

# EL SÍNDROME DEL BURN OUT

**Pedro T. Sánchez Hernández, Cristina Corbellas Solanas  
y Marilena D'Ambrá**

**Unidad de Psicología Clínica.**

**Consortio Hospital General Universitario. Valencia**

## INTRODUCCIÓN

Burn-Out, Comunicación y Cáncer, son términos que en apariencia nos puede parecer que tienen poco en común. Sin embargo, como iremos desgranando en el presente capítulo se enlazan a través de aspectos relacionales hasta compartir unas bases comunes y complementarias. Somos conscientes de que en este tema no existe una visión unitaria, algunos autores ponen el énfasis en las características psíquicas de los sujetos y en su vulnerabilidad individual. Otros autores inciden en la forma organizativa como punto clave en su desarrollo y por último, otros puntúan el estrés crónico como la pieza básica del proceso.

Cuando analizamos un proceso tenemos el hábito de pensar en él como la suma de diferentes variables. Basándonos en la metodología científica que se fundamenta en su aislamiento para su posterior análisis y estudio, por ejemplo en el laboratorio. Sin embargo, cuando intentamos comprender el desarrollo de un fenómeno relacional necesitamos obtener en primer lugar una visión de conjunto (del sistema), para poder analizar después las diferentes interacciones que se producen en dicho contexto y que vendrán marcadas por su complejidad. Como regla general, se afirma que cuanto mayor sea la diferencia observada entre la suma de las variables y el resultado de la operación, tanto mayor será la complejidad del sistema que estudiamos. Un ejemplo claro de complejidad en el campo de la biología, lo podemos encontrar en el comportamiento de las hormigas, en el que la observación individual por separado no nos permite predecir su comportamiento cuando interactúan con la colonia.

Siguiendo esta línea de pensamiento creemos que muchos de los fenómenos relacionales que observamos en el contexto oncológico en nuestra vida cotidiana, nos pueden parecer como inexplicables o incomprensibles en la medida en que los aislemos del ámbito en el que están teniendo lugar. Cualquier comportamiento específico de un paciente o de un oncólogo está marcado tanto por sus peculiaridades individuales como por el tipo de relación establecida y el contexto organizacional. Por ello, si ampliamos nuestro conocimiento sobre el comportamiento para incluir la relación y el contexto en el que se desenvuelve la acción, nuestra visión se desplazará necesariamente desde el estudio deductivo de la persona (motivaciones, pensamientos, sentimientos) al estudio de las manifestaciones observables de la interacción (lo que comunica con su comportamiento).

La comunicación es el vehículo observable de la interacción humana, se denomina pragmática al estudio de la relación entre comunicación y comportamiento, tanto en sus aspectos verbales como no verbales. El pensamiento sistémico que está en la base de nuestro análisis, parte del convencimiento de que siempre que dos o más personas entran en interacción, se inicia un proceso de intercambio de información, ya sea verbal o no verbal, implícita o explícita, proceso que denominamos comunicación. Esta comunicación o intercambio de información no puede ser nunca lineal ni unidireccional pues afecta a cada uno de los participantes que a su vez retroalimentan a los demás, de forma que la comunicación siempre es un proceso circular. En este mismo sentido el comportamiento tiene una propiedad absolutamente básica, cual es la de que no existe el no comportamiento y por tanto nos es imposible no comunicar.

Aunque en teoría podríamos establecer una infinidad de tipos de relación con los pacientes, con los compañeros y con la organización, en la práctica las posibilidades se van reduciendo paulatinamente a unas pocas. Esto sucede por la dinámica establecida por nuestra concepción de cómo debe ser la relación. De hecho la relación que establecemos con un paciente, se basará tanto en nuestra actitud como en la suya. Estas actitudes no son espontáneas sino que proceden de los esquemas previos aprendidos con la experiencia en este contexto. Estos esquemas además serán los mismos que utilizemos para clasificar, interpretar, evaluar y asignar significado a lo que sucede en la relación.

Por tanto, a partir del inicio de una interacción concreta, solamente la convergencia de los esquemas de relación de cada uno de los participantes (sea oncólogo / paciente / familiar), para encontrar elementos complementarios pueden hacer factible el mantenimiento de un tipo determinado de relación. El conjunto de capacidades e intereses para poder desarrollar una

relación complementaria en el contexto oncológico ha sido recogido en el concepto de Habilidades de Paliación.

Cuando nos planteamos examinar un comportamiento concreto dentro de una relación ya establecida, nuestro análisis se debe desplazar desde los planteamientos iniciales de los participantes hacia la organización o estructura de la relación misma, cambiando nuestro marco de investigación desde lo personal a lo relacional, y es justamente en este contexto de interacción donde lo que dicen y hacen los participantes puede adquirir todo su significado y valor.

Es por último dentro de esta urdimbre de relación / comunicación donde puede aparecer el Burn-Out, un síndrome que hunde sus raíces como veremos en el propio carácter del profesional, en el tipo de relación que se establece con los pacientes (ámbito asistencial) así como con la organización (ámbito laboral / institucional), y en el estrés soportado, ejes que son asimismo los referentes de la adaptación personal al trabajo.

