

Artículo Especial

Síndrome de *Burnout* del pediatra: prevención y control

J.A. FLÓREZ LOZANO

Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos ante un síndrome que encuentra su caldo de cultivo excelente en el medio sanitario y que, además, se extiende lentamente a otros medios muy importantes para la salud mental del médico. En efecto, incluso, los familiares y los propios pacientes son percibidos como agentes desencadenantes y observadores del *burnout* del pediatra; es decir, de los diferentes signos de alarma. El paciente sufre cada día, pero también el médico y ello, supone un gran desgaste psíquico (Maslach, 1982) que trata de compensar con más conductas altruistas que pueden agravar también su estabilidad emocional. Surge el tedio y sus actividades cotidianas, ya no despiertan el entusiasmo y el enorme interés de otros tiempos. En éste aspecto, pienso que es interesante reflexionar en el hecho de que denigrar las actividades cotidianas (¡y esto es muy frecuente!), llega a producir en algunas personas sentimientos de depresión, agobio y resentimiento. Cuando este quehacer cotidiano es monótono y rutinario (o se percibe de esa manera), el sujeto empieza a pensar o manifestar expresiones indicativas de cansancio, fatiga y vaciamiento emocional (¡qué asco de trabajo!, ¿cuándo llegará el viernes?, ¡resulta muy odioso volver los lunes al trabajo!, ¡mejor me quedaba en casa!). Debemos, por lo tanto, estar atentos a los diversos procesamientos mentales que estamos realizando en relación a nuestro trabajo, relaciones familiares y relaciones interpersonales. Los procesamientos negativos, tienen un alto coste de energía mental

y, en última instancia, nos quedamos sin energía psíquica que se comprueba en el agotamiento emocional. Recordamos, en éste sentido, cómo los maestros de "zen", decían que el sufrimiento psíquico, procedía de ese constante juicio crítico de las personas y de las cosas, así como de las valoraciones negativas que nos dirigimos a nosotros mismos.

LA APARICIÓN DEL SÍNDROME

Lenta, pero inexorablemente, la pasión, el entusiasmo y la curiosidad científica del pediatra, se desvanecen sistemáticamente, agudizando la conciencia crítica del médico (¡ahora peligrosamente destructiva!), con pensamientos generalmente negativos del estilo siguiente: no he respondido adecuadamente, no me considero bien formado, esto ha sido un gran fracaso, no he podido ayudar a mis pacientes, debería de ser un mejor profesional, no he sabido conectar con el pequeño paciente, quizá podría proporcionarle un tratamiento más eficaz, etc. Cuando el pediatra percibe que aporta más de lo que recibe a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo en la institución sanitaria y, además, no es capaz de resolver eficazmente éste conflicto (¿inconsciente?), se incrementa aún más su grado de decepción, frustración y agresividad. Y estos sentimientos van anidando en su *yo*, una estructura de personalidad profundamente hipersensible a los estímulos externos, lo cual explica sus reacciones de ira, de suspicacia y de paranoia. De forma inconsciente, el

Correspondencia: J.A. Flórez Lozano. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. C/ Argüelles 39 Planta Principal. 33003 Oviedo. Asturias

pediatra a menudo no se siente a gusto en la organización hospitalaria (falta de incentivos, falta de flexibilidad, ausencia de programas formativos y de motivación, medidas de promoción, inexistencia de compensaciones económicas adecuadas a su responsabilidad, dedicación y riesgo de "burnout", etc. Otro pediatra, habla de su idealismo, de "curarlo todo" y del desencanto y "desazón" que ha experimentado en los últimos tiempos y que se ha traducido en problemas de salud. Ahora entiende que sus recursos psicológicos son limitados, que ha chocado contra todo y contra todos. Pero ante éste acoso, he aprendido algo importante *¡saber premiarme!*... Esto me satisface y relaja muchísimo...

Un médico también me comentaba que llevaba puesto en su bata un lazo negro indicativo de "estar muerto" y "acabado". Naturalmente, éste tipo de reflexiones, se alejan bastante de la consideración de la "figura del médico" como aureola idílica, alejada de la realidad cotidiana del quehacer médico... Como apuntaba un profesional: "a veces pienso que sólo soy una pieza del engranaje; a nadie parece preocuparle lo que pienso o lo que siento, es como si yo no contara". Este proceso progresivo de deterioro emocional consta de cuatro fases. En un primer momento el sujeto se encuentra preparado para "comerse" el mundo (triumfos, ilusiones, etc.). En una segunda fase, sobreviene **la desilusión, la insatisfacción** y las demandas exageradas... sigue manteniendo la idea de trabajar duro. Enfrentarse constantemente a un ambiente altamente exigente propicia un desgaste emocional importante, así como una cierta incapacidad para implicarse y responder adecuadamente a las demandas de los demás. En éstas fases iniciales del síndrome, aparece el **aislamiento social** y el **deterioro de las relaciones interpersonales**.

