

Mesa redonda 2. Síndrome de *burnout*. ¿Qué podemos hacer?

Moderador: Dr. Pedro Morán González

Prevenir el síndrome de *burnout*: una propuesta cognitiva

Ramón González Corrales

Médico de Familia, Centro de Salud de Piedrabuena, Ciudad Real.
Coordinador Grupo de Salud Mental SEMERGEN.

Hoy día se escribe mucho sobre el síndrome de *burnout* (SB). Se hacen estudios de su prevalencia, se analizan sus posibles causas y se dan consejos para prevenirlo. Entre esos consejos se habla de desarrollar métodos de reestructuración cognitiva, o de mejorar las habilidades de comunicación. Pero hablando con muchos compañeros me he dado cuenta de que pocos médicos saben exactamente en qué consisten estas técnicas, de dónde vienen y, sobre todo, no saben dónde aprenderlas. El objetivo de esta ponencia es describir de una forma práctica qué pueden aportar estos recursos cognitivos a la prevención del SB e indicar dónde y cómo pueden aprenderse. Porque considero que son técnicas no sólo útiles para autocuidarse sino para ser aplicadas en la psicoterapia de apoyo que hacemos todos los días en nuestra consulta.

El SB puede conceptualizarse como un trastorno adaptativo producido por un estrés laboral crónico. El estrés puede ser definido como un *estado psicofisiológico producido por cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio (en forma de hacer "alguna cosa" y/o en la forma de pensar "hacia alguna cosa") de parte de la persona involucrada en la situación*. Diversos estudios, entre ellos los procedentes de la teoría del aprendizaje social, han demostrado que *en lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos respondemos principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales*. Es decir: el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos; esto depende del historial de aprendizaje y existe un "determinismo recíproco" entre variables cognitivas, afectivas, conductuales, fisiológicas y ambientales.

O expresado de otra manera: el estrés depende de una relación dinámica entre el ambiente y la persona; las personas no somos víctimas pasivas de los acontecimientos, y la forma de interpretar los acontecimientos y los propios

recursos para afrontarlos (autoeficacia) determinan la naturaleza y la amplitud de la experiencia de estrés.

Por tanto: si el estrés depende de cómo interpretamos los estresores y de nuestros propios recursos, y esto depende, en parte de nuestra historia de aprendizaje, podemos aprender a modular el estrés.

Esto ya lo decían los clásicos, en concreto Epicteto en una frase que inspiró a Albert Ellis la Terapia racional emotiva de la que hablaremos después.

"Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas".

Lo primero que tenemos que tener en cuenta los médicos es que incluso en las mejores condiciones siempre vamos a trabajar en un ambiente de estrés. Nuestro trabajo es en sí mismo estresante porque siempre existe:

–Confrontación con el dolor y la muerte (vemos lo que los demás no ven), lo que exige una elaboración personal que no siempre es fácil ni está incluida en nuestra formación.

–Relaciones conflictivas en ambiente de ansiedad: pacientes difíciles, etc.

–Cambios organizativos y conflictos intergrupales.

–Expectativas sociales cambiantes: esto es una de las cosas que más nos afectan socialmente. Tenemos la sensación de que se nos exige la máxima competencia y muchas veces se nos trata como "personal de servicio".

–Incertidumbre de resultados e inevitablemente resultados no esperados ni deseados en algunas ocasiones.

Ante esta perspectiva que no responde a las expectativas que nos habíamos creado, en muchos casos, respondemos con una postura de indefensión que nos lleva directamente al *burnout*. Tenemos tendencia a sentirnos solos y sin apoyo porque además nadie nos ha enseñado ninguna estrategia sistemática de afrontamiento para todo esto. Así pasamos del "cabreo" al llanto. Y de ahí a la indefensión y a un agríndice "victimismo", en el que ya pensamos que toda responsabilidad sobre lo que nos pasa está fuera de nosotros. Muchos se identifican con la figura del "quemado" y se consideran enfermos, con lo cual parece que ya no pueden hacer nada por ellos mismos, como si tuvieran un tumor. Y es que en algunos casos este estrés laboral puede desencadenar un cuadro clínico de suficiente intensidad como para necesitar tratamiento psiquiátrico aunque

no conviene sucumbir al “mito de la enfermedad mental”. Por ello puede ser pertinente recordar una cita de Thomas Sanz que escribió un libro en 1970 con este nombre:

El concepto de enfermedad mental sirve para ocultar el hecho diario de que la vida es... una lucha continua... por alcanzar “un lugar bajo el sol”, por alcanzar “la paz de espíritu” o algún otro sentido o valor.