## **BREVE HISTORIA Y DESCRIPCIÓN DEL BURN-OUT**

En la actualidad la expresión “estar quemado” se ha popularizado y extendido a muchos ámbitos diferentes. De hecho se utiliza el término “quemado” para referirse a un amplio abanico de situaciones o relaciones que generan malestar o desazón, pudiendo así estar uno quemado: con los hijos, con el vecino o con el médico, pero también con el trabajo, con la televisión o con el equipo de fútbol. Aunque el síndrome del quemado lleva relativamente poco tiempo entre nosotros, lo hemos adoptado en nuestro lenguaje cotidiano como si lo conociéramos de toda la vida.

Sin embargo, en su inicio, el término Burn-Out buscaba describir un problema muy concreto en un contexto acotado. Parece ser que el término fue utilizado inicialmente por Freudenberg, quien en 1974 observó en el contexto de una clínica para toxicómanos de Nueva York, cómo la mayoría de los voluntarios que allí trabajaban sufrían con el tiempo una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento con síntomas de ansiedad y agresividad con los pacientes. Freudenberg incluía en su definición de Burn Out además del agotamiento, la sensación de fracaso por sobrecarga.

Por esas fechas (1976), Maslach investigando lo que ella denominaba como la pérdida de responsabilidad profesional, términos con los que pretendía no prejuzgar la existencia de un

trastorno psicopatológico, centró el padecimiento del síndrome exclusivamente en individuos que trabajan con personas en tareas de ayuda, definiendo como puntos clave en su aparición además del estrés la aparición del agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización. Posteriormente otros muchos autores, plantearían una ampliación del concepto para incluir el agotamiento físico producido por una implicación excesiva y continuada en el trabajo.

Hoy en día se reconoce este síndrome como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal y como accidente laboral. Sin embargo, el Síndrome del Burn Out no aparece en las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades (CIE-10, DSM-IV) pues no se considera un Trastorno o Síndrome Psicopatológico, por lo que no contamos con una definición basada en criterios estrictos internacionalmente reconocidos. Además encontramos diferentes modelos explicativos y aproximaciones teóricas que puntuando la importancia de las diferentes variables involucradas generan definiciones sutilmente diferentes.

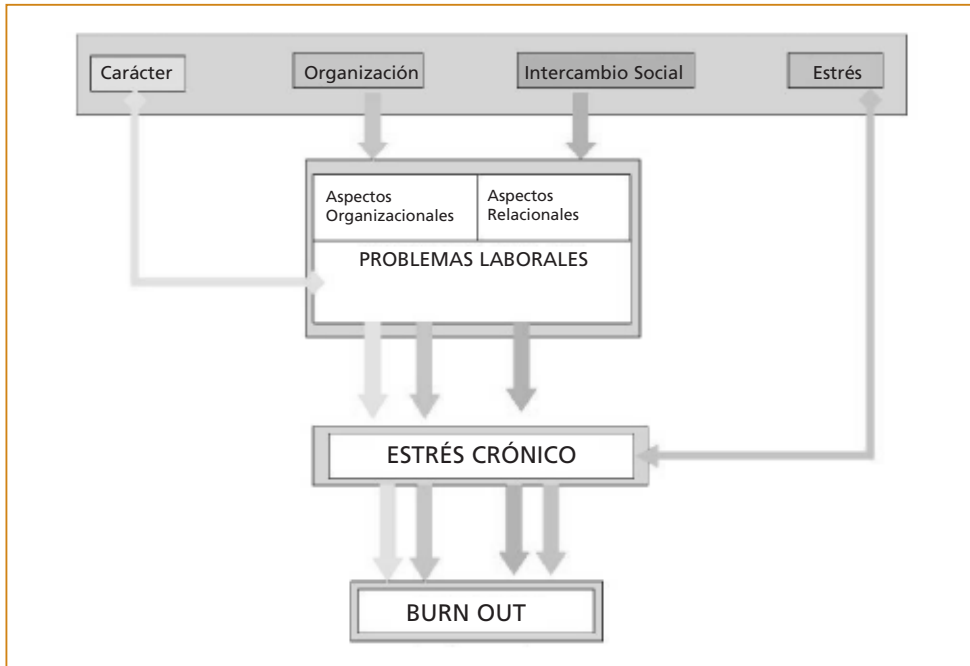
Una definición actual del Burn Out debería contemplar la existencia de los siguientes factores que facilitan / dificultan el proceso:

- Personal (carácter).
- Laboral, en sus dos vertientes (relacional / organizativa).
- Más la existencia de un estado de Estrés Crónico sin el cual no aparece el Burn Out.

Para intentar realizar una aproximación sencilla y clara al concepto de Burn Out, sin entrar en una evaluación específica de cada uno de los modelos y de las teorías que los sustentan, hemos optado por una presentación global del proceso analizando los tres niveles (personal, laboral, estrés) que parecen intervenir en su desarrollo (figura 1). El Burn Out es pues a nuestro entender, el resultado complejo de la interacción de los procesos que se generan en cada uno de los niveles, cuando se entrelazan y potencian mutuamente.

