dolorosas o negativas, sino en aquellas situaciones que significan un cambio, que de algún modo resultan en un avance de etapa o maduración. El convivir con estos diferentes aspectos de estrés contribuye a nuestra maduración, y la manera de responder a estos estímulos es lo que caracterizará a una respuesta efectiva o crónicamente agotadora que puede involucrar el compromiso de la salud y el bienestar individual en lo personal y en la satisfacción laboral y colectiva. No hay una definición específica del estrés y el enfoque que se ha dado depende de la orientación psicológica, fisiológica, psicosocial o laboral. Uno de los investigadores que más profundizaron sus estudios sobre el tema fue Hans Selye, médico canadiense, pionero en los estudios acerca del estrés. Él definió el estrés como “una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda”.¹ De las diferentes definiciones que se pueden obtener son destacables los estudios que Selye llevó a cabo como parte de su investigación del estrés y es él quien profundizó los conceptos de que algún grado de estrés es esencial para la vida, siendo contraproducente tenerlo en exceso. Sostuvo, además, que “la total liberación del estrés es la muerte”.¹

En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un síndrome denominado síndrome de Burnout, cuya definición inicial fue realizada por Freudenberger² en 1974, que lo describió como un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo. Posteriormente Maslach y Jackson³ lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Estos autores establecieron las bases instrumentales para la realización de estudios cuantitativos, denominadas *Maslach Burnout Inventory* (MBI). En la descripción del síndrome se refieren a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. El tercer componente es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

Esto involucra a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas, representando una alta proporción de entrega en su relación profesional con las personas. En este sentido, se manifiesta en muchos profesionales de la salud que potencialmente se verán afectados por el síndrome (enfermeros, médicos, trabajadores sociales, entre otros). Se observa en series de estudios principalmente españoles.^{4,5}

Este síndrome de desgaste profesional sería considerado un problema social y de salud pública. Se trata de

un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece, disminuyendo su calidad asistencial. Para que este síndrome esté presente es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés que permanece junto a la presión laboral en el ambiente de trabajo.

Este síndrome no está muy difundido en el ámbito nacional y aún se dispone de pocos trabajos epidemiológicos que lo evidencien dentro de los profesionales de la salud. En la especialidad de Pediatría se han realizado dos publicaciones nacionales;^{6,7} una de ellas corresponde a un estudio local y el otro, a un artículo original acerca de este síndrome.

Este artículo ha pretendido ser un llamado de alerta en nuestra profesión, en el reconocimiento de este síndrome que coexiste con los tiempos de la vida moderna en que se privilegian los resultados cuantitativos por sobre los impactos cualitativos y, por ende, con consecuencias no medibles a corto plazo y económicamente no rentables.

SITUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SALUD

Los pacientes portadores de enfermedades crónicas requieren de atención constante de los profesionales de salud, principalmente en las edades extremas de la vida, en que la dependencia de otras personas se hace más evidente, principalmente cuando se requiere de los conocimientos técnicos específicos y de la suficiente experiencia del profesional para superar el enfrentamiento y el manejo de una enfermedad crónica.

En el Hospital Roberto del Río, Órdenes N., el año 2002,⁶ realizó un estudio prospectivo para cuantificar la magnitud de este síndrome en el personal que labora en el mencionado hospital. La metodología consistió en una encuesta autoaplicada, supervisada y realizada en el lugar de trabajo. Participaron 255 funcionarios de salud, con una tasa de respuesta de un 98%, siendo el 80% de sexo femenino y el 50% con más de 40 años de edad. Esta muestra representó el 24,6% de los funcionarios del hospital. Se aplicó el cuestionario “actitudes ante el trabajo”, versión validada para profesionales sanitarios chilenos (Esparza C, Guerra P, Martínez M: *Determinación de los niveles de Burnout en Profesionales del Área de la Salud de la Quinta Región*; Memoria de Título, U.C. Valparaíso, Escuela de Psicología, 1995; Figueroa M, Gutiérrez A, Hernández M, Setiein A: *Validación empírica del cuestionario actitudes ante el trabajo para Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud Quinta Región*; Memoria de Título, U.C. Valparaíso, Escuela de

Psicología, 1997), diseñado a partir de dos instrumentos clásicos para la medición del Burnout: “Staff Burnout for Health Professionals”, creado por Jones en 1980, y “Maslach Burnout Inventory”, de Maslach y Jackson en 1981, ambos validados internacionalmente y de alto nivel de confiabilidad. Los ítems reflejarán la presencia de Burnout. Una vez detectada su presencia, se clasifican con relación a su intensidad en alta, media o baja. Finalmente se expresa en síndrome de Burnout plenamente constituido, Proclividad, de alto riesgo de presentarlo en el tiempo y sin síntomas de Burnout. Los resultados se presentan en forma de porcentajes.

