

COMENTARIO EDITORIAL

Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas

[Metadata, citation a](#)

La preocupación creciente por el desgaste profesional que sufren los médicos de familia no es casual. El llamado síndrome del *burnout* se va caracterizando cada vez más como la amenaza más seria que acecha a la salud de los profesionales al servicio de los demás. Afecta a su salud, a su calidad de vida y directamente a su rendimiento. Tiene, por tanto, serias repercusiones en la comunidad. Un médico «quemado» que tiene personas que cuidar a su cargo, difícilmente podrá actuar con los estándares de calidad que la misma sociedad está exigiendo.

No es de extrañar, pues, el debate actual, abierto tanto en los foros científicos como en instancias más políticas. En el primer caso, existen cabos sueltos que quedan por atar en este síndrome todavía oscuro por su complejidad y por la controversia existente para consensuar una definición operativa. En el otro, preocupa la importante amenaza que empieza a suponer para la sociedad su continuo crecimiento.

El artículo de Molina Siguero et al aporta nueva información que ayuda a clarificar algunos puntos de este debate y da pie a algunas reflexiones. Los datos de su trabajo son un claro exponente de que nos encontramos ante un problema real y de proporciones notables. Los estudios en nuestro medio notifican prevalencias que van desde el 25 a casi el 70% en los respondientes del artículo comentado.

Pero ¿qué es exactamente el *burnout* o síndrome de desgaste profesional? ¿Qué sabemos realmente y qué hipótesis causales y diagnósticas se manejan? ¿Sufre desgaste profesional todo aquel que puntúa alto en alguna escala del MBI? De una manera muy sucinta, vamos a intentar comentar algunos puntos candentes del tema.

Ya es un lugar común la afirmación de que el *burnout* está mal delimitado. Sabemos que existe, que es ubicuo en las sociedades avanzadas occidentales, que su comprensión es multidimensional y que es producto del estrés crónico. A partir de aquí los datos se dispersan. Maslach describe seis grandes áreas interrelacionadas entre sí, que son a la vez causa y consecuencia de cambios sociales profundos y que ayudan a comprender las causas del *burnout*: cargas de trabajo, sistemas de recompensas, capaci-

Puntos clave

- El *burnout*, a pesar de tener una difícil delimitación, existe y es ubicuo.
- Es producto del distrés crónico producido básicamente (aunque no exclusivamente) en el trabajo.
- En un constructo multidimensional donde se relacionan factores personales, organizacionales y socioculturales. Probablemente cuando hablamos de cansancio emocional todavía no hay un *burnout* establecido.
- Se implican de forma constante la falta de energía, el cansancio emocional y cognitivo.
- También se observan actitudes de cinismo y desresponsabilización, así como una claudicación personal.
- Quizá habría que agruparlo en una amplia dimensión sindrómica con otros trastornos de DSM IV y CIE 10, en la actualidad inconexos.

dad de control sobre el trabajo, apoyo social, el grado de justicia en el trato por parte de la organización y los valores. De estos factores, probablemente el elemento nuclear sea la cuestión de los valores. Los cambios sociales y la aparición de valores en alza que confrontan con otros propios de las profesiones de ayuda (p. ej., productividad, eficiencia, rentabilidad y control «cotizan al alza», mientras que el altruismo y la abnegación lo hacen a la baja) han propiciado una pérdida progresiva del sentido del ejercicio de la medicina. Este cambio sutil pero poderoso ha hecho emerger tensiones de gran magnitud en todos los individuos de nuestra sociedad y en las profesiones

cuya misión es cuidar de todos ellos, por partida doble. Esta coyuntura tiene otras repercusiones consustanciales, como los estilos de gestión que tienden a aumentar las cargas de trabajo. Este factor, la sobrecarga de trabajo y, sobre todo, la falta de tiempo por paciente, es el más implicado como causa directa de desgaste en nuestro medio asistencial. El artículo de Molina Sigüero et al confirma una vez más la estrecha asociación entre *burnout* y tamaño de los cupos y número de visitas excesivo y, en general, con malas condiciones ergonómicas.

En el estudio del *burnout* nos encontramos frente a una dificultad importante de tipo psicométrico. Como ya se ha comentado, el desgaste profesional se mide básicamente con el MBI (*Maslach Burnout Inventory*), diseñado hace más de 20 años por Jackson y Maslach y que consta de tres escalas. Sólo una de ellas, la que mide el cansancio emocional, ha demostrado un buen rendimiento, siendo las otras dos, despersonalización y realización personal, de significación y aplicación más dudosa. Estamos midiendo un fenómeno con un instrumento de medida muy sensible y poco específico que detecta básicamente situaciones de estrés emocional. Y quizá no todo el estrés emocional sea *burnout*. Esto podría explicar la discordancia en el porcentaje de prevalencias comunicadas en los diferentes trabajos en nuestro medio. Esta dificultad de delimitación lleva de cabeza a los investigadores en el tema, hasta el punto de que se están ensayando otras aproximaciones más operativas. Por ejemplo, la escala S-MBM mide tres escalas diferentes, fatiga física, agotamiento emocional y abatimiento cognitivo, sin duda conceptualmente más homogéneas. Existen otros cuestionarios, pero tienen en común que el agotamiento emocional sigue siendo el núcleo indiscutido del síndrome.