Resumiendo podríamos decir que en nuestra opinión el “Burn Out” o “Síndrome del Quemado” podríamos encuadrarlo como un tipo específico de trastorno por agotamiento generado en el ámbito laboral. Que se caracteriza básicamente por la presencia de un estado de intensa frustración, apatía, agotamiento, despersonalización y pérdida de interés por las relaciones interpersonales, con el consiguiente distanciamiento emocional del propio trabajo.

Figura 1. Procesos implicados en el Burn Out.



## FACTORES EN EL BURN OUT

### 1. Los factores personales en el Burn Out: El carácter

Aunque muchas veces se utiliza los términos Carácter y Personalidad como sinónimos, para nosotros reflejan diferentes niveles, de hecho la Personalidad engloba al Carácter. Cuando hablamos del Carácter de una persona nos estamos refiriendo al conjunto de aptitudes y actitudes tanto heredadas como aprendidas en su experiencia personal, incluyendo la imagen que uno tiene de si mismo (self).

En la literatura aparecen una serie de características personales (cuadro 1) que se presuponen favorecedoras en cierta medida en el desarrollo del Burn Out. Estas características funcionarían incrementando el desajuste entre sus expectativas personales y la realidad laboral, desbordando las necesidades afectivas de la persona y generando por ello problemas de adaptación.

### Cuadro 1. Características personales citadas.

- Elevada Motivación por las tareas a desarrollar. Más que como un trabajo la labor se vivencia como una Vocación.
- Creencias y Valores muy firmes, llegando a ser rígidos.
- Perfeccionismo y autoexigencia sin límite.
- Autoestima negativa.
- Dificultad en establecer Relaciones Interpersonales Afirmativas.
- Implicación Emocional en las tareas no por los demás sino como un desafío o necesidad personal.

Algunas de estas características merecen dedicarle unas líneas para su mejor comprensión y clarificación. La elevada motivación en el desarrollo de las tareas que presenta el trabajador, genera ante los demás una imagen de altruismo o idealismo, confundiendo el rol profesional asistencial (de ayuda a la persona que sufre), con la visión de un voluntario desinteresado (quien ayuda esperando como única recompensa el gozo del alivio producido). Nos encontramos pues ante un deseo que se convierte en necesidad y urgencia, en ansia por actuar, por hacer las tareas con energía y tenacidad. Por ello a menudo les resulta difícil mantener un equilibrio entre los aspectos positivos de estas expectativas y sus aspectos neuróticos.

Nuestro sistema de creencias y de valores nos permiten realizar una valoración individual, nos informan sobre lo que es lo importante y lo secundario, lo bueno y lo malo, nos permiten tomar decisiones estableciendo un balance entre nuestros sentimientos y nuestros pensamientos, entre lo nuestro y lo ajeno que es la realidad en la que vivimos. Cuando las creencias y los valores se vuelven rígidos con frecuencia entran en conflicto con los requerimientos que nos exige el trabajo en colaboración. Es fácil obviar otros valores como la tolerancia, la flexibilidad o el respeto, pasando de la ayuda al paternalismo, del yo se que es lo mejor para ti. Y colisionando, con el paciente o con sus familiares, con los compañeros o con la organización.

La Autoestima Negativa y el Perfeccionismo aparecen tan unidos que muchos autores consideran que el perfeccionismo y la autoexigencia forman parte de ese tipo de autoestima. La autoestima es el concepto con el que designamos al conjunto de percepciones, sentimientos y comportamientos que tenemos hacia nosotros mismos. No se considera que exista una autoestima neutra, por lo que debe ser positiva o negativa (también denominada desestima). La autoesti-

ma es el resultado del aprendizaje sobre uno mismo en relación con los demás, por esto mismo la persona con una autoestima negativa tiende a relacionarse con los demás desde una óptica negativa, trasladando su propia imagen de insatisfacción, crítica, sentimientos de culpa, hostilidad latente... Sin embargo aunque sea un concepto que tiende a permanecer estable a partir de determinada edad, puede estar sujeta a fluctuaciones, y por supuesto se puede mejorar. Por otra parte, la afirmación es un concepto en ambas direcciones que engloba las actitudes que implican la aceptación, el aprecio y la atención. La dificultad de establecer con los demás unas relaciones interpersonales afirmativas procede de las propias dificultades para aceptarnos, para apreciarnos tal y como somos, para atendernos en nuestras necesidades y debilidades.

Consideradas pues en su conjunto estas características personales hasta aquí descritas, creemos que son un caldo de cultivo, una potencialidad, que por sí mismas no llevarían necesariamente a la aparición del Burn Out. Sin embargo, unidas a unas condiciones laborales negativas pueden propiciar con claridad su aparición, en la misma medida que para que nos toque el premio en una rifa acumulamos boletos.

## **2. Los factores laborales en el Burn Out**

Las organizaciones laborales son sistemas sociales, por lo que debemos considerar que los riesgos psicosociales son de alguna manera intrínsecos al ejercicio mismo del trabajo, sin bien su frecuencia e intensidad variarán en función de la estructura de la organización y de la calidad de las relaciones interpersonales que se desarrollen en el entorno laboral.

En el informe sobre la Salud en el Mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y los procedimientos para su mejora. Se enfatiza la necesidad de cuidar los recursos humanos de las organizaciones, según la O.M.S., los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia. El informe también recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. Esa gestión debe considerar como variables fundamentales la satisfacción de los profesionales con el salario y con las condiciones de trabajo.