La tercera fase o de "*frustración*" se caracteriza por la "*irritabilidad*" y la "*falta de moderación*" (falta de entusiasmo, actitud de cansancio y debilidad, signos de "*despersonalización*", tendencia a ser más escéptico y cínico). En fin, el descenso de la motivación, los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional son más que evidentes en el médico pediatra. Al mismo tiempo, se empiezan a detectar también problemas muy similares en el ámbito familiar; como padre o como madre, parecen despreocuparse de sus hijos: rendimiento educativo, amigos, relaciones grupales, educación, comunicación, etc. Todo el sistema familiar, también resulta afectado por el síndrome.

La última fase o de "*desesperación*", supone la certeza para el trabajador de que todo está perdido (sentimiento de fracaso y soledad, depresión, pulsiones autolesivas y auto-destructivas, autoculpabilización, fijación en la parte oscura y conflictiva de la vida, sentimientos persecutorios, etc.). En estos momentos, sus reacciones son muy desproporcionadas y el sujeto pasa rápidamente del enojo a las lágrimas, de la euforia a la depresión. La "*desesperación*" va dejando paso a la "*apatía*", como núcleo central de la instauración del "burnout" y que se va dibujando paulatinamente como indiferencia por su entorno y por los demás, falta de interés en las diversas actividades que antes le producían un gran placer, baja realización personal y agotamiento emocional. Este es un momento especialmente crítico para el médico si no encuentra la ayuda psicoterapéutica pertinente; la automedicación o la simple medicalización sintomática, no hacen más que agravar el problema.

REACCIONES PSICOLÓGICAS

El miedo a las denuncias del paciente o de sus familiares, favorecen la aparición de actitudes paranoides, cargadas de suspicacia, recelo y desconfianza que se colorean de gran desgana, cansancio fatigabilidad y astenia. En éste sentido, un médico decía: "el paciente quiere machacarte y los familiares son insoportables"... Otro pediatra, atrapado por el "burnout" manifestó: "*yo era un ser humano hasta que estudié medicina*"... La defensa psicológica fundamental es la "racionalización" e "intelectualización" y, por supuesto, el apoyo de la familia. Pero habitualmente, el médico adopta una conducta ciertamente peligrosa, como es la Medicina defensiva. En cualquier caso, en el síndrome que estamos analizando, hay que tener en cuenta que confluyen tres factores explicativos esenciales: el individuo afectado, las personas que reciben las atenciones terapéuticas esenciales y la institución sanitaria donde el profesional ejerce su trabajo y responsabilidad. Sin duda, el factor común en todas las situaciones de "burnout", es la negación y la ausencia de expectativas profesionales para el trabajador sanitario. Los síntomas aparecen de forma progresiva y gran parte de las causas provienen del funcionamiento organizacional y del equipo (Hidalgo y Díaz, 1994), lo que favorece y explica la aparición de dicho síndrome en muchos de sus miembros.

Igualmente, el carácter disfuncional del sistema socio-sanitario, se relaciona también con la causalidad del síndrome y produce en última instancia afecciones de carácter psicossomático, conductas y actitudes relacionadas con el ámbito laboral (absentismo, alta frecuencia de bajas, incapacidad laboral, etc.), disfunciones en la afectividad y alteraciones emocionales (sensación de vacío, culpabilidad, desilusión, baja autoestima, oscilaciones en el humor, etc.). Asimismo, no hay que olvidar que éste proceso se puede contagiar peligrosamente entre todos los miembros del equipo socio-sanitario, produciendo un "burnout" grupal. Por eso, el médico ha de ser capaz de atemperar su **superyo** profesional y de moderar sus fantasías narcisistas de omnisciencia y omnipotencia en consonancia con sus posibilidades reales. Naturalmente, también existen muchos médicos que encuentran que su trabajo es muy satisfactorio, sin embargo, paradójicamente sufren también las consecuencias del "burnout".

Desde el punto de vista psicodinámico, es interesante tratar de comprender y analizar éstos fenómenos. Sin duda, el "sentimiento de superioridad" del médico pediatra es un riesgo implícito a la práctica clínica; de ésta forma refuerza su grandiosidad inconsciente y esto le lleva precisamente a un mecanismo de defensa de la personalidad que es la "arrogancia", lo cual le va plantear muchos conflictos interpersonales y, por lo tanto, se va a disparar el "burnout" (realimentándose en un *feedback*). Es fundamental, por lo tanto, desde el punto de vista de la prevención de la salud del médico, que éste sea plenamente consciente de sus "debilidades", "errores", "imperfecciones", etc., por lo tanto, no debemos potenciar en él la ilusión de encontrar la "perfección". El "burnout" como enfermedad autoinmunitaria, en el sentido de que la pérdida afectiva comporta un defecto de función de las células T del sistema timodependiente. Algunas características de la personalidad del médico pediatra favorecen la aparición de éste síndrome (sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros, dedicación al trabajo, adicción al trabajo, idealismo, personalidad ansiosa, elevada autoexigencia, etc.).