Una vez que el hombre ha satisfecho la necesidad de conservación de su cuerpo se enfrenta al problema de la significación personal: ¿qué hará de sí mismo?, ¿para qué vive?.

Y es que no hay que olvidar que como profesionales tenemos que reflexionar para buscar un significado a lo que hacemos. Muchas veces se ha dicho que el idealismo es un factor de riesgo para el SB. Pero lo contrario a eso no es el “pasotismo”, ni la falta de todo tipo de entusiasmo, valores o de referencias culturales. Para ser capaces de afrontar con éxito los retos de nuestra profesión tenemos que desarrollar un sistema de creencias abierto y flexible que nos permita adaptarnos a ellos.

Así que vamos a centrarnos en lo que podemos hacer nosotros para prevenir el SB y vamos a utilizar un método que nos puede ayudar a conseguirlo.

Lo primero es centrarnos en nuestro círculo de influencia. Es decir, en el terreno en el que realmente podemos tener capacidad de intervención hasta cierto punto. Podemos modificar nuestras actitudes, no cambiar a nuestros pacientes; podemos centrarnos en atender correctamente a un paciente y tratar de mejorarle un problema de salud, no cambiar su situación social; podemos decorar nuestra consulta u organizarnos sesiones clínicas con los compañeros, no cambiar al ministro de sanidad. Esto supone asumir la responsabilidad de nuestras emociones y también asumir, a veces, ciertas molestias que nos pueden llevar a tener más capacidad de intervención: como estar abiertos a ser coordinadores, participar en organizaciones profesionales, influir en las expectativas sociales próximas siendo activos en nuestra comunidad, etc. Esto significa cambiar lo que podemos cambiar. Aceptar (de momento) lo que no podemos cambiar. Y todo ello con una alta tolerancia a la frustración. Es decir, nada de resignación. Aunque sí racionalidad y sin olvidar nunca algo que debería ser obvio: *la vida es algo más que trabajo aunque seamos médicos.*

Así que tenemos que partir de unos objetivos claros:

–Profesionales: trabajar con calidad y no renunciar a sentirse un profesional competente.

–Personales: preservar nuestra salud mental.

Y así hemos llegado al objetivo principal de esta charla: describir un método para cuidar nuestra salud mental. Este método está basado en las llamadas técnicas cognitivas conductuales (tabla 1). Hay muchos psicólogos relacionados con estas técnicas pero quizá los más conocidos son Albert Ellis y Aaron Beck.

Albert Ellis, en su terapia racional-emotiva (RET), afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van

Tabla 1. Algunas técnicas cognitivas conductuales

Manejo de la autoestima
Reestructuración cognitiva
Habilidades sociales: asertividad
Técnicas de afrontamiento
Relajación y visualización
Inoculación del estrés
Aserción encubierta
Inoculación del estrés

percibiendo a lo largo de su vida. Estas evaluaciones se verbalizan en forma de palabras dogmáticas como: “debería”, “tengo que”, “es mi obligación”. No serían, por tanto, los acontecimientos que nos ocurren (A) los que nos producen automáticamente nuestras emociones y conductas (C), sino que éstas dependerían de (B), de cómo nos lo tomamos, de las creencias que tenemos sobre ellos. La perturbación emocional se produce cuando las creencias (B) son irracionales y sin base empírica. Esto es lo que constituye el abc de la RET. La hipótesis de trabajo es que si descubrimos las B irracionales y las cambiamos por otras más racionales podremos mantener las emociones en un rango racional y adaptativo. Los criterios de salud psicológica que utiliza la RET se reseñan en la tabla 2.

Las principales ideas irracionales pueden clasificarse en tres grupos:

1. *Debo actuar bien en todo momento y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones o de lo contrario debo considerarme como un inútil.*

–Debo encontrar sincero amor y aprobación casi siempre por parte de las personas que considero importantes.

–Debo ser infaliblemente competente y valioso en cualquier actividad que emprenda o al menos tener una competencia real o talento en algo importante.

–Los eventos y presiones externas producen mis emociones y yo no puedo hacer nada por cambiarlas si no desaparecen esas presiones o eventos.

–El pasado me influye inmensamente y sólo porque algo haya tenido una enorme influencia en un momento de mi vida tiene que seguir determinando mis sentimientos y mis conductas en el presente.

Tabla 2. Criterios de salud psicológica de la terapia racional-emotiva

Interés en uno mismo
Interés social
Autodirección
Alta tolerancia a la frustración
Flexibilidad
Aceptación de la incertidumbre
Comprometerse en ocupaciones creativas
Autoaceptación
Capacidad de asumir riesgos
Hedonismo de largo alcance
Antiutopías rígidas (no a los sistemas cerrados de creencias)
Asumir la propia responsabilidad de las emociones

–Debo tener un alto grado de orden y certeza en el mundo que me rodea para ser capaz de sentirme cómodo y actuar adecuadamente.