Las condiciones de trabajo de los oncólogos tienen una influencia significativa no solamente sobre su calidad de vida laboral sino esencialmente también sobre la calidad del servicio que ofrecen. De igual manera las actitudes que desarrollan los oncólogos hacia los usuarios y el servicio que ofrecen no están disociadas de los riesgos laborales de su entorno, considerándose de especial relevancia los riesgos de origen psicosocial debido a que trabajan en continua inter-

acción con personas “enfermas”. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, se considera que el estrés laboral y el síndrome del Burn Out ocupan un lugar destacado, siendo las principales causas de accidentabilidad y absentismo.

En cualquier caso, este trastorno no parece afectar por igual a toda la población laboral, siendo los grupos con riesgo más elevado por este orden: los profesionales sanitarios, de la educación, los profesionales sociales y las fuerzas de seguridad. Respecto a los oncólogos, las cifras que se manejan de Burn Out en algún momento de la vida laboral son muy dispares (entre el 16 y el 66%), sin embargo hablamos de estudios de escasa entidad poblacional, con diferentes planteamientos conceptuales, y cuya extrapolación al contexto de nuestro país plantea más interrogantes que luces. Una cuestión relevante en este sentido, sería aclarar que parte de la posible correlación mostrada entre ciertas dificultades en la comunicación y el agotamiento emocional, tienen que ver con el estrés y que parte con el Burn Out.

### **2.1. Los factores laborales en el Burn Out: La relación**

Las relaciones en el contexto oncológico se caracterizan en general por la existencia de un trato directo y continuado con los pacientes / familiares, el manejo de una relevante cantidad de información no siempre positiva y la necesidad de comunicar esa información ajustándola a criterios como el de “verdad soportable”. Todos estos factores obligan al oncólogo a estar en contacto casi cotidiano con un sufrimiento que no siempre es posible elaborar. Por otra parte, las expectativas profesionales y sociales, están marcadas en la actualidad por conflictos en el rol profesional y por un creciente cuestionamiento de la valoración social, lo que supone un claro incremento de la complejidad de la relación / comunicación asistencial.

### **Cuadro 2. Características relacionales citadas.**

- Trato cada vez más complejo con el paciente / familiares.
- Relaciones conflictivas con algunos pacientes / familiares.
- Incremento de la Presión Asistencial. Escaso tiempo para la relación.
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias. Relaciones tensas o competitivas entre compañeros.
- Conflictos en el rol profesional.
- Cuestionamiento de la Valoración Social.



En la literatura encontramos una serie de características relacionales (cuadro 2) que se presuponen favorecedoras en cierta medida en el desarrollo del Burn Out. Estas características funcionarían favoreciendo el desajuste entre las expectativas profesionales y la realidad laboral, generando dificultades en la adaptación.

Los profesionales sanitarios implicados en la atención oncológica nos encontramos en la actualidad dentro de un proceso de rápido cambio en los referentes culturales del cáncer. Toda una serie de circunstancias, quizás puntuales, se entrelazan en la actualidad para acelerar este proceso cuyo final resulta difícil vislumbrar.

Por una parte, nos encontramos con un cuestionamiento cada vez mayor de la valoración social, con los conflictos de Rol profesional que ello implica. Del proceso seguido por los profesionales de la educación (como ejemplo, puesto que son junto a los profesionales sanitarios los más afectados por el Burn Out) podemos aprender como el mantenimiento de la estima social de un valor tal como "Educar", no implica necesariamente el mantenimiento de la valoración social del profesional que se dedica a desarrollarlo. Así en nuestro entorno social hemos pasado de la apreciación del Maestro como una figura social clave (concepto de autoridad), a la valoración actual del profesor que a menudo parece ser escasa. En esa disminución de la valoración, que de alguna forma también está ocurriendo con el médico (siendo de momento mucho más evidente en la atención primaria), influyen de manera notable cuatro factores:

1. **La divulgación de la información.** El acceso a cualquier información incluida la más especializada es cada vez más rápido y sencillo. Otra cuestión diferente es lo que se entiende o capta de esa información. Pero la impresión generalizada es que a través de las nuevas tecnologías cualquier persona puede informarse específicamente con conocimientos que antes estaban reservados a los expertos o eruditos.
2. **La dificultad creciente de estar al día** en cualquier materia. Teniendo en cuenta la enorme producción de literatura científica y de divulgación, que en la actualidad está disponible de forma cada vez más inmediata. Estar al día en cualquier campo nos requiere la necesidad de dedicarle una gran cantidad de esfuerzo y tiempo personal. Esta necesidad de formación continua que no siempre es suficientemente valorada y remunerada por parte de las organizaciones, genera a veces la paradoja de que paciente o familiar pueda en un aspecto o patología, presentar noticias recién publicadas o una información exhaustiva independientemente de su valor o validez científica.