El desvalimiento y la desesperanza implícitos al "burnout", inician el "síndrome de renuncia" de Lain, lo cual estimula los sentimientos de autodestrucción que subyacen en todo hombre, favoreciendo el deterioro biológico y psíquico de las personas sometidas al "burnout". El médico pediatra

que no está consciente de las frustraciones inherentes a su profesión, acaba experimentando resentimiento contra los niños y sus familias, lo que naturalmente, le resulta demoralizador. El pediatra llega a tener una especie de "escotoma central" que le impide "percibir y disfrutar" de la relación que se establece con el paciente; el médico ya no puede percibir esa "poesía" de su paciente que le compensará de todos sus males, de sus prisas, de la consulta interminable, etc. El comienzo de éste síndrome, suele ser "solapado" e incluso puede pasar inadvertido, lo cual puede hacer interpretar este inicio sintomático como un embotamiento ético. El médico colapsado por el "burnout", es como un sencillo insecto atrapado por una tela de araña pegajosa de la cual, ya no será capaz de escaparse; no encontrará la fórmula para liberarse; además pierde la iniciativa, amabilidad y espontaneidad, cualidades muy importantes para el desempeño satisfactorio de su trabajo con los pacientes y familiares. Entonces, la apatía se va empapando de nihilismo; aparece el egoísmo, el temor, la suspicacia y la irritabilidad ante estímulos nimios... Uno de los síntomas iniciales también son los trastornos de memoria, lo cual evidencia el influjo mutuo entre lo psíquico y lo somático.

LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Otro de los signos más graves es el "distanciamiento profesional y emocional" del médico pediatra de sus pequeños pacientes. El médico pediatra llega a impactar por su frialdad, hostilidad e, incluso, por su falta de reacción emocional... En fin, ¡un cadáver profesional! Es aquí, precisamente donde surgen y se extienden los errores médicos. La tensión, la ansiedad y el estrés bloquean el pensamiento, la agilidad mental y la memoria. Esta es una de las consecuencias graves del síndrome de "burnout" (Álvarez y Fernández, 1991). Así, la tasa de errores médicos, denunciada por el informe *To Err is Human* del Instituto de Medicina de Estados Unidos (entre 44.000 y 98.000 muertos por año) es uno de los temas álgidos que se relacionan intensamente con éste síndrome que se extiende como una mancha de aceite por los hospitales. El enorme número de errores médicos, ha supuesto un punto de referencia para la implantación de programas que garanticen la seguridad del paciente; pero ¿quién garantiza la seguridad del médico?

La *Agencia para la Investigación y Calidad Sanitaria de Estados Unidos* fue el organismo que reaccionó con mayor prontitud; pero hasta el momento se ha centrado casi exclusivamente en la seguridad del paciente. Sin embargo, no cabe la menor duda que el desarrollo de programas centrados en la lucha contra el "*burnout*", constituye la acción más eficaz y operativa frente al fenómeno del error médico. Curiosamente, los médicos habitualmente no explican sus errores a los pacientes y ni siquiera hablan de ello entre sí. Esta negación a evitar cualquier tipo de "sentimiento de culpabilidad", arroja un saldo creciente de angustia y estrés emocional. Pero algunas instituciones conscientes de la situación de alta vulnerabilidad psicopatológica que tiene el médico en la práctica de quehacer clínico, han desarrollado programas específicos y han conseguido al mismo tiempo, dos objetivos fundamentales.

En primer término, han reducido costos y en segundo lugar han incrementado significativamente la percepción objetiva y subjetiva de bienestar del médico, lo que ha propiciado a su vez un equilibrio muy saludable para el funcionamiento de los equipos sanitarios. El *Veterans Affairs Medical Center* de Lexington, precisamente ha adoptado un enfoque distinto. Cuando se produce un error importante, la institución informa al paciente y a su familia, acepta su responsabilidad y ofrece una compensación u otro remedio, cuando ello es posible. Reconocer los errores, es un principio ético fundamental en la práctica clínica que, además, tiene efectos protectores para la "autoestima" y el "autoconcepto" del médico pediatra.

LAS CLAVES SINTOMATOLÓGICAS

La labilidad emocional, la terquedad, la sugestionabilidad, el síndrome depresivo, el balance vital negativo, el déficit sexual (pérdida de la libido), la falta de esperanza y esfuerzo para iniciar un proyecto, etc., van haciendo mella progresivamente en la personalidad del médico que sufre el "*burnout*". El médico afectado, llega a sentir autocompasión, sintiéndose, al mismo tiempo, desgraciado. Se recrea en la amargura nacida de lo que para él fue su gran ilusión: dedicarse a la Medicina, a la ayuda de los demás. Pero la realidad en su ambiente laboral es otra radicalmente distinta a la que figuraba en sus expectativas personales y voca-

cionales; la mente humana, no puede aceptar sin más una pérdida de tal calado emocional.