–Si tengo una perturbación emocional o actúo incompetente o vergonzosamente es que soy débil o inútil.

–Puedo y debo darme una valoración global como ser humano y solamente puedo considerarme bueno o respetable si lo hago bien, realizo acciones que merecen la pena y tengo personas que, normalmente, me aceptan.

2. *Los otros siempre deben tratarme de forma considerada y con amabilidad, precisamente en la forma en que quiero que me traten; si no lo hacen la sociedad y el universo deberían condenarlos, censurarlos y castigarlos por su falta de consideración.*

–Si los demás se comportan inapropiada o estúpida se convierten en idiotas totales y se deben sentir totalmente avergonzados de sí mismos.

–Las personas deben alcanzar todo su potencial para llevar una vida feliz y que merezca la pena, de otra forma tienen poco o ningún valor como seres humanos.

3. *Las condiciones en las que vivo deben estar siempre dispuestas de tal manera que consiga todo lo que quiero de forma cómoda, rápida y fácil y no me ocurra nada de lo que no quiero.*

–Las cosas deben ir de la forma que me gustaría que fueran porque necesito lo que quiero. Si esto no es así la vida es horrorosa y terrible.

–Cuando existen en mi mundo peligros debo preocuparme continuamente de ellos. De esta forma tendré el poder de controlarlos y cambiarlos.

–Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades de la vida y a las responsabilidades personales que comprometerme con formas más compensatorias de autodisciplina. Necesito un bienestar inmediato y no puedo pasar por una dificultad presente para alcanzar un bienestar futuro.

–Debo encontrar soluciones correctas y prácticamente perfectas a mis problemas y los de los demás y si no las encuentro ocurrirá la catástrofe y el horror.

La RET parte de la base de que los seres humanos tendemos a tener creencias irracionales ya que, prácticamente, todas las personas las tienen o las han tenido en algún aspecto de sus vidas y pueden volver a tenerlas. Y postula lo siguiente:

1. La perturbación psicológica está principalmente determinada por las creencias absolutistas que poseen las personas sobre los acontecimientos vitales negativos.

2. Las personas se mantienen perturbadas readoctrinándose en el presente con sus creencias absolutistas o irracionales.

3. Sólo la gente que trabaja diligentemente en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar en contra de sus creencias irracionales son susceptibles de cambiarlas. La gente perpetúa sus problemas porque se adhieren a una filosofía de baja tolerancia a la frustración y a un hedonismo de corto alcance, con lo cual a veces prefieren su “có-

moda incomodidad” a enfrentarse a la incomodidad de intentar un cambio.

El modelo cognitivo formulado por Aaron T. Beck, desarrollado en la Universidad de Pennsylvania, se basa en la teoría de que las emociones y la conducta de un individuo están determinadas, en gran medida, por el modo que tiene de estructurar el mundo, de interpretarlo, de darle significado. Cuando hay una perturbación emocional, como la depresión, lo que ocurre es que el individuo tiene unos errores característicos de procesar la información (tiene una visión absolutamente negativa de sí mismo, de su entorno vital y su futuro) lo que le lleva a sentirse triste y desesperanzado. Esto genera un círculo vicioso. Unas emociones tan intensas le hacen “razonar emocionalmente” de tal forma que cree acríticamente su manera de evaluar la realidad. Además tiene conductas que le confirman en sus emociones. Como no tiene seguridad en sí mismo no persigue sus objetivos con motivación y puede fracasar; como tiene atribuciones negativas sobre su entorno vital, pueden deteriorarse sus relaciones con los demás y aislarse; como se siente desesperanzado puede no intentar siquiera hacer cosas que podrían beneficiarle. Beck plantea los siguientes niveles de cogniciones disfuncionales:

1. Los pensamientos automáticos siempre están detrás de las emociones. Son frases que nos decimos a nosotros mismos o imágenes que constituyen una “corriente de conciencia” que los individuos asumimos sin cuestionarlos. Muchas veces, están sujetos a una lógica errónea y tremendista. Si el individuo no hace un esfuerzo consciente puede no darse cuenta de ellos. Gran parte de la terapia cognitiva se dedica a aportar un método para que el paciente identifique los pensamientos automáticos que están detrás de sus emociones perturbadas. *Un médico cada vez que tenía un conflicto con un paciente se decía a sí mismo: “esto no me pasaría si fuera un buen médico”, “soy un desastre”, “no voy a poder soportarlo”*