3. **La expectativa** cada vez mayor, fomentada por los medios de comunicación del poder (supuesto) **de la medicina**, a través de la perspectiva de que la enfermedad ya no tiene sentido y que siempre debe tener una cura. Por esto la única muerte entendible en nuestra sociedad es aquella que se produce de forma accidental, atribuyendo el resto a un fracaso no ya de la medicina sino del Hospital o a una incapacidad personal del médico. Es precisamente en esa visión de frustración frente al fracaso donde podemos encontrar la raíz de muchas actitudes denominadas de conflicto por parte de los pacientes o de las familias, olvidando que la enfermedad exige buscar formas continuas de colaboración.
4. **El incremento creciente de una valoración social llamémosle “economicista”** de la actividad profesional, de forma que el valor de algo se mide por su coste / ganancia. Un parámetro en el que la calidad asistencial queda mediatizada cuando no relegada a factores coyunturales de los grandes parámetros macroeconómicos y estructurales.

Por otra parte, las relaciones con los compañeros de trabajo son a menudo una fuente importante de conflicto, especialmente cuando van ligadas a la percepción de una falta de equidad en el trato o al sentimiento de competitividad. Uno de los factores cruciales en ambas percepciones ha sido asociado a la excesiva presión asistencial. La presión asistencial de un equipo es un estresor importante, por cuanto disminuye el tiempo de relación entre sus miembros (disminuyendo la comunicación y la confraternización), incrementa la aparición de tensiones dentro del grupo y aumenta la susceptibilidad frente al trato recibido no sólo de parte de los superiores jerárquicos sino de los compañeros en particular.

### **2.2. Los factores laborales en el Burn Out: La organización**

Las organizaciones laborales son sistemas socioculturales que crean una estructura, pero que además con el tiempo inculcan a sus trabajadores una cultura y un clima relacional. Determinadas por estos factores estructurales se desarrollan también lo que podemos denominar la salud organizacional y las disfunciones en el rol profesional. En la literatura encontramos una serie de características organizacionales (cuadro 3) que se presuponen favorecedoras en cierta medida en el desarrollo del Burn Out.

La tendencia natural de las organizaciones en la medida que se van haciendo más grandes es a estructurarse y jerarquizarse. Esta propensión a desarrollarse de forma piramidal, suele ir acompañada de un incremento de la burocracia que con el paso del tiempo tiende a profesionalizarse y volverse cada vez más rígida. Dentro del sector sanitario las expectativas de llegar a

### Cuadro 3. Características organizacionales citadas.

- Estructura muy jerarquizada y rígida.
- Burocracia Profesionalizada.
- Falta de Coordinación entre Equipos.
- Falta de desarrollo profesional.
- Desigualdad percibida en la gestión de los Recursos Humanos.
- Falta de reconocimiento.

ser un profesional competente y de ser reconocido como tal, se basan necesariamente en el binomio de saber lo que hay que hacer y poder hacerlo.

Sin embargo, la capacidad de hacer en las organizaciones sanitarias está cada vez más determinada por factores externos al criterio clínico personal: procesos protocolizados, control del gasto, práctica "defensiva", etc. Lo clínico que en otros tiempos era ensalzado y considerado como una mezcla "mitad ciencia mitad arte", se transforma cada vez más en un proceso mecánico y tecnológico, donde las iniciativas y la autonomía personal tienden a reducirse y diluirse.

Esta presión estructural está generando la necesidad de dedicar un esfuerzo cada vez mayor a las tareas de gestión. Desarrollando un énfasis quizás excesivo sobre lo que las condiciones del contexto en el que se desenvuelve la actividad asistencial permiten hacer, obviando por tanto, todo aquello que el saber aprendido incluso por experiencia nos dice se podría hacer.

### **3. El estrés crónico como factor en el Burn Out en Oncología**

En los últimos años se ha planteado la posible existencia de una tipología específica de estrés que afectaría a los trabajadores sanitarios que están en contacto con los pacientes oncológicos, especialmente en la medida que asisten a los pacientes terminales. Para investigarlo se ha propuesto (siguiendo la analogía con la evolución en los propios pacientes y familiares) la hipótesis de una vía que se iniciaría en el estrés, seguiría con el distrés y terminaría en el Burn Out.

Enfrentarse a la enfermedad y a la muerte de forma casi cotidiana es una experiencia muy dura. Posiblemente muchas de las personas que empiezan a trabajar con estos temas presentan de entrada un elevado nivel de ilusión, pero también es probable que algunas no están realmente preparadas para aceptar el empeoramiento y la muerte de un paciente con el que han com-

partido su ilusión y su esperanza. La muerte del paciente podría ser vivenciada así como una derrota, que es necesaria olvidar y de la que deben alejarse lo más pronto posible. En algunos casos al plantear de esta manera los procesos terminales y la muerte, se consigue transformar la impotencia y la responsabilidad de lo que hemos hecho o dejado de hacer en culpa. Una impotencia (culpa) que no debe ser considerada nunca como algo personal pues aparece como inherente a nuestra condición humana. Pues nos enfrenta a nuestros límites, a nuestra vulnerabilidad innata.