Los encuestados se distribuyeron en un 19% de médicos, 13% de enfermeras, 54% de técnicos paramédicos, 10% de médicos en formación de especialidad en Pediatría y un 4% de otros profesionales (kinesiólogos, nutricionistas y tecnólogos médicos).

El estudio demostró un 31% de síndrome de Burnout, un 38% de Proclividad y un 31% sin Burnout. Resulta muy interesante la observación que no demuestra diferencia significativa entre los diferentes estamentos profesionales. Al analizar la distribución por servicios llamó la atención la mayor frecuencia de casos sintomáticos en el Servicio de Medicina y la menor en la Unidad de Cuidados Intensivos, con diferencias estadísticamente significativas.

En el estudio nacional se refleja una significancia estadística entre personas con mayor número de horas trabajadas a la semana, no habiendo diferencia entre estamentos de salud. Finalmente la autora enfatiza en la relación de este síndrome con las fuentes de tensión laboral, ya que reflejan una necesidad de intervención preventiva que supera a lo que el funcionario pueda modificar. En este aspecto cita los sistemas de trabajo, horarios, tiempo libre, actividades extralaborales, incentivos, sueldo, entorno laboral, etc. Otro de los aspectos importantes que se desprenden de este estudio es la diferencia significativa que se observó entre los servicios clínicos que estuvieron representados, donde destaca la Unidad de Cuidados Intensivos con menor porcentaje de síndrome de Burnout, lo que la autora interpreta como atribuible a un probable hecho de un trabajo de equipo de todo el personal involucrado; lo mismo se demostró en un estudio español⁸ con una baja frecuencia de Burnout entre intensivistas pediátricos. Esto contrasta con los hallazgos de otro estudio que señala la alta frecuencia de este síndrome en las unidades de Cuidados Intensivos y de Oncología, donde se requiere gran estabilidad para hacer frente a la gran carga asistencial y emocional de estas unidades.⁹

Este estudio nacional mencionado enfatiza una realidad en los funcionarios de salud que atienden a un grupo vulnerable de la población infantil y que sería indepen-

diente de la patología asistida, pero que afecta la calidad de atención que el profesional otorga, limitando, además, su capacidad de trabajo asistencial.

Es necesario tener en consideración la presencia de este síndrome que se ha relacionado con la probabilidad de afectar el rendimiento y la calidad de la labor profesional impartida a los usuarios tanto como a la salud física y mental del funcionario de salud.

El reconocimiento de este síndrome en el ámbito nacional, no sólo en la edad pediátrica, permitirá detectar oportunamente sus factores desencadenantes para lograr sus correcciones a nivel organizacional, lo que se reflejará en una mejor calidad del servicio que la organización de salud ofrece a los usuarios. Este síndrome de desgaste profesional se convierte en un problema de salud pública cuando el profesional de la salud ya se siente humanamente afectado para asistir eficazmente a sus pacientes.

Agradecimientos especiales a las psicólogas Victoria Leiva y Ximena Godoy, quienes me incentivaron y colaboraron en el conocimiento de este síndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papalia DE y Olds SW. Estrés y afrontamiento. En: Psicología, 1ª ed. en español. Ed. Mc Graw-Hill/Interamericana de México, 1988.
2. Freudenberger HG. Staff Burn-out. J Soc Issues 1974; 30:159-65.
3. Maslach C y Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. Manual research edition. University of California, Palo Alto, Consulting Psychologist Press, 1986.
4. Grau A, Suner R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit 2005; 19(6):463-70.
5. López Franco M, Rodríguez Núñez A, Fernández Sanmartín M y cols. Burnout en pediatría. An Pediatr (Barc) 2005; 62(3):248-51.
6. Órdenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr 2004; 75(5):449-454.
7. Godoy MA. Síndrome de Burnout. Rev Chil Pediatr 2002; 73(3): 314-316. De Boletín del Servicio y Departamento de Pediatría, Hospital San Borja-Arriarán.
8. Bustinza A, López Herce J, Carrillo A y cols. Situación de Burnout de los pediatras intensivistas españoles. An Esp Pediatr 2000; 52:418-23.
9. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P y cols. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2004; 78:505-16.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Gil Monte P y Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología 1999; 15:261-8.
2. Morales G, Pérez JC, Menares Mª. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Rev Psicol Univ de Chile 2003; Vol XII; 1):9-25.