El pediatra apresado por el "*burnout*", experimenta una suerte de "duelo psicológico" (¡mi profesión no es lo que era!, ¡como médico estoy muerto!); un dolor emocional intenso que produce abandono y desamparo (la angustia y la nada marchan continuamente paralelas; Kierkegaard, "*El concepto de angustia*", Colección Austral, Espasa Calpe, Madrid, 1972). A veces, ciertamente, el sujeto permanece en un mundo de autoengaño, de ilusión para no arrostrar el vacío afectivo que nos va dejando la estela del "*burnout*". Todos estos cambios que se producen en el carácter o en la personalidad del médico, son vivenciados en la mayor parte de las ocasiones como absurdos o desmedidos; me refiero sobre todo a la agresividad, al distanciamiento con los demás, al mal humor a la irritabilidad. El no quisiera reaccionar así, porque sabe los múltiples problemas que acarrea ese comportamiento inadaptado; una conducta que promueve el aislamiento la dificultad de contacto y de relación con los demás. Por eso, el médico contagiado por éste síndrome, tiene que ser capaz de aceptar sus propias limitaciones, asumir sus responsabilidades y considerar a quienes le rodean como personas en el concepto más amplio y profundo de las mismas, especialmente a sus propios pacientes.

En efecto, la ansiedad "condicionada" por el propio ambiente o entorno hospitalario explica a veces, una serie de respuestas psicofisiológicas; hiperventilación, diaforesis o sudoración excesiva, disnea, algia precordial, dolor en el pecho o presión torácica, palpitaciones, ansiedad anticipatoria, inquietud psicomotriz o acatisia, etc. Conviene subrayar también la existencia de diferencias sexuales muy importantes. Las médicas están expuestas a un mayor número de agentes estresantes. El conflicto de rol (médica, ama de casa, madre, esposa, etc.), las actividades domésticas, el cuidado y educación de los hijos, puede determinar también la aparición del síndrome de "ama de casa".

El afrontamiento que realizan ante el caso del estrés se expresa de tres maneras distintas: a) las "supermujeres" que satisfacen las múltiples demandas derivadas de sus roles (su esfuerzo adaptativo pone en peligro su propia salud); b) las médicas que reducen sus objetivos y ambiciones profesionales en función de su papel central, es decir, del cuidado de su familia; c) mujeres que se "casan" con la medi-

cina; no tienen hijos y toda su actividad profesional está en función de conseguir la mayor calidad profesional.

Con el tiempo (entre 5 y siete años aproximadamente), el síndrome de "burnout" se manifiesta con unos síntomas característicos, tanto físicos como emocionales e intelectuales:

- Deterioro de la salud física y mental.
- Insatisfacción personal y laboral.
- Reducida productividad en el trabajo.
- Deterioro de las relaciones personales y familiares.
- Irritabilidad y repentinos cambios de humor. Expresión afectiva ansiosa, tensa, temerosa, embotada.
- Autopercepción de ineptitud, autodevaluación e inadecuación social (soledad y vacío).
- Cansancio crónico y falta de energía.
- Dificultad para resolver los pequeños problemas que surgen en el trabajo.
- No estar dispuesto a "regalar" ni un solo minuto de tiempo al hospital.
- Ausencias injustificadas al trabajo, bajas laborales frecuentes o impuntualidad.
- Incapacidad para ver los éxitos laborales.
- Hablar continuamente del mal ambiente laboral.
- Problemas digestivos (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), dolores musculares (mialgias) y jaquecas.
- Crisis de insomnio injustificadas.
- Alteraciones cardiovasculares (hipertensión y enfermedad coronaria).
- Disfunciones sexuales.
- Otras alteraciones conductuales (abuso de drogas, fármacos y alcohol; conductas de elevado riesgo, conducción temeraria, ludopatía y aficiones de riesgo; dedicación creciente al estudio para "liberarse" de la rutina; pseudoabsentismo laboral con el desarrollo de conductas cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro asistencial).

Básicamente, se pueden establecer cuatro categorías de síntomas:

1. Agotamiento emocional:

- Sentimiento de agotamiento.
- Afectividad plana. El médico ve como se vacía su capacidad de entrega a los demás.
- Sensación de imposibilidad de enfrentar la situación.

2. Despersonalización:

- Anestesia emocional (proceso de deshumanización).
- Insensibilidad hacia los sentimientos y necesidades de los otros.
- Actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo que surgen para protegerse del agotamiento emocional. Distanciamiento de los compañeros, enfermos y familiares que origina una deshumanización de las relaciones interpersonales (Maslach y Jackson, 1986).

3. Reducido sentido de logro:

- Sentimiento de desvalorización (autoevaluación negativa). Estos sentimientos de "inadecuación profesional", también se pueden presentar bajo la forma de una sensación paradójica de omnipotencia y de incremento de capacidades, esfuerzos, intereses y dedicación al trabajo y a los demás.
- Sentimiento de incapacidad de logro. Tendencia a evaluarse negativamente, sintiéndose infeliz y descontento consigo mismo y con su labor (Edelwich y Brodsky, 1980). Sentimientos de ineficacia e incompetencia.

4. Tendencia al cinismo. Desprecio del entorno y tendencia a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones laborales.