Cuando estudiamos los costes psicológicos que suponen el acercamiento cotidiano a los procesos de la muerte, el concepto que más se repite en la literatura de referencia es el de distrés. Sin embargo el distrés es un concepto genérico (se refiere a un estrés percibido como negativo) y en cierta medida ambiguo, en el que se mezclan la angustia, la intranquilidad y el malestar. Desde su formulación por Hans Selye dentro de su Teoría sobre el Estrés, el concepto psicológico de distrés ha ido ampliando y desdibujando su significado hasta distanciarse en mucha medida de su concepción original. En su sentido originario el "Distress" contemplaba la connotación negativa de la tensión, por su duración o por su intensidad, ya fuera en el plano físico o en el psicológico. Y planteaba una oposición frente a la connotación positiva o adaptativa del estrés que se denominaría "Eutress".

**El estrés crónico podría ser considerado pues en este sentido como distrés.** El estrés crónico se muestra como un trastorno que tiende a generar un agotamiento generalizado. Los síntomas que habitualmente comienzan en un nivel físico seguirán un proceso de extensión psicológica (similar al proceso de la ansiedad) que constituye en un primer momento una respuesta adaptativa, un intento de la persona de enfrentarse a una continua situación de frustración y fracaso que aparece como imposible de resolver. Sin embargo, el concepto de Burn Out, no es un simplemente un proceso de estrés o distrés, ni siquiera crónico. Este síndrome se entiende como un síndrome de agotamiento más que como de adaptación. Esta distinción es muy importante a nivel conceptual porque interpreta de manera diferente las causas y las consecuencias. El Burn Out entendido como síndrome de agotamiento se manifiesta como una patología psicológica individual que se caracteriza por la pérdida de interés, de las capacidades y de las emociones.

La pérdida de interés o anhedonia, implica ante todo perder la capacidad de disfrutar de aquello que nos gustaba, significa también una dificultad para orientar el propio deseo, incluso pudiendo llegar a un bloqueo emocional que genera un incapacidad para dar un significado a lo que se está viviendo. La disminución de las capacidades cognitivas se refleja primariamente

en las dificultades para mantener la atención o los repetidos fallos de memoria, así como en experiencias de despersonalización y desrealización. Estas dificultades cognitivas están totalmente ligadas a un proceso emocional, una pérdida del sentimiento de autocontrol, o un distanciamiento mientras percibe su vida desde fuera como el espectador de una película.

## FASES O ESTADIOS EN EL BURN OUT

Como el Burn Out es un proceso, se supone la existencia de diferentes fases en su desarrollo, fases que aún siendo continuas permiten la existencia de periodos con fluctuaciones, se han descrito al menos cuatro estadios o fases:

1. La ilusión idealista
2. Estancamiento.
3. La frustración
4. La apatía

**La primera fase** describe el inicio del proceso que se caracteriza por la existencia de un importante nivel de ilusión / vocación, dado que el trabajador cree que posee las aptitudes para efectuar importantes cambios en su propia vida laboral y las capacidades para aportar una forma diferente de asistir a los paciente.

**La segunda fase** suele comenzar cuando las dificultades laborales son tales que la persona se siente obligada a tomar en consideración la necesidad de modificar sus propias expectativas y pretensiones. Las demandas de las condiciones asistenciales reales, obligan a la persona a tener que replantearse sus planteamientos de lo que “debería de ser” por lo que de hecho “se puede hacer”. Las carencias en los recursos personales (carácter) y en los recursos relacionales y laborales hacen que algunas personas no puedan realizar esos cambios, continuando en la insistencia de lo que “debería de ser”.

**La tercera fase**, empieza cuando se empieza a imponer la impotencia para realizar los cambios necesarios en su visión optimista ideal. La realidad que como todos sabemos es tozuda, no cambia. Esta contradicción solamente puede provocar un círculo de frustración e impotencia, que se retroalimentan como una espiral sin posibilidad de solución.

**La última fase** vendrá caracterizada por la aparición de la apatía. La apatía rompe la espiral de frustración / impotencia, incluso podríamos decir que aparece cuando el trabajador decide tirar

la toalla. Esto no significa que haya aceptado por fin la realidad, más bien al contrario la realidad ya no tiene un significado para él. Con un nivel muy elevado de apatía entramos en la definición global de Burn Out produciéndose un importante cambio a nivel de comportamiento; se trata de un comportamiento de tipo defensivo y huidizo, la persona se torna apática (figuradamente podríamos imaginarla como casi catatónica), sin intereses, sin capacidades, pero sobre todo bloqueada emocionalmente. Si mantuviera una capacidad emocional aún podría ser más idealista, con más motivación para cambiar las cosas y entonces tal vez “recuperarse”.

Nos encontramos pues ante un síndrome insidioso, del que uno se va impregnando poco a poco, que va oscilando con intensidad variable aunque siga un proceso definido. Con frecuencia nos resulta difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión, y no siempre está definida la frontera entre una cosa y la otra. La tendencia a negarlo, ya que se vive como un fracaso profesional y personal, hace aún más difícil su diagnóstico y tratamiento. Dado que los compañeros son los que primero en notar sus síntomas, su concienciación y colaboración puede representar la baza más importante para el diagnóstico y tratamiento precoz. Por otra parte hay que ser conscientes de que existe un punto de no retorno. Un momento que se ha asociado a la última fase en el que la situación es ya irreversible, algunos autores manejan cifras de que entre un cinco y un diez por ciento del personal sanitario que padece Burn Out alcanzan ese punto de corte donde la única solución parece ser el abandono de la asistencia, cuando no de la propia profesión.