El Comité Editorial de la Revista ha considerado de interés publicar una parte del discurso pronunciado por el Profesor Dr. Diego Gracia Guillén, académico de número, en la solemne sesión inaugural del Curso Académico 2004 de la Real Academia Nacional de Medicina. Esta sólida pieza intelectual, titulada **MEDICE, CURA TE IPSUM**, se refiere precisamente a la salud física y mental de los profesionales de la salud.

Medice, Cura te Ipsum

Prof. Dr. Diego Gracia Guillén

página 8

EL CONTEXTO PROFESIONAL: CÚDATE A TI MISMO

“Sálvate a ti mismo”, “cúrate a ti mismo”, “conócete a ti mismo”, “analízate a ti mismo”. Parecería que con esto ya está todo. Pero aún falta algo más. Porque todo eso confluye en un último punto, el de saberse ayudar uno a sí mismo, el de cuidarse a uno mismo. Es el tema del cuidado del cuidador, y en especial del autocuidado, hoy tan de actualidad. La relación de ayuda desgasta, y si no se sabe manejar muy bien, hace que los cuidadores tengan que abandonar su rol activo y convertirse en sujetos pasivos, necesitados ellos también de cuidados.

Si algo ha descubierto el último siglo es la importancia del “autocuidado”. Y ello por una razón a la postre filosófica. Es que de no ser así, el sujeto cuidado asume un rol pasivo y, en tanto que tal, muy poco autónomo y humano. Los cuidados se han entendido tradicionalmente con criterios verticales, de cuidador y cuidado, el primero activo y con deber de mando, y el segundo pasivo y con deber estricto de obediencia. Ha sido una relación que, cuando se extrema, termina en conductas sadomasoquistas, del tipo yo mando/tú obedeces, lo cual explica la frecuencia del maltrato en las relaciones de cuidado, tanto de niños como de ancianos.

Esto permite entender por qué a partir de mediados del siglo XIX la frase “médico, cúrate a ti mismo”, ha comenzado a tener un nuevo significado, el de cuida de ti mismo, atrévete a ser autónomo, a tener cuidado de ti mismo y no endosar sobre los demás lo que son obligaciones tuyas.

No es un azar que Federico Nietzsche, el gran fustigador de la historia europea anterior, el pensador que otea una nueva época en la que el servilismo de periodos anterior-

res desaparecerá, escriba en *Así habló Zaratustra*: “Médico, ayúdame a ti mismo: así ayudas también a tu enfermo. Sea tu mejor ayuda que él vea con sus ojos a quien se sana a sí mismo”.¹³³

El síndrome de “burnout”

En cualquier caso, cada día resulta más evidente que los médicos, y en general los profesionales de la salud, no saben cuidar de sí mismos ni ayudarse a sí mismos. Eso es lo que viene a demostrar el llamado síndrome del *burnout*. Hoy, como se sabe, es toda una epidemia. Conocemos que afecta más a los especialistas que a los médicos generales, llegando a cifras del 75% en los grupos de residentes norteamericanos.¹³⁴ En España afecta a los profesionales de modo diferente según la edad, el tipo de especialidad: (psiquiatría¹³⁵, medicina de familia¹³⁶, etc.), las condiciones de trabajo y otros factores, en un rango que va del 15%¹³⁷ al 66%.¹³⁸ En los países más desarrollados se alcanzaron cifras superiores al 50% hace aproximadamente una década.¹³⁹ Esto es tanto más preocupante cuanto que padecer este síndrome posee devastadores efectos psicológicos en los profesionales, lo que tiene, entre otras consecuencias, la de un mayor número de errores técnicos.¹⁴⁰

El síndrome del *burnout* fue descrito por vez primera por el psicoanalista norteamericano Herbert J. Freudenberger en 1974.¹⁴¹ El término suele traducirse al castellano por “síndrome de desgaste profesional” (SDP), y se le conoce también con el nombre de “enfermedad de Tomás”, en recuerdo del protagonista de la novela de Milan Kundera *La insostenible levedad de ser*, un neurocirujano frustrado.¹⁴² No es que antes no existiera el término, ni que no se aplicara al desgaste profesional. Pero no tenía una caracterización precisa, y menos podía evaluarse mediante procedimientos objetivos. Freudenberger lo definió como “un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”. No es exclusivo de los médicos, sino que afecta a todos aquellos que trabajan en profesiones de ayuda,¹⁴³ como los educadores¹⁴⁴ o los trabajadores sociales, además de las enfermeras¹⁴⁵ y, en general, los profesionales sanitarios.¹⁴⁶ El desgaste se debe a que estos profesionales reciben unas demandas excesivas por parte de las personas a las que atienden, que se ven incapaces de colmar. Poco a poco, se ven a sí mismos sobrepasados por las demandas a las que han de atender profesionalmente. En los años setenta ese síndrome empezó a ser muy frecuente. Y desde entonces las cifras no han hecho más que aumentar, hasta el punto de que hoy adquieren caracteres epidémicos en ciertos grupos profesionales. La situación es tan preocupante, que en distintos países de

