

Síndrome de burnout en la práctica médica

Raúl Carrillo-Esper,* Karla Gómez Hernández,** Isis Espinoza de los Monteros Estrada***

RESUMEN

El síndrome del burnout es un problema cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud que repercute en su desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes. Este síndrome es una paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes. El síndrome de burnout se define como una sensación de fracaso y existencia agotada o gastada resultado de una sobrecarga de trabajo, estrés emocional y recursos personales. Se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a tener conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con la persona que atiende, lo que genera dudas con respecto a la competencia y realización profesional. El síndrome de burnout es un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional.

Palabras clave: síndrome de burnout, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a serious problem that occurs with increasing frequency in health care and that impacts the performance and quality and safety of care. This syndrome is a paradox of health care: the health professional becomes ill at the same as it heals the patient. Burnout syndrome is defined as a failure and feeling tired or worn existence result of emotional stress workload and resources. It begins with an emotional charge and the corresponding stress leads to depletion of the subject, who starts having distancing behaviors and cynicism with the person attending, creating doubts about the competence and professional performance. Burnout syndrome is a multidimensional concept, accompanied by physical symptoms and emotional components identified, which are emotional exhaustion, depersonalization and reduced professional accomplishment.

Key words: Burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, reduced personal accomplishment.

El síndrome de burnout se describió hace varios años en distintas profesiones; sin embargo, se ha observado que tiene mayores repercusiones en las distintas especialidades del área médica. La investigación de este tema en las diferentes áreas del hospital sigue siendo necesaria para establecer los criterios por los que podría diagnosticarse y qué tipo de intervención y prevención debe realizarse.¹

El síndrome de burnout describe un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Se caracteriza por tres dimensiones: *a)* cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; *b)* despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y *c)* bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional. Su prevalencia en médicos generales y especialistas es de 30 a 69%.²

Los estudios realizados en distintos hospitales refieren que la probabilidad de elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte que tiene una repercusión negativa en la vida familiar.³ La probabilidad de que el cansancio emocional sea elevado es mayor en quienes tienen más sobrecarga de trabajo. El riesgo de obtener bajos logros personales es mayor en las personas con baja satisfacción de recompensas profesionales.⁴

* Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva.

** Psicóloga adscrita al servicio de Medicina Intensiva.

*** Residente de Medicina Intensiva.
Fundación Clínica Médica Sur. México, DF.

Correspondencia: Dr. Raúl Carrillo Esper. Correo electrónico: rca-
rillo@medicasur.org.mx

Recibido: 20 de julio 2012. Aceptado: octubre 2012.

Este artículo debe citarse como: Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K, Espinoza de los Monteros-Estrada I. Síndrome de burnout en la práctica médica. Med Int Mex 2012;28(6):579-584.

www.nietoeditores.com.mx

Fue hasta muy poco que se le dio la importancia debida al síndrome de burnout, porque es la base de un número importante de quejas de los enfermos y de los profesionales de la salud y, por tanto, es relevante para la economía de la salud.²

El objetivo de este artículo es revisar el estado actual del síndrome de burnout en la práctica médica y resaltar la importancia de la prevención e intervención temprana.

Antecedentes

Como fenómeno, el síndrome de burnout ha existido en todo momento y en todas las culturas. El término apareció por primera vez en 1974, en Estados Unidos, cuando lo utilizó el psicoanalista Herbert J. Freudenberger, quien observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación laboral y agresividad con los pacientes.⁵

El síndrome de burnout o agotamiento profesional alcanzó mayor difusión a partir de los trabajos de Christina Maslach⁶ quien, en 1976, dio a conocer este síndrome en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología. Maslach refería que el síndrome de burnout era un problema cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios de salud que, después de meses o años de trabajo, éstos terminaban desgastándose, concepto que fue popularizado por Ginsburg.⁷ Al inicio, la evaluación se dirigió al desgaste físico y psicológico de trabajadores voluntarios en las organizaciones de ayuda, como: clínicas gratuitas, comunas terapéuticas, refugios para mujeres y centros de intervención en crisis. Sin mencionar explícitamente el agotamiento. Bäuerle⁸ describió el fenómeno como resultado de las experiencias en la supervisión de los trabajadores sociales de educación y sociales.