Entre las profesiones sanitarias la enfermería ha sido identificada como uno de los grupos con especial incidencia del Burn Out. Debido fundamentalmente a la conjunción de una serie de características singulares. Entre las más citadas encontramos: escasez habitual de personal, trabajo por turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con el dolor y la muerte, falta de especificidad en las funciones y tareas, falta de autonomía y de autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc.

## DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL BURN OUT

El diagnóstico y evaluación del Síndrome del Burn Out tiene una gran importancia. Aunque los modelos teóricos no siempre coinciden plenamente y por tanto no existe un patrón normativo de diagnóstico, cada vez encontramos un mayor consenso a la hora de encontrar una medida de evaluación. Evaluación que se vuelve imprescindible para decidir cuando, donde y sobre quien se debe intervenir.

## **MBI**

El instrumento que en la actualidad se utiliza con mayor asiduidad, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Casi se podría afirmar que fue a partir de su elaboración cuando se empezó a normalizar el concepto de "quemarse por el trabajo", pues en su definición más aceptada coincide con el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualiza como síndrome caracterizado por baja realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización.

Según la última edición del manual (1996), en la actualidad existen tres versiones del MBI (MBI-HSS, MBI-ED y MBI-GS). El MBI-General Survey (MBI-GS) presenta un carácter más genérico, no exclusivo para los profesionales cuyo objetivo de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, ésta versión contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan baja eficacia profesional (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems). Los 16 ítems se valoran con una escala tipo Likert en la que los individuos puntúan con un rango de 7 adjetivos que van de "Nunca" (0) a "Todos los días" (6), en relación a la frecuencia con que han experimentado cada una de las situaciones descritas en los ítems. Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y cinismo, son las altas puntuaciones las que correlacionan con altos sentimientos de quemarse por el trabajo, en las subescalas de eficacia profesional son las bajas puntuaciones las que correlacionan con altos sentimientos. Además estas subescalas son independientes de las otras dos, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello no se puede asumir que la eficacia profesional sea un constructor opuesto a agotamiento emocional y cinismo.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructor de estar quemado por el trabajo como cada una de sus dimensiones son consideradas variables continuas y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los individuos por encima de 66 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 33 y el 66 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 33 en la categoría de "bajo". De este modo, un individuo que se encuentra en la categoría de "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y cinismo y "bajo" para eficacia profesional puede ser categorizado como un individuo con altos sentimientos de padecer el síndrome.

## **Ventajas e inconvenientes**

La utilización del MBI tiene la ventaja de permitir realizar comparaciones entre diferentes estudios y obtener evidencias empíricas sobre la incidencia del Síndrome. No obstante, una revisión

en profundidad realizada en los últimos años señala importantes problemas conceptuales y psicométricos de la escala. Entre estos cabe citar:

- a) La estructura factorial del modelo con fundamento teórico diferente ofrecida por el manual y la ambigüedad factorial de algunos ítems.
- b) La baja fiabilidad de la escala de Despersonalización, en especial cuando el MBI se aplica fuera de EEUU y muestras que no son de habla inglesa. Además los ítems de la escala de Despersonalización presentan valores de asimetría que exceden demasiado del criterio de normalidad (+/-1), lo que dificulta la posibilidad de mejorar psicométricamente esta escala.
- c) Los resultados obtenidos con la presentación en positivo de los ítems que evalúan Realización personal en el trabajo cuando se comparan con los resultados obtenidos con su expresión en negativo afectan significativamente a diferentes parámetros estadísticos.
- d) La falta de validez discriminante con otros conceptos relacionados (e.g. depresión).
- e) Los problemas existentes para establecer normas de diagnóstico.
- f) La creación de modelos teóricos derivados de las distintas versiones del MBI (MBI-GS, MBI-ED).

### CESQT

El "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Burnout (CESQT) se ha presentado como alternativa para resolver los problemas metodológicos y conceptuales que presenta el MBI, y ante los recientes estudios que ponen de manifiesto que los sentimientos de culpa puede ser una dimensión del Síndrome. Este cuestionario CESQT consta de 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones denominadas Ilusión por el trabajo (5 ítems), Desgaste psíquico (4 ítems), Indolencia (6 ítems) y Culpa (5 ítems). Estas dimensiones se definen de la siguiente manera:

- a) **Ilusión por el trabajo:** Esta dimensión se refiere al deseo de alcanzar metas laborales percibidas como fuente de placer y realización personal. Las bajas puntuaciones indicarían altos niveles del síndrome (e.g., "Me siento ilusionada/o por mi trabajo").
- b) **Desgaste psíquico:** Esta dimensión evalúa el agotamiento emocional y físico causado por el trato continuo con personas que presentan o causan problemas. Supone el fracaso de los recursos afectivos del individuo (e.g. "Me siento cansada/o emocionalmente en el trabajo").
- c) **Indolencia:** Esta dimensión evalúa las actitudes negativas, tales como insensibilidad, indiferencia, cinismo, etc., hacia el trabajo y hacia los pacientes de la organización (e.g., "Creo que muchos pacientes son insoportables").