Europa, y en España, en Cataluña, se han creado unidades dedicadas exclusivamente al manejo de los trastornos mentales graves (TMG), en especial drogodependencias, entre los profesionales sanitarios. El programa catalán, liderado por el Colegio de Médicos de Barcelona, se denomina “Programa de Atención Integral al Médico Enfermo” (PAIME).¹⁴⁷ A pesar de su juventud, el centro se halla ya al borde de la saturación. La demanda es tal que no resulta fácil atenderla de modo adecuado. Se calcula que entre un 10% y un 12% de los médicos sufrirán problemas mentales o conductas adictivas a lo largo de su vida profesional.

El síndrome de desgaste profesional no debe confundirse, en cualquier caso, con otros limítrofes a él, como la “fatiga” profesional, la “depresión” o el “estrés profesional”,¹⁴⁸ y menos con el de enfermedad mental,¹⁴⁹ aunque sí puede actuar como desencadenante de cualquiera de ellos.¹⁵⁰ Después de los trabajos de Perlman y Hartman¹⁵¹ y, sobre todo, de los de Maslach y Jackson,¹⁵² este síndrome suele caracterizarse por tres tipos de factores: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización de la actividad profesional (DP) y la menor esperanza de realización personal a través del trabajo profesional (PA). Estas variables son las que mide el cuestionario de *burnout* hoy más utilizado, el *Maslach Burnout Inventory*, o MBI. En cualquier caso, hay otro conjunto de escalas alternativas o complementarias, como la de clima social en el trabajo (WES), la escala de ansiedad y depresión hospitalarias (HADS), el índice de reactividad al estrés (IRE-32), el cuestionario de calidad de vida profesional (QVP-35),¹⁵³ etc. Ni qué decir tiene que cada uno mide dimensiones diferentes, y que las puntuaciones alcanzadas son también distintas.

Las razones del “burnout”

De lo hasta aquí visto parece deducirse que el síndrome de desgaste profesional existía con anterioridad a la década de los setenta, pero que entonces experimentó un importante incremento, hasta exigir su análisis pormenorizado. ¿Qué pasó en los años setenta? ¿A qué se debe que en los últimos treinta o cuarenta años la salud de los profesionales sanitarios haya disminuido de forma tan preocupante? ¿Por qué los médicos están ahora tan llenos de angustia, y por qué esto les impide cumplir dignamente con los objetivos de su profesión de ayudar a los demás en sus enfermedades y padecimientos?

Caben varias respuestas. No deja, en cualquier caso, de resultar significativo que ese fenómeno coincida en el tiempo con un conjunto de acontecimientos de enorme relevancia histórica. El primero es, sin duda, la explosión técnica. A partir de los años sesenta nuevas técnicas, de eficacia casi

milagrosa, invaden la medicina. Piénsese, sólo como ejemplo, en las llamadas técnicas de soporte vital, que exigieron la apertura de unas unidades nuevas, las llamadas unidades de cuidados intensivos. Ellas permitieron gobernar de modo nuevo las situaciones críticas, y con ello, manejar con verdadero dominio, por vez primera en la historia de la humanidad, los límites entre la vida y la muerte. Hasta hace muy poco era la naturaleza la que ponía fin a la vida de los seres humanos. Se hablaba de “muerte natural”. Hoy casi ninguna muerte es del todo natural. Toda muerte es más o menos intervenida por la medicina, y en muchos casos ya no es la naturaleza la que decide cuándo y cómo debe morir, sino los profesionales. Ahora bien, esto ya no es sólo un problema técnico sino también un problema moral. La nueva tecnología ha incrementado los conflictos morales en medicina, tanto en el final de la vida como en el origen de la vida y en sus etapas intermedias. Y los conflictos morales, sobre todo si no se sabe resolverlos, generan angustia y disparan los mecanismos de defensa del yo.