Todos estos síntomas y signos son muchas veces coincidentes con los que caracterizan una *depresión*, a la que muy probablemente se llegará si el estresor persiste y el individuo se ve imposibilitado de recuperarse. De ésta manera, se instala un círculo vicioso **ESTRÉS-BURNOUT-DEPRESIÓN**. No debe resultar extraño, por lo tanto, que en una encuesta reciente, hayamos comprobado que el 45% de los médicos hayan pensado seriamente en dejar la Medicina. A éste cuadro, se agregan frecuentemente el "síndrome de fatiga crónica" y el "síndrome de irritabilidad latente", haciéndolo más difícil de tratar, ya que las personas que brindan "apoyo emocional" (esposo/a) al afectado, comienzan a alejarse debido a sus explosiones de irritabilidad.

PSICOTERAPIA INDIVIDUALIZADA

Parece claro que el médico ha de cuidar su salud física y mental; "¡médico, sánate a ti mismo!". La terapia, ha de ser

individualizada, si bien, los grupos de autoayuda, también dan unos excelentes resultados; especialmente cuando participan en las sesiones terapéuticas sus cónyuges. En cualquier caso, la "autoayuda" pasa necesariamente por conocernos mejor, por desarrollar un método de autoanálisis y autorreflexión que nos permita detectar errores, fallos y dificultades en nuestro trabajo y en la relación con familiares y con todo el equipo sanitario. La excelencia en Medicina, al igual que en otras ciencias, no es la perfección (ello podría satisfacer tan sólo el narcisismo del individuo). Es imprescindible explorar y conocer mejor nuestro propio potencial de capacidades técnicas, intelectuales, psicoafectivas, etc., al mismo tiempo que podemos favorecer un medio ambiente agradable (¡cualquier detalle puede ser el principio!), donde las caras sin expresión, se vuelvan más alegres y positivas, donde la apatía deje paso al trabajo y al esfuerzo en equipo, donde lo negativo y destructivo se cambie por lo más positivo y alentador que llevamos en nosotros mismos (¡siempre se puede mejorar!).

Los programas de tratamiento para el "*burnout*" del pediatra, no son fáciles, es un objetivo muy complicado. Es conocido, en éste sentido, las especiales resistencias de los facultativos para admitir en ellos mismos problemas emocionales y adoptar, en consecuencia, el rol de pacientes. Por eso, en muchas ocasiones, el médico afectado por éste síndrome, trata de realizar un "autotratamiento" que generalmente es ineficaz y empeora aún más su equilibrio psíquico. Algunos autores, dicen, que son los peores pacientes, se resisten a admitir los problemas psicopatológicos que vienen padeciendo, como consecuencia de éste síndrome, rechazan cualquier tipo de ayuda. Por lo tanto, sería muy importante, vencer la "negación" y la "resistencia" que ofrecen ante su enfermedad. Su pareja, puede ser de inestimable ayuda y en los tratamientos psicoterapéuticos es importante su colaboración. El reconocimiento de que uno mismo está inmovilizado por el "*burnout*", es esencial ya que uno mismo puede hacer más por su salud que ningún fármaco. A partir de ahí, se puede mejorar el "soporte social" (participación de compañeros, familiares, etc.), evitar el aislamiento psicosocial, fomentar el trabajo en equipo, adaptarse eficazmente a la nueva percepción social de su profesión, desarrollar las cualidades humanas y valorar los aspectos positivos de su trabajo (los pacientes, las vacaciones, la sensación de ser útil, la capacidad de ayuda, la contribución a

conseguir nuevos logros en la prevención y superación de las enfermedades, etc.

Es deseable romper el "*chip*" de la monotonía monocorde que nos puede realmente deshacer y minar en cuanto a nuestro equilibrio psíquico. Frente al debilitamiento psíquico producido por el "*burnout*", es necesario "cargar las pilas"; asegurar nuestro orgullo, seguridad, confianza y autorrefuerzo en las pequeñas cosas (simplemente conseguir una sonrisa en un paciente o disfrutar efusivamente ante el grito de nuestro hijo ¡papá!), es un ejercicio ciertamente positivo para reforzar todos los mecanismos de defensa de la personalidad y conseguir un estado anímico absolutamente distinto; una base psicológica sólida, que nos permite ayudar a los demás sin el miedo del agotamiento emocional. Esforzarse, exigirse, crecer personalmente sin límites (siempre se puede ser más amable, más cordial, más educado, más justo), exteriorizar todo lo que hay en nuestro interior (el papel de la pareja es esencial y de los grandes amigos), permiten potenciar nuestro autoconcepto.

Al mismo tiempo, si somos capaces de compartir (afectividad, comprensión, conocimientos, etc.), adaptándonos a los múltiples cambios que se producen en la asistencia sanitaria, siendo capaces de conectar con otros colegas, aprendiendo a elogiar a otros compañeros a otras personas (la señora de la limpieza, el celador), compartiendo nuestros conocimientos y estableciendo objetivos personales, logramos estilos de comportamiento saludables, que rompen viejos esquemas y que facilitan la potenciación de la inteligencia emocional. Todos ellos, en fin, principios activos que bloquean el "*burnout*".