- d) **Culpa:** Esta dimensión evalúa los sentimientos de culpa desarrollados por los trabajadores vinculados a la creencia de que no tienen un comportamiento positivo y adecuado en su trabajo y por la falta de éxito profesional (e.g., “Me preocupa la forma en como traté a algunas personas en el trabajo”).

Los sujetos indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem con un formato de respuesta tipo Likert de cinco grados (0 “Nunca” a 4 “Muy frecuentemente: Todos los días”). A efectos diagnósticos se considera que un sujeto ha desarrollado el Síndrome del Burn Out cuando presenta altas puntuaciones en el CESQT, excluida la escala de Culpa. Dado que las dimensiones de este instrumento son independientes, de manera que altas puntuaciones en una dimensión no conllevan necesariamente altas puntuaciones en otras (bajas en el caso de Ilusión por el trabajo), se considera un caso grave si el sujeto presenta bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e indolencia. El caso será muy grave cuando altas puntuaciones en el CESQT se acompañan de altos sentimientos de culpa.

## PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL BURN OUT

La prevención y el tratamiento de este síndrome en oncología, pasa por modificar las condiciones de trabajo en especial aquellas que afectan de manera negativa a los aspectos psicosociales del trabajo. También es importante dotar a los oncólogos de las habilidades y destrezas necesarias para la realización de las tareas de su actividad laboral. La formación es pues desde esta perspectiva un elemento clave en la prevención del Burn Out. El objetivo que se persigue con la formación especialmente en el área de comunicación / relación es conseguir un ajuste adecuado entre el individuo y el puesto de trabajo. Por ello los programas de formación se enfocan desde una triple perspectiva: Individual, interpersonal y organizacional.

A nivel Individual la intervención se puede realizar en los momentos iniciales del proceso del desarrollo del Burnout, e incluso antes de que aparezcan los primeros síntomas, ya que si se han adquirido destrezas adecuadas para manejarlo, se puede prevenir su aparición. La aparición de los primeros síntomas de frustración, pérdida de ilusión por el trabajo y desgaste emocional son indicadores que deben acelerar la intervención. Entre las intervenciones propuestas encontramos:

- Estrategias para el manejo de la respuesta cognitiva del estrés.
- Estrategias para el manejo de la respuesta fisiológica del estrés.

- Estrategias para el manejo de la respuesta motora del estrés.
- Aprendizaje del manejo de las emociones tanto las propias como las de los pacientes, familiares y otros profesionales.
- Entrenamiento en solución de problemas.

A nivel Interpersonal, sabemos que el síndrome requiere para su desarrollo la existencia de un deterioro de las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral. Si tenemos en cuenta que pasamos una gran parte de nuestro tiempo en el trabajo, hay que concluir que las relaciones interpersonales son fundamentales para el equilibrio físico y mental del individuo. Entre las intervenciones propuestas encontramos:

- Aprendizaje de las técnicas de Escucha Activa.
- Reconocimiento del buen trabajo realizado.
- Crear en el profesional necesidades y pensamientos de grupo, cooperación en el trabajo.
- Apoyo emocional, apoyo incondicional, intragrupal. Facilitar espacios comunes informales dentro de la jornada laboral.
- Participación en la realidad social del individuo, confirmándole o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto, autoeficacia y autoestima.
- Entrenamiento en habilidades sociales, o en el desarrollo de Relaciones Interpersonales Afirmativas.

A nivel organizacional son numerosos los programas desarrollados para la prevención del Burn Out, entre estos procedimientos destacan: el rediseño de las tareas, la claridad en los procesos de toma de decisiones, mejorar la supervisión, establecer objetivos claros para los roles profesionales, mejorar las redes de comunicación, mejorar las condiciones de trabajo, participación en la toma de decisiones, mejorar la autonomía, promover reuniones multidisciplinarias, etc. Es fundamental considerar el nivel organizacional, ya que el problema está en el contexto laboral y por tanto la dirección de la organización debe de desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización.

Algunas de las estrategias para la prevención de dicho síndrome que pueden ser implantadas desde la dirección de la organización son los programas de socialización anticipada, programas de retroinformación y los procesos de desarrollo organizacional. Otras estrategias que se pueden llevar a cabo son reestructurar y rediseñar el lugar de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad y mejorar las redes de comunicación organizacional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid. Síntesis. 1997.
2. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Pirámide. 2005.
3. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout : how organizations cause personal stress and what to do about it . San Francisco. Jossey-Bass. 1997.
4. OMS. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Disponible en [www.who.int/whr](http://www.who.int/whr)
5. Sánchez PT. Breve introducción a la teoría sistémica. Valencia. Promolibro. 1995.
6. Sánchez PT. Habilidades en paliación: Comunicación e información. Como dar malas noticias. En Camps C. Ed. Cuidados continuos en oncología. Madrid. You & Us. 2006.
7. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Eds. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London. Taylor & Francis. 1993.
8. Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London. Taylor & Francis, 1998.
9. Tromellini C, Occhipinti G. Eds. Eclissi di sole, dialogo con il paziente oncologico in un percorso formativo. Milano. Unicopli. 2002.