Pero en los años sesenta y setenta pasaron más cosas. Son los años de eclosión de los movimientos en pro de los derechos civiles. Recuérdese la lucha de Martin Luther King por conseguir el disfrute de los derechos civiles de las minorías de color. Es también la época del auge del feminismo y de otros muchos movimientos de minorías, o no tan minorías, que reivindican ser tratadas en igualdad con los demás ciudadanos. Y es también el tiempo de aparición de los derechos de los enfermos. Éstos reivindican también sus derechos. Poco después surgirá el movimiento antipsiquiátrico, de reivindicación de los derechos de los enfermos mentales. Nueva fuente de conflictos. Ahora resulta que los pacientes pueden exigir a los profesionales que tengan en cuenta sus valores y sus creencias en los procesos de toma de decisiones. Esto, ciertamente, no entraba en el modelo positivista. Ser testigo de Jehová no era un signo físico a tener en cuenta a la hora de indicar o no una transfusión sanguínea. ¿Qué hacer con los valores y las creencias de los pacientes? ¿Cómo manejarlos? Se trataba de fenómenos subjetivos, no objetivos, y que además debían comunicarse verbalmente, ya que no había otro modo de explorarlos. Tenían las dos características que la medicina positivista tanto había despreciado: el ser subjetivos y el comunicarse a través de la palabra. ¿Qué hacer con ellos? La ignorancia, el desconocimiento, generan siempre zozobra, insatisfacción y angustia. De nuevo se planteaban conflictos morales para los que el médico no tenía respuesta. Y como consecuencia de ello, la angustia y el disparo de los mecanismos de defensa más primitivos, la negación, la ira, la racionalización, la agresión, etc.

Hay una tercera razón que permite entender por qué a

partir de los años setenta se han disparado todas las alarmas. En 1973 hubo una famosa crisis económica, a partir de la cual todos los sistemas previsionales de salud de carácter público entraron en números rojos. Los gastos comenzaron a ser mayores a los ingresos, y conceptos que hasta entonces nadie conocía, como los de “distribución de recursos escasos” o “explosión de costes”, empezaron a ser normales. Es entonces cuando comienza a hablarse de la “doble agencia” del profesional, que además de cuidar de la salud de su paciente tiene que velar también por la gestión correcta del gasto sanitario. Nuevo problema moral. ¿Cómo manejar correctamente estos valores, de una parte el valor que es la vida y la salud del paciente, y de otra, el valor económico? Nueva situación de desconcierto, nueva crisis de angustia y nuevo disparo de los mecanismos de defensa.

El “burnout”, los valores y la ética

Los datos actuales sobre la salud de los profesionales son ciertamente preocupantes. Tanto, que a mi modo de ver no van a poderse corregir con medidas coyunturales. No se trata sólo, ni quizá principalmente, de incrementar sus ingresos o de darles algunos minutos más por paciente. La cosa es, probablemente, más grave. De lo que se trata es de cambiar viejos modelos, hoy obsoletos, y educar a los sanitarios de modo completamente nuevo y distinto. Se trata de que vuelvan a introducir en su área de actividad cosas que nunca debieron salir de ella, y que sean educados y entrenados en el manejo correcto de esas dimensiones, las más importantes que tenemos los seres humanos.

¿De qué estoy hablando? De los valores y de su correcto manejo. Un campo minado y de no fácil exploración. Ante los valores caben dos posturas contrapuestas, las más frecuentes y también las más irracionales. La primera es la “imposición”. Consiste ésta en considerar que los únicos valores auténticos son los propios, los de uno, y que los demás no tienen derecho a la existencia. Ha sido la actitud más frecuente, no sólo en medicina sino en la vida toda, y eso es lo que se conoce con el nombre de “paternalismo” médico. La actitud opuesta es la de “trivialización” o indiferencia. Sobre los valores no cabe disputa racional posible y, por tanto, lo único que cabe es la más absoluta neutralidad. No merece la pena meterse en ese campo. Basta con aceptarlo, aceptar los valores de cada uno y por tanto con mantenerse neutral ante ellos.

Pero hay otra actitud posible, que es la más madura y correcta.

Frente a la “imposición” y la “trivialización”, la “deliberación”. Sobre los valores hay que deliberar, porque si bien no son completamente racionales, sí son y deben ser razonables. No es éste el momento ni el lugar de exponer en

qué consiste la deliberación y cómo educar en ella.¹⁵⁴ Pero sí conviene dejar claro que sólo mediante el uso de esta técnica, el médico podrá manejar adecuadamente los conflictos morales, lo que le evitará una gran carga de angustia y le ayudará a mejorar la calidad de su práctica profesional. Educar a los profesionales en la deliberación sobre conflictos de valores y hacer posible que éstos incorporen esta técnica a su relación con los pacientes es, si no la única, sí, quizá, una de las principales armas que podemos ofrecerle para prevenir el desgaste profesional y toda la otra serie de patologías y adicciones que ese síndrome acarrea.