En la década de 1970 y 1980 Farber⁹ describió a las víctimas del burnout como las personas que establecían objetivos inalcanzables o eran idealistas. Por el contrario, hoy se dice que “el agotamiento se debe, en gran medida, a la presión que se tiene por cumplir las expectativas y exigencias cada vez mayores de los demás, o de la intensa competencia para ser mejor que otros en la misma organización o empresa, o para hacer más dinero, etc.”

DEFINICIÓN

El síndrome de burnout es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece

cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear.

Lo integran tres componentes:

- a. Despersonalización:** se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la distancia personal.
- b. Falta de realización personal en el trabajo:** tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.
- c. Agotamiento emocional:** combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas del burnout son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos poblacionales. Cuadro 1

Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:

1. *Psiquiátricas.* Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).
2. *Somáticas.* Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos.
3. *Organizacionales.* Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

En la actividad profesional, el médico puede tener las siguientes conductas:

1. *Ausencia de compromiso emocional:* la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. *Disociación instrumental extrema:* se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. *Embotamiento y negación:* la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout**Síntomas de alarma en la fase temprana**

- Incremento en el compromiso de sus objetivos personales y profesionales
- Agotamiento

Disminución en el compromiso

- Hacia los pacientes
- Otros en general
- Hacia el trabajo
- Incremento de demandas

Reacciones emocionales

- Depresión
- Agresión

Reducción

- Desempeño cognitivo
- Motivación
- Creatividad
- Juicio

Aplanamiento

- Emocional
- Social
- Intelectual

Reacciones psicósomáticas**Desesperación**

se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocritica.

4. *Impulsividad*: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. *Desmotivación*: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Varios de los estudios analizados señalan que los efectos negativos del agotamiento pueden aparecer no sólo en los directamente afectados, sino también en personas que les rodean. Por ejemplo, se ha demostrado que los médicos con niveles altos de burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste.

DIAGNÓSTICO

Existe una serie de instrumentos de evaluación que sirve para evaluar el síndrome de burnout; sin embargo, la prue-

ba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). Cuadro 2

En su forma original, el Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems divididos en tres escalas:

- Agotamiento emocional (9 ítems)
- Despersonalización (5 ítems)
- Realización personal (8 ítems)

¿ Depresión y ansiedad es lo mismo que burnout?

La psiquiatría, como ciencia médica, ha evitado hasta ahora abordar el fenómeno del burnout, ya sea por la difusa definición del síndrome, o porque hay una gran coincidencia entre él y establecidos diagnósticos psiquiátricos, como depresión, ansiedad o trastorno de adaptación.

Así mismo, es posible que se deba a que no existe una prueba que defina exactamente al síndrome de burnout. Como resultado, el agotamiento no se menciona en el DSM-IV y la CIE-10.¹⁰

El síndrome de burnout se asocia con un considerable sufrimiento subjetivo, problemas de salud y disminución del rendimiento o logro en el trabajo. En los últimos años se ha observado un marcado incremento en la prescripción de antidepresivos y en el ausentismo laboral relacionados con el desgaste mental. Estos fenómenos representan los efectos del burnout a nivel individual, social y laboral, lo que alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias y, de esta manera, favorecer la implantación de una política de salud pública debido a su impacto social.

Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial, se evaluó en un estudio de grupo la relación entre el agotamiento y la depresión, y entre el burnout y el concepto de "agotamiento persistente", y entre el burnout y la alexitimia (incapacidad para percibir los sentimientos en uno mismo o en otros, o para expresar con palabras).¹¹ La correlación entre el agotamiento y depresión parece ser particularmente relevante porque aquí es evidente que existe una amplia área de superposición, y el desgaste es por lo menos un factor de riesgo para depresión.¹²

En cuanto a los padecimientos orgánicos más frecuentemente relacionados con el síndrome de burnout destacan las enfermedades cardiovasculares, músculo-esqueléticas, alergias, diabetes mellitus tipo II y la hiperlipidemia. Los mecanismos neurobiológicos y psicobiológicos individuales que subyacen a los efectos físicos de agotamiento

Cuadro 2 . Síndrome de burnout, subescalas, numero de items y clasificación

	<i>Cansancio emocional</i>	<i>Despersonalizacion</i>	<i>Realizacion personal</i>
Valoracion	Fatiga emocional por demandas de trabajo	Actitud negativa hacia los pacientes	Satisfaccion personal
NUMERO DE ITEMS	9	5	8
Clasificacion:			
Grado bajo	<19	<6	>40
Grado medio	19-27	6-9	34-39
Grado alto	>27	>9	<33

son aún desconocidos. Algunos autores reportan cambios neuroendocrinos, hemostáticos e inflamación en pacientes con burnout, que no difieren de los encontrados en otras condiciones de estrés crónico, trastorno por estrés post-traumático o depresión.