Es casi siempre aconsejable, disfrutar de un período de baja de tres a seis meses, dependiendo del estadio en el que se encuentre el paciente y a partir de ahí, desarrollar una psicovigilancia cognitiva e interpersonal en sesiones psicoterapéuticas individuales y de grupo, que permiten al paciente una **reestructuración cognitiva** de su forma de vida, de sus pensamientos (rumiación obsesiva) y de sus actitudes frente a la vida. Una formación ética distinta y una nueva filosofía de la vida, son esenciales al objeto de cambiar los valores, prioridades y conductas que le empujaron inexorablemente a éste síndrome. Sus referentes de la vida tienen que cambiar ostensiblemente para conseguir un buen grado de adaptación. Su trabajo, no debe constituir el único "leitmotiv" de la vida; es necesario incorporar otros referentes

a su vida (amor, ayuda familiar, práctica deportiva, relaciones con amigos, aficiones, etc.) y a su forma de pensar que le permitan disfrutar de la vida y volver alcanzar un aceptable grado de felicidad.

Curiosamente, el médico a menudo recomienda a sus pacientes descanso en su domicilio, pero la mayoría de facultativos no asumen ese consejo cuando enferman. Los médicos, en éste sentido, aluden a que los pacientes cuestionan la competencia de un médico enfermo y el sentimiento de culpabilidad hacia los compañeros que debe hacerse cargo de la consulta no atendida. Para ello ha de aprender a:

1. Sin duda, lo más inmediato es retirar al médico pediatra de ese entorno que le ha quemado y comenzar una acción terapéutica inmediata. Ser consciente de cuales son los "estresores específicos" y cuáles son las reacciones físicas y emocionales. En éste punto, la elaboración de un "diario de control del estrés", nos parece esencial, al objeto de poder identificar eventos especialmente estresantes (discusiones, conflictos, preocupaciones, temores, etc.) y sus correspondientes síntomas físicos y emocionales (irritabilidad, dolores de cabeza, enfado, tensiones musculares, insomnio, etc.). Para ello, es necesario:
 - a) Percibir el estrés, no negarlo.
 - b) Darse cuenta de qué cosas y eventos le producen preocupación, temor, inseguridad y estrés.
 - c) Determinar cómo reacciona su cuerpo al estrés.
2. Cambiar, pero ¿qué se puede cambiar?
 - a) ¿Pueden ser evitados o eliminados los estresores?
 - b) ¿Puede reducirse su intensidad?
 - c) ¿Puede reducirse la exposición a ellos?

Incrementar el contacto social y mejorar las habilidades sociales, la comunicación eficaz y la asertividad (expresión de pensamientos y sentimientos). Es necesario encontrar un equilibrio entre los propios deseos y la consideración de los demás.

Conviene superar el control que los demás (jefes, compañeros, etc.), ejercen sobre nosotros impidiendo imponer nuestros deseos y satisfacción personal. Es necesario aprender a decidir por uno mismo, diciendo "no" cuando no estamos de acuerdo y defendiendo nuestra autonomía y autoestima. También hay que superar el chantaje emocional o el posible sentimiento de culpabilidad. Cada uno es responsable de su propia felicidad ("búsqueda de la felicidad") y,

sin duda, la práctica de estas formas asertivas de comportamiento suponen un buen tratamiento, porque la persona, disfruta cada vez más de su propia "autoestima" y satisfacción personal, al tiempo que es capaz de imponer un halo de felicidad a su familia y a su ambiente laboral. Contar con la opinión de personas de confianza puede ayudarnos a tomar decisiones difíciles; ésta práctica puede ser extraordinariamente interesante en la práctica clínica, especialmente en ciertos tipos de enfermos.

Por otro lado, la inseguridad, el miedo al rechazo o la búsqueda de aprobación de los demás son algunas razones por las que antepone los deseos de los demás a los propios y, en consecuencia, actuamos manipulados por ideas o razonamientos de nuestros jefes o de los demás; esto implica una gran carga de frustración, agresividad y desmotivación. El médico, entonces ve como su autoestima se difumina y se siente incapaz de hacer frente a una crítica o decidir sobre su vida. Se transforma de ésta manera en un ser pasivo, agotado y con poca seguridad en sí mismo. El médico que se expone cotidianamente a múltiples factores que causan estrés, necesita desarrollar un sistema eficaz de "enfrentamiento" (*coping*). Este modelo ha sido propuesto por Lazarus y Folkman (1986) y considero que puede ser de gran utilidad para poder escapar de la presión a la que se ve sometido nuestro gran protagonista: el médico.

El estrés resulta de un permanente intercambio entre la persona y su entorno (¡muy displacentero y desmotivacional!). En el medio sanitario, frecuentemente el médico se ve desbordado, sobrepasado y ello, implica un gran esfuerzo de adaptación. Por eso, desde el punto de vista terapéutico, es esencial la evaluación cognitiva (*cognitive appraisal*) de los factores de estrés y de los recursos. El profesional sanitario, en un ejercicio de autodisciplina (autorreflexión, diez minutos diarios), valora el estrés al que está sometido, así como los recursos que tiene a su alcance para enfrentarse al estrés; posteriormente usa las estrategias cognitivas o de comportamiento pertinentes para adaptarse al estrés.