El año 1982 Mark Perl y Earl E. Shelp publicaron un artículo en el *New England Journal of Medicine* titulado “Consultas psiquiátricas que enmascaran dilemas morales”.¹⁵⁵ En él llaman la atención sobre el hecho de que cuando los médicos se encuentran ante conflictos que no están relacionados directamente con cuestiones técnicas de tipo diagnóstico, pronóstico o terapéutico, sino que más bien tienen que ver con las actitudes o los valores de los pacientes, con frecuencia intentan resolver esos conflictos a través de la interconsulta psiquiátrica. Ello se debe a que consideran, con razón, que el psiquiatra sabrá manejar mejor las relaciones emocionales con el paciente y será capaz de convencerle de aquello que la medicina considera que debe hacerse en ese caso concreto.

Este modo de proceder tiene varios puntos muy débiles. Uno primero, el creer que todo conflicto de valor —es decir, el hecho de que alguien tenga unos valores distintos de los nuestros e intente hacerlos valer en su relación con el médico— tiene en su base un trastorno mental más o menos profundo, como, por ejemplo, una depresión. Otro problema de este enfoque es que, como dicen los autores, pone al enfermo sobre la sospecha de que tiene un problema psicológico o mental, o que se halla en una situación de incapacidad o incompetencia para decidir. De aquí se deduce un tercer problema, éste del médico, y es creer que los problemas éticos son problemas técnicos mal planteados, o si no conflictos psicológicos no resueltos o trastornos mentales no bien manejados. Reducir los problemas éticos a enfermedades, y más en concreto, a enfermedades mentales; o dicho en otros términos, patologizar la ética o psiquiatrizar su manejo es una de las peores cosas que pueden suceder, y que en mi opinión no obedecen más que a una causa, y es la propia angustia y la falta de conocimientos del profesional. Es importante distinguir con precisión lo que es un problema psicológico de lo que es un problema moral. Es comprensible esta confusión, ya que en el propio médico no hay duda que el problema moral acaba desencadenando un conflicto psicológico. De hecho, estos problemas que no sabe resolver le

generan angustia, y con ella, un enorme desgaste psicológico y profesional. Pero psiquiatrizar la ética es un reduccionismo por completo inaceptable.

Lo que sí es cierto es que una formación adecuada de los profesionales en el manejo de los conflictos de valor en general, y de los morales en particular, contribuirá decisivamente a disminuir sus niveles de angustia, a incrementar la calidad de su actividad profesional y a aumentar su satisfacción personal en el trabajo. Mi tesis es que se trata, sin duda, de un buen procedimiento para mejorar su salud física y psíquica y para controlar el síndrome de desgaste profesional.

Más complicado es el tema de cómo debe ser esa formación. En 1988 publicó David Bernard, profesor del Departamento de Humanidades Médicas de la Universidad de Pennsylvania, en Hershey, un artículo en el que se preguntaba por qué los médicos tenían tantas dificultades a la hora de enfrentar los problemas éticos.¹⁵⁶ La cosa es tanto más extraña, pensaba, cuanto que a lo largo de estas últimas décadas la bioética ha ido poniendo a punto técnicas y procedimientos para manejar los conflictos más importantes; así, los relativos a la expresión de voluntades por parte de los pacientes, consentimiento informado, instrucciones previas, órdenes de no reanimación, rechazo de tratamientos vitales, etc. Sin embargo, no parece que esto haya ayudado mucho a los profesionales. El autor se preguntaba por qué esta especie de fracaso en el manejo de los conflictos de valor en medicina. Y la respuesta que se daba era que ese fracaso tiene dimensiones técnicas, comportamentales y éticas, pero que tiene también otras que él llama existenciales. La medicina está en contacto con lo más problemático del ser humano, el fracaso, el dolor, la enfermedad, la finitud, la muerte. Manejar estas dimensiones sin gran desgaste exige no sólo madurez técnica, psicológica y ética, sino también humana, existencial. El médico ha de ser una persona muy sana espiritual o existencialmente, so pena de no poder ayudar a los demás en esos trances tan críticos. Freud dijo que nadie puede ayudar a otro en un conflicto que él no tenga previamente resuelto. Y el conflicto de la medicina es, a fin de cuentas, el conflicto de la vida humana.