La primera intuición que se tiene al reunir las piezas fragmentadas de este *puzzle* es que el síndrome de *burnout* existe como entidad nosológica de amplio espectro, con unos síntomas que irían de los más inaparentes a los más dramáticos. De acuerdo con otros autores, incluso la misma escala del cansancio emocional tendría muchas gradaciones. Desde casos de estrés leve a situaciones de auténtica antesala del *burnout*. El primer estadio, que podría incluir a un porcentaje considerable de profesionales, según vamos constatando, podríamos llamarlo el «fenómeno del desaliento del cuidador», y no sería en sí mismo una situación patológica, sino que su nivel de análisis sería de orden sociocultural y organizacional. Estaría definido por sentimientos comunes de insatisfacción y distrés producidos básicamente por la poca armonía entre la realidad laboral que vive día a día el colectivo asistencial y las expectativas individuales, pero también por factores sociales que tensionan la vida personal y profesional ligados al cambio de valores de la sociedad, ya comentado. Este contexto es un excelente facilitador de desmotivación profesional y la puerta de entrada a un *burnout* más establecido.

En los casos más avanzados, sí que podríamos hablar del *burnout* como entidad psicopatológica. Aquí sí que estamos hablando de personas con padecimiento mental concomitante, como demuestran Molina Sigüero et al. Y las cifras, en torno al 30%, coinciden. La ansiedad y la sintomatología distímica evocan un trastorno adaptativo crónico observable desde una perspectiva laboral, pero podríamos encontrar sugestivas hipótesis en cuadros que tendrían cierto parentesco. De hecho, hay autores que han descrito casos de *burnout* en situaciones alejadas del trabajo, como atletas o matrimonios. Análogamente, a las situaciones de laboratorio que se describen en animales de experimentación como síndrome de indefensión aprendida, el *burnout* en su estadio más grave podría relacionarse con situaciones demasiado adversas para adaptarse a ellas y que tendrían serias consecuencias en el organismo, incluyendo, por supuesto, el cerebro. El distrés continuo y de alta intensidad facilitarían que los productos neurohormonales propios de la respuesta de afrontamiento provocasen cambios orgánicos y también malfunción cerebral. Un análisis celular involucraría la depleción sináptica de algunos neurotransmisores, especialmente de tipo dopaminérgico y endorfinico.

Estos fenómenos psicofisiopatológicos serían comunes a una serie de trastornos y darían lugar a una hipótesis que englobaría, en una amplia dimensión nosotóxica, lo que podríamos denominar síndrome neurasténico, caracterizado por un bajo tono hedónico, alteraciones en la calidad del sueño, el sufrimiento y embotamiento físico y psíquico, conductas de evitación, altos niveles de ansiedad y falta de energía. Todo ello se acompaña de una claudicación más o menos evidente del individuo a enfrentarse a las obligaciones y tareas diarias. Este espectro sindrómico contendría muchos de los llamados trastornos somatomorfos, ciertos cuadros depresivos en relación con trastornos adaptativos, distimias/disforias crónicas, el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, episodios de somatizaciones y, por supuesto, lo que llamamos fases avanzadas de *burnout*. Naturalmente, esta afirmación necesita de posteriores estudios, pero abre un camino sugestivo a la investigación de estas enfermedades, hoy día mal conocidas.

Queda mucho por investigar, y aquí se han mostrado caminos en los que hay que avanzar. Hay que acordar definiciones operativas que sirvan para construir instrumentos más válidos y que discriminen las con otras reacciones emocionales al estrés. Es necesario, también, identificar aquellos puntos en el sistema sanitario que ponen más en peligro la salud de los profesionales para establecer estrategias de mejora. Existe poca información sobre los costes sociales directos e indirectos que suponen tener un porcentaje tan alto de médicos con un nivel de estrés a la larga intolerable. Una última línea de trabajo sería más clínica, y debería estudiar las relaciones entre trastornos mentales y *burnout*, así como entre ésta y otras enfermedades, como la cardiopatía isquémica.

Bibliografía general

- Carlson NR. Fisiología de la conducta. 4.^a ed. Barcelona: Ariel Neurociencia, 2001.
- Hobfoll SE, Shirom A. Conservation of resources theory: applications to stress management in the workplace. En: Golembiewsky RT, editor. Handbook of organization behavior. 2th ed. New York: Dekker, 2000.
- Maslach C, Schaufeli WR, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- Moore JE. Why is this happening? A causal attribution approach to work exhaustion consequences. *Acad Manag Rev* 2000;25:335-49.
- Pines A. *Couple burnout*. New York, London: Routledge, 2000.
- Schaufeli WR, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice. A critical Analysis*. Washington, DC: Taylor & Francis, 1998.