Naturalmente el médico que recurre a estrategias de adaptación eficaces (por ejemplo, ignorar a un jefe incompetente y continuar con su trabajo; lectura de un buen libro; escuchar música; dar un buen paseo con un amigo; disfrutar de una buena película con su cónyuge; salir y disfrutar con toda la familia, etc.), consigue efectos terapéuticos positivos sobre el bienestar biológico y psicosocial de la perso-

na. De ésta forma, puede sortear con seguridad y eficacia, las múltiples trampas, obstáculos y redes que existen en ciertos sistemas organizativos sociosanitarios. Discutir con el jefe, con un compañero, con el celador, con el familiar y/o paciente es similar a quedar atrapado por un "lazo", de tal suerte que cuanto más continuamos en esa estrategia equivocada (¡luchando!), más nos asfixiamos.

Por el contrario, la práctica de la asertividad le permite defenderse y enfrentarse eficazmente a los conflictos que se producen con familiares, pacientes y compañeros; esto potencia intensamente su asertividad. Para ello, puede utilizar la técnica del "*disco rayado*" (repetición serena de nuestras palabras que expresan nuestros deseos), la estrategia de "*banco de niebla*" (el médico recibe las críticas manipuladoras sin sentirse violento ni ponerse a la defensiva, pero sin ceder en su derecho a ser su único juez; "*quizá tengas razón, pero pensaré en ello*").

La estrategia de "*interrogación negativa*" consiste en inducir a familiares, pacientes y/o amigos, a que expresen sus sentimientos negativos o críticas hacia nosotros; de ésta manera podemos perfeccionar la interacción y cortocircuitar la violencia y/o agresividad que surge en el ambiente laboral y en los tratamientos (¡a veces, muy agresivos!) con los propios pacientes. Estas fórmulas, finalmente me permiten neutralizar el estrés y sentir más a fondo la profesión en su dimensión auténticamente vocacional, potenciando cada vez más la "*autoestima*" personal. Por otro lado, hay que aprender a dejarse inundar por la alegría que brota del interior de nosotros; hay que permitir que emane de lo profundo. Sin duda, el principio fundamental para tener una buena salud mental, consiste en extraer de nuestro interior ésta alegría vital. Especialmente, es necesario huir de la ambigüedad, del conflicto, de la disarmonía, de lo inaceptable.

Pequeñas actividades o cambios en nuestra rutina, pueden ser suficientes para sortear una crisis o un conflicto. Viajar, por ejemplo, puede favorecer la salud mental, mediante un cambio de actitudes que se producen al vivir nuevas experiencias. El viaje, en un momento especialmente dificultoso, puede beneficiar a los médicos que arrastran un trastorno psicoemocional, porque alejarse del problema, en general, siempre mejora la situación personal. Pero, en algunas personas, puede ser un arma de doble filo, ya que se puede disparar aún más la ansiedad. En todo caso, huir del tedio, alejarse de lo cotidiano, conocer nuevas personas, dis-

frutar de nuevos paisajes y culturas, produce en términos generales un sentimiento de bienestar que no debemos desaprovechar; son, en fin, pequeñas gratificaciones que mejoran el estado anímico, aunque sea de forma temporal.

Pero es conveniente recordar que sin una tarea *ilusionante y optimista* no es posible estimular nuestro ánimo. El médico que es capaz de rodearse de un mundo estimulante (¡y lo puede conseguir!) puede alcanzar una alegría vital (¡está en el camino de la felicidad!) que se extiende como un perfume, con un efecto balsámico, en el medio familiar y profesional y, además, puede disfrutar de una percepción armónica de la realidad.

Una insuficiente preparación en habilidades y de comunicación interpersonal contribuye mucho al desencadenamiento de éste síndrome. Un equipo compenetrado puede ser el mejor antídoto contra la intoxicación de éste estrés crónico. También se puede conseguir un cambio en los procesos de pensamiento, de tal suerte, que sean más realistas y que permitan un mejor afrontamiento con el entorno. Desde el punto de vista de la eficacia terapéutica, es crucial tener bien presente la siguiente consigna: "**¡uno sólo puede pretender cambiarse a sí mismo no a los demás!**"

Sin duda, un factor que influye decisivamente en nuestra vulnerabilidad al estrés es el optimismo. Los médicos más optimistas, es decir, los que están de acuerdo con afirmaciones como "en momentos inciertos, yo espero generalmente lo mejor", afrontan con más éxito los hechos estresantes y gozan de mejor salud. Padecen menos fatigas y afrontan menor número de episodios de jaquecas y dolores. Los optimistas también responden al estrés con menor aumento de la presión sanguínea. En fin, la ausencia de "percepción de control" y un enfoque pesimista contribuyen a agravar el síndrome de "*burnout*". En estas circunstancias, el especialista es incapaz de disfrutar y encontrar posiblemente la felicidad y reacciona con un estado de irritabilidad, intolerancia, ansiedad, fatiga sexual, insomnio, acidez de estómago, digestiones difíciles, tics y movimientos involuntarios, dolores de espalda y cuello, disminución de la capacidad de concentración y decisión. Así pues, ante las presiones de tiempo, la falta de una ergonomía adecuada, las múltiples interrupciones en nuestro trabajo, las llamadas telefónicas, las urgencias, los fallos del equipo, la ausencia de ayuda social, afectiva y emocional adecuada, los retrasos en la revisión de los pacientes, los problemas en la comuni-