CONCLUSIÓN

¿Qué se deduce de todo esto? Que el médico ha de ser un auténtico educador o pedagogo del paciente en cuestiones de valor; que tiene que hacer que salga lo mejor que éste lleva dentro. Y que para esto es necesario que él esté muy sano, no tanto físicamente, cuanto psicológica y espiritualmente. Sólo así sabrá controlar sus propios fantasmas inconscientes, respetar a los demás, no imponerles los propios valores, sino ayudarles a madurar los suyos propios y a vivir conforme a

ellos. De nuevo hay que recurrir a Freud. En su escrito Apéndice a la discusión sobre el 'Análisis profano', Freud escribe:

Nosotros, los analistas, nos planteamos el objetivo de llevar a cabo el análisis más complejo y profundo que sea posible de nuestros pacientes; no queremos aliviarlos incorporándolos a las comunidades católica, protestante o social, sino que procuramos más bien enriquecerlos a partir de sus propias fuentes íntimas, poniendo a disposición de su yo aquellas energías que, debido a la represión, se hallan inaccesiblemente fijadas en su inconsciente, así como aquellas que el yo se ve obligado a derrochar en la estéril tarea de mantener dichas represiones. Lo que así hacemos es una guía espiritual en el mejor sentido del término.¹⁵⁷

El profesional sanitario, guía espiritual. Nada más y nada menos. La meta es elevada y la exigencia, enorme. No puede extrañar que en muchos casos acabe en rotundo fracaso, lo que a la vez genera una terrible frustración personal y profesional. Esto no tiene más que dos salidas posibles. Una primera, reducir las exigencias a que se ven sometidos los profesionales de la salud. No creo que esta salida sea viable. La salud, la enfermedad y la muerte serán siempre situaciones muy particulares de los seres humanos, que exigen de los profesionales que las atienden un gran compromiso, no sólo técnico sino también ético. La otra solución es educar bien a los profesionales, para que sepan manejar todas estas cuestiones de modo adecuado, sin demasiada incertidumbre, sin excesivo gasto personal, con gran autcontrol y bajos o nulos niveles de angustia. Esto hoy es perfectamente posible conseguirlo. Y además es deseable. Más aún, resulta completamente necesario. Porque "si un ciego guía a otro ciego, ambos a dos caerán en el hoyo" (Mt. 15, 14).

133. Friedrich Nietzsche, Así habló Zaratustra, Madrid, Alianza, 1985, p. 121.

134. RR. Purdy, JP. Lemkan, JP. Rafferty, JR. Rudisill. Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows? *Fam Med* 1987 May-Jun; 19(3):203-8. TD. Shanafelt, KA. Bradley, JE. Wipf, AL. Back. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136:358-67. VU. Collier, JD. McCue, A. Markus, L. Smith. Stress in medical residency: statu quo after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002; 136:384-90.

135. E. Alvarez, y L. Fernández. El síndrome de burnout o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991; 21:257-265. E. Álvarez, L. Fernández. El síndrome de burnout o el desgaste profesional (II): estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991; 11(39):267-273.

136. C. Olivar, S. González, MM. Martínez. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24(6):

352-359. J. Saura ¿Debemos desarrollar los médicos de familia un programa de prevención del desgaste profesional? *JANO* 59 (1354): Julio 2000. L. Prieto Albino. Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28:444-445. J. Cebria, J. Segura. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria* 2001; 27(7):459. L. Prieto Albino. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002; 29:294-302.

137. ED. Vega, A. Pérez Urdaniz, El síndrome de burnout en el médico. Madrid: Smith Kline Beechman, 1998. A. Pérez Urdaniz, Síndrome de desgaste profesional o burnout en médicos y personal sanitario, 10/8/2000. Disponible en: www.saludpublica.com.

138. JC. Atance, "Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303. C. de las Cuevas. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Madrid: Monografía de Laboratorios Servier, 1997. R. de Pablo, JF. Suberviola. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22(9):580-584. C. Olivar, S. González, M.M. Martínez. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24(6):352-359.

139. G. Deckard, M. Meterko, D. Field. Physician burnout: a examination of personal, professional and organizational relationship. *Medical Care* 1994; 32:745-54.

140. R. Ferrer. Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)* 2002 (Oct 19); 119(13):495-6.

141. H. Freudenberger. "Staff burnout". *Journal of Social Issues* 1974; 30:159-165.

142. JJ. Gervás, LM. Hernández. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Med Clin (Barc)* 1989; 93:572-575.

143. MP. Leiter, KA. Meechan. Role structure and burnout in the field of human services. *J Appl Behav Sci.* 1986; 22(1):47-52.