Prevalencia e incidencia

El síndrome del burnout es común en la práctica médica, con incidencia que va de 25 a 60%.^{13,14,15} Thomas,¹⁶ en una muestra representativa de casi 6,000 médicos de atención primaria en un estudio aleatorizado, mostró que los médicos del género femenino tenían 60% más de probabilidad que los del masculino de manifestar signos o síntomas de desgaste.

Por lo general, la carga de trabajo se relaciona con la dimensión del agotamiento emocional. Gopal¹⁶ identificó, como factor principal para el síndrome de burnout, el número de guardias al mes, el número de horas de trabajo semanales, presentando como solución la reducción de horas de trabajo puede ser el primer paso para disminuir el desgaste del residente.¹⁷

De las manifestaciones de burnout laboral evaluadas en un estudio, destacaron en 12.4% cefalea, 10.2% alteraciones del sueño y 10.2% cansancio. Es decir, cerca de 30% de los trabajadores tiene algún síntoma psicosomático debido a las condiciones laborales.¹⁴

Tratamiento y prevención

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. Si es leve, las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz,¹⁸ el tratamiento debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés

- Recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.

Si la manifestación del síndrome de burnout es grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia.

Para evitar el síndrome de burnout, además de los enfoques mencionados, las medidas principales son las relativas a la promoción de la salud en el trabajo, la introducción de modelos de tiempo de trabajo y la puesta en práctica de las sesiones de supervisión. Esto trae a colación un componente social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que lleve a cambios en el mundo del trabajo en términos de la humanización.

Para la reducción de los efectos de la tensión y prevención del síndrome burnout se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en los hallazgos de los cuestionarios administrados: a) reconocimiento de burnout, b) comunicación, c) relajación, y d) estrategias de afrontamiento.²⁰

Esto implica reconocer la existencia del síndrome burnout y los factores asociados. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año en el control pre-vacacional con el fin de detectarlo y buscar sus causas. Es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a prejuicios o porque no tiene conciencia del burnout que está padeciendo.

La mayoría de los autores considera al síndrome de burnout un proceso continuo. Existen otros que consideran en la evolución del síndrome una serie de fases que coin-

Cuadro 3. Incidencia de burnout en diferentes profesiones según el índice de Maslach

<i>Estudio</i>	<i>Profesion</i>	<i>Burnout</i>
Deckard et al (1994) ²¹	Médicos	50%
Pines et al (1981) ²²	Diversos	45%
Henderson (1984) ²³	Médicos	30-40%
Jorgensen (1992) ²⁴	Enfermería	39%
Maslach et al (1982) ²⁵	Enfermería	20-35%
Kyriacou (1980) ²⁶	Profesores	25%
Smith et al (1984) ²⁷	Bibliotecarios	12-40%
Price et al (1994) ²⁸	Policía y sanitarios	20%
Rosse, Jonson y Crow (1991) ²⁹	Policía y sanitarios	20%
García-Izquierdo (1991) ³⁰	Enfermería	17%

ciden, en gran parte, con las propuestas de Cherniss.¹⁹ El hecho de que el cuestionario de Maslach mida los estadios de burnout en ausente, leve, moderado y severo, facilita la intervención terapéutica y permite programar actividades de prevención en el personal de salud. En concordancia con otros investigadores pueden diferenciarse las tres fases del síndrome burnout que permiten realizar diferentes tipos de intervenciones de acuerdo con la fase evolutiva de cada una.¹⁷

- a. Fase de estrés laboral: ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos y materiales; hay un exceso de demanda y escasez de recursos que ocasionan estrés.
- b. Fase de exceso o sobreesfuerzo: el sujeto reacciona emocionalmente al desajuste mediante un sobreesfuerzo que motiva la aparición de síntomas emocionales, como: ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión, signos y síntomas laborales, como la aparición de conductas egoístas, se siente ajeno a su trabajo o a su vida, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales, falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo.
- c. Fase de enfrentamiento defensivo: cambio de actitudes y conductas para defenderse de las tensiones; así el sujeto aparece emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, reacciones de huida o retirada, mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, más ausentismo laboral y actitudes cínicas y negativas en la relación y trato con los pacientes. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás por sus problemas.

El proceso de comunicación con otros compañeros de trabajo que están en la misma posición y que padecen los mismos síntomas permite obtener consejos para reducir al mínimo el resentimiento y la presión emocional que se acumula por la naturaleza del trabajo o de la carencia de contacto con otros profesionales con los que pueda compartir en el ambiente laboral.¹⁸ Pueden programarse reuniones terapéuticas de grupo para trabajar los sentimientos encontrados, resentimientos, malos entendidos y mejorar la comunicación entre los compañeros de trabajo.

Los profesionales de la salud están en mayor riesgo de experimentar comportamientos relacionados con el burnout porque la práctica médica está sometida a un elevado nivel de tensión, autodemandas excesivas, dependencia, depresión, frustración, fatiga, abuso de sustancias ilícitas o del alcohol, todo para aliviar el dolor psíquico.¹⁹

Deben buscarse formas de relajación mediante la diversificación de actividades no relacionadas con la práctica médica; también deben tener periodos de descanso vacacional.¹⁶ Es necesario hacer frente al síndrome de burnout mediante la reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación. Es importante el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida, buenos hábitos de sueño, conformar equipos de colegas para atender la excesiva carga de atención de pacientes y habilidades sociales para no sobrecargar su agenda.

CONCLUSION

El síndrome de burnout tiene una elevada prevalencia y repercute significativamente en el desempeño laboral del personal de salud. Su identificación temprana y oportuna y la implantación de un programa para prevención y tratamiento es prioritario en las instituciones dedicadas a la atención médica.

REFERENCIAS

1. Shanafelt T, Sloan T. The wellbeing of physicians. *Am J Med.* 2003;114:513-519.
2. Molina Siguero A, García Pérez M, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomor-

- bilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 2003; 31:564-574.
3. Escribà-Agüir, V Artazcoz, L Pérez-Hoyos, S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *burnout* en médicos especialistas. *Gac Sanit* 2008;22:1-3.
 4. Mingote J, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuesta de prevención. *Med Clin* 2004; 123:265-720.
 5. Freudenberg H: Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974; 30:159-65.
 6. Maslach, C y Jackson, S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2 1981;99-113.
 7. Burisch M: Das Burnout-Syndrom. 4th edition. Heidelberg: Springer, 2010.
 8. Bäuerle D: Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. *Neues Beginnen* 1969; 21 ff.
 9. Farber BA: Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56: 589-94.
 10. Kaschka, W Korczak, D Broich K. Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108 146.
 11. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results of Finnish Health 2000 Study. *J Affect Dis* 2005; 88: 56-62.
 12. Nil R, Jacobshagen N, Schächinger H. Burnout-eine Standortbestimmung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2010; 161: 72-77.
 13. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 1263–1269.
 14. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69:329-334.
 15. Keller KL, Koenig WJ. Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1989;18:42-47.
 16. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292:2880–2889.
 17. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005;165: 2595–2600.
 18. Hillert A, Marwitz M: Die Burnout. Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? München: CH Beck, 2006.
 19. Cherniss C: Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger, 1980.
 20. Quiroz, R Saco, S.: Factores asociados al Síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC*, 1999.
 21. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationship. *Medicine Care*, 1994; 32: 745-754.
 22. Pines A., Aronson E. y Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: Free Press, 1981
 23. Henderson (1984). Physician burnout, hospital physician. 20-28
 24. Jorgensen Dick M. Burnout in doctorally prepared nurse faculty. *J Nurs Educ* 1992;31:341-6.
 25. Jackson SE, Maslach C. Burnout: A concept in need of refinement. Paper presented at the Meeting of the American Psychological Association . Washington. 1982.
 26. Kyriacou G. Stress, health and schoolteachers; a comparison with other professions. *Cambridge Journal of Education* 1980;10:154-159.
 27. Smith NM, Birch NE, Marchant MP. Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 1984;83-85.
 28. Price L, Spence SH. Burnout symptoms amongst drug and alcohol service employees: Gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety, Stress, and Coping*, 1994;7: 67-84.
 29. Rosse JG, Boss R, Johnson AE, Crown DF. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organization Studies* 1991;16(4):428-451.
 30. García-Izquierdo, M. Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1991;7(18):3-12.