cación y la actitud de los pacientes difíciles, el médico experimenta un estrés crónico que le induce una alta vulnerabilidad física y psíquica y, por ello, es necesario ciertamente desarrollar una actitud mental optimista que neutralice la sensación de estrés. A pesar de que tratamos con enfermedades graves que amenazan la supervivencia, que implican connotaciones de dolor y muerte, que estigmatizan al paciente, que presentan una patología causante de mutilaciones diversas, que implican tratamientos médicos aversivos y estresantes; terapias que interrumpen periódicamente la vida normal del enfermo; a pesar de la incertidumbre y la falta de información; a pesar de la pérdida de control, la indefensión y las amenazas a la autoestima, es posible frenar el deterioro emocional. Además de todo eso y del miedo a la recaída y a la muerte del paciente, es posible desarrollar una actitud positiva que nos produce un grado de satisfacción y autoestima. Y ello en base fundamentalmente a:

Es necesario alterar los pensamientos negativos. Saber detenerse y reflexionar acerca de qué es lo que realmente importa; es un método simple, útil y fácil de aprender para disminuir ostensiblemente el estrés.

- Practicar deporte como un hábito más de tu vida. Haz lo que más te convenga y te apetezca, ¡pero hazlo!. Sin lugar a dudas, la mayor dificultad para hacer ejercicio regularmente no es la falta de tiempo, sino la ausencia de motivación. Compartir pensamientos y sentimientos.
- Aprenda a expresar el enojo y otros sentimientos negativos sin herir a otros.
- Reconocer que USTED sólo puede cambiarse a sí mismo, no a otras personas.
- Mantener una actitud positiva en todo y evitar actitudes pesimistas.
- Desarrollar toda la capacidad de escucha. Comprender a los demás y ser comprensivo y tolerante. Rodearse de personas optimistas; el optimismo se contagia y USTED notará la influencia positiva.
- Expectativas positivas. Motivación positiva. Imagen positiva de uno mismo. Control positivo. Perspectiva positiva. Conciencia positiva. Proyección positiva.

Probablemente de ésta forma, podamos paliar en parte los efectos tan nocivos de éste síndrome que amenaza constantemente nuestro equilibrio psicológico y, en última instancia, nuestra razón de ser y nuestra felicidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de "burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1991; 1: 257-65.
2. Benedito Alberola, J. "Campana 10 minutos y masificación de las consultas: la solución pragmática del SIMAP. *El Médico* 2002; 827: 10-12.
3. Belfer B. Stress and the medical practioners. *Stress Me* 1989; 5: 109-13.
4. De Pablo González, R, Domínguez Velázquez, J. Recursos Humanos en Atención Primaria: evolución y situación actual. Una perspectiva de médicos asistenciales. *Centro de Salud* 2002; 10 (4): 210-2.
5. Díaz R, Hidalgo I. El síndrome de "burnout" en los médicos del Sistema Sanitario Público de un Area de Salud. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 670-6.
6. Edelwich J, Brodsky P. "burnout". Stages of desillusionnement in the helping professions. New York: Human Sciences Press, 1980.
7. Etzion, D. Burnout. The hidden agenda of human distress. Faculty of Management. *Tel-Aviv University*, 1987.
8. Flórez Lozano JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona: EdikaMed, 1994.
9. Flórez Lozano JA. Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: Atención ética integral. Barcelona: Biomedical Systems Group, 2001.
10. Goleman, D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1999.
11. Freuenberger H. Staff "burnout". *J Social Issues* 1974; 30: 159-66.
12. Kramer M. Reality shock: Why nurses leave nursing. St. Lonis: Mosby, 1974
13. Hidalgo I, Díaz R. Estudio de la influencia de factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. 1994; 103: 408-12.
14. Folkman S, R.S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
15. Mingote Adán JC, Pérez Corral F. El estrés del médico. Madrid: Díaz Santos, 1999.
16. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público. *Aten. Primaria* 1994; 1135: 1140-14.
17. Maslach C. "Burnout": The cost of caring. New York: Prentice-Hall Press, 1982.
18. Maslach C, Jackson S. Maslach "Burnout" Invectory. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
19. Robinowitz, CB. The impaired physician and organized medicine. En: Scheiber JC, Doyle BB (eds.). *The impaired physician*. New York: Plenum Medical Book Company, 1983.
20. Singh S, Mishra S, Kim D. Research related "burnout" among faculty in higher education. *Psychological Reports* 1998; 83: 463-73.
21. Janssen P, Jonge J, Baker A. Specific determinants of intrinsic work motivation, "burnout" and turnover intentions: a study nurses. *J Adv Nursing* 1999; 29: 1360-9.