144. PA. Belcastro, R.S. Gold. Teacher stress and burnout: implications for school health personnel. *J Sch Health.* 1983 Sep; 53(7):404-7. PA. Belcastro, RS. Gold LC. Hays, Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teachers. *Psychol Rep.* 1983 Oct; 53(2):364-6. J.R. Malanowsky, PH. Wood. Burnout and self actualization in public school teachers. *J Psychol.* 1984 May; 117 (1st Half): 23-6.

145. H. Firth, J. McIntee, P. McKeown, PG. Britton. "Maslach Burnout Inventory: factor structure and norms for British nursing staff". *Psychol Rep.* 1985 Aug; 57(1):147-50. C. Bartz, JP. Maloney. Burnout among intensive care nurses. *Res Nurs Health.* 1986 Jun; 9(2):147-53. N. Dolan. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *J Adv Nurs.* 1987 Jan; 12(1):3-12. MA. Cano Peregrina, C. García Córdoba, E. García Ruiz, M. López Abellán, N. Parera Duarri. "¿Está 'quemada' la enfermería?: Síndrome de burnout". *Enferm Intensiva* 1996 Oct-Dec 7(4):138-46. M.E. Urbano, A.M. Salinas, E. Villarreal, M.E. Garza, M.A. de León M.T. Estada, M.G. López. Ansiedad laboral en personal de enfermería. *Aten Primaria* 1999; 23(3):116-120. E. de la Peña, E. Sanz, JC. Garrido, J. Carvajal, J. Galán, H. Herrero. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería Clínica*, 02/2002; 12:59-64. F. López-Soriano, L. Bernal. "Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria". *Calidad Asistencial* 04 2002; 17:201-205.

146. A. Caballero Martín. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria* 2001; 27(5):313-317.

MF. Serrano Gisbernt. Estrés laboral en el personal sanitario. Fisioterapia, Mong. 1 2002; 24:33-42.

147. M. Casas, A. Gual, E. Bruguera, A. Arteman, L. Padros. El programa de atención integral al médico enfermo (PAIME) del Colegio de Médicos de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2001 Dec 15; 117(20): 785-9. Cf. También el portal <http://www.paimm.net>.

148. A. Iacovides, K.N. Fountoulakis, S. Kaprinis, G. Kaprinis. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord.* 2003 Aug; 75(3):209-21.

149. J.L. Puerta, J. Rodés. ¿Pudo haberse evitado lo que le sucedió a la médico residente N.M.N.? *Med Clin (Barc)* 2003; 121(5):186-8.

150. J.J. de la Gándara Martín, A. de Dios Francos, E. de Diego Herrero, I.A. Goñi Labat, H. Hernández Herrero, J.V. Pozo de Castro. Factores psicosociales en la úlcera duodenal. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1994 Mar-Apr; 22(2):71-6.

151. B. Perlman, EA. Hartman, J. Bosak. A study of mental health administrators and systems utilizing a four-part rural/urban taxonomy. *Community Ment Health J.* 1984 Fall; 20(3):202-11. B. Perlman, E.A. Hartman. The community health care administrator project: characteristics and problems of rural administrators. *J Ment Health Adm.* 1983 Spring; 10(1):15-8. EA. Hartman, B. Perlman. Work and nonwork satisfaction, intention to leave and turnover of mental health administrators. *J Ment Health Adm.* 1981 Spring; 8(1):30-2.

152. C. Maslach, S. Jackson. The measurement of experienced burnout. *J Occup Psychol* 1981; 2:99-113. C. Maslach, SE. Jackson, MP. Leiter. *The Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996. C. Maslach, M.P. Leiter. *The truth about burnout.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997. M.P. Leiter, C. Maslach. *Preventing Burnout and Building Engagement: A Complete Program for Organizational Renewal.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2000.

153. J.A. González, F. Borrell, S. García. Satisfacción de los profesionales de la salud en un distrito de atención primaria. VII Jornadas sobre optimización de los servicios sanitarios. Barcelona: EADA, 1992.

154. Cf. Diego Gracia. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:18-23. D. Gracia. Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2001; 4(2):223-232. D. Gracia. La deliberación moral. *Boletín de la Academia Chilena de Medicina* 2001; 38:29-45.

155. M. Perl, E. Shelp. Psychiatric consultations masking moral dilemmas. *N Engl J Med* 1982; 307:618-621.

156. D. Barnard. Love and Death: Existential Dimensions of Physicians' Difficulties with Moral Problems. *The Journal of Medicine and Philosophy.* 1988; 13:393-409.

157. Sigmund Freud, *Obras Completas.* Madrid, Biblioteca Nueva, Vol III, 1968, p. 503.