2. Las distorsiones cognitivas son los tipos de error lógico que pueden presentar los pensamientos automáticos. Un paciente tiene emociones perturbadas porque tiene pensamientos automáticos distorsionados, porque procesa la información que le llega de su entorno o de su memoria de una forma errónea. Beck describió 6 tipos aunque pueden incluirse algunos más (tabla 3). Por ejemplo, son muy frecuentes en las personas con ansiedad los pensamientos catastrofistas. El paciente se imagina lo peor y se siente como si ya hubiera ocurrido. La persona con una perturbación emocional como la depresión tiene un pensamiento que se puede conceptualizar como “primitivo” frente al pensamiento “maduro” que debería tener. Tienen a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan a sus vidas. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, categóricos, negativos, absolutistas. La respuesta emocional, por tanto, tiende a ser negativa y extrema. Por el contrario un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones, en términos cuantitativos más

Tabla 3. Algunas distorsiones cognitivas**Inferencia arbitraria y sobregeneralización (IA/SG)**

Consiste en sacar conclusiones sin la suficiente evidencia o a pesar de una evidencia contradictoria

Abstracción selectiva o filtraje (AS)

Consiste en llegar a una conclusión basándose sólo en un elemento de la situación con la exclusión del resto

Pensamiento polarizado o dicotómico (PP)

Consiste en clasificar todas las experiencias en dos categorías opuestas. Todo es "blanco o negro", no existen grises

Catastrofismo (C)

La persona "siempre se pone en lo peor" y se siente como si lo peor ya hubiera ocurrido. Ignora totalmente la probabilidad de que el suceso amenazante suceda

Interpretación del pensamiento (IP)

Las relaciones entre las personas están muy condicionadas por lo que pensamos que piensan los demás. Algunas personas pueden ser muy tajantes en esto y hacen interpretaciones infundadas de la conducta de los otros y lo que les motiva

Personalización (P)

Tendencia a relacionar cosas del entorno con uno mismo. En un aspecto es el hábito de estar comparándose continuamente con los demás

Razonamiento emocional (RE)

Tenemos tendencia a creernos acriticamente lo que sentimos con intensidad. Pero las emociones en sí mismas no demuestran nada, suelen ser producto del pensamiento y si una persona tiene distorsiones cognitivas, éstas reflejan esas emociones

que cualitativos y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas (tabla 4).

3. Los esquemas cognitivos son estructuras más profundas y estables que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia el esquema es la base para que transforme los datos en cogniciones (ideas o imágenes). Estos constructos organizativos se van desarrollando a través de las experiencias de la primera infancia y de las experiencias posteriores y pueden desempeñar un papel altamente adap-

Tabla 4. Tipos de pensamiento

Pensamiento primitivo	Pensamiento maduro
No dimensional y global "Soy un miedoso"	Multidimensional "Soy medianamente miedoso, bastante generoso y e inteligente en algunos aspectos"
Absolutista y moralista "Soy un despreciable cobarde"	"Tengo más miedo que la mayoría de las personas que conozco"
Invariable "Siempre fui y siempre seré un cobarde"	Variable "Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra"
Diagnóstico basado en el carácter "Hay algo extraño en mi carácter"	Diagnóstico conductual "Evito en gran medida muchas situaciones y tengo diversos miedos"
Irreversibilidad "Como soy intrínsecamente débil no hay nada que pueda hacer con mi problema"	Reversibilidad "Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos"

tativo, al permitir una interpretación rápida de los datos del entorno y la toma de una decisión apropiada. Sin embargo, en los trastornos psiquiátricos, existen grupos de esquemas desadaptativos que perpetúan, por ejemplo, el estado de ánimo disfórico o una conducta derrotista. Un esquema se puede concebir como un programa de ordenador mientras que los procesos cognitivos serían las rutinas específicas dentro de él que ejecutan los análisis. En la tabla 5 se muestran algunos ejemplos de esquemas de los dos tipos. Uno de los principios básicos del modelo cognitivo es que los esquemas desadaptativos pueden permanecer inactivos o latentes hasta que son desencadenados por un suceso estresante de la vida. Los pensamientos automáticos son coherentes con las normas de los esquemas.

Una vez detectados los pensamientos automáticos puede analizarse si contienen distorsiones cognitivas y éstas pueden refutarse, generalmente, siguiendo el método socrático. Luego estos pensamientos automáticos irracionales pueden cambiarse por otros no distorsionados que generarán emociones más controlables. Pero quizá todo esto puede entenderse mejor si lo aplicamos a un caso práctico. A mí, por ejemplo, me ha sucedido una situación como ésta en alguna ocasión. Tiene que ver con una de las cosas que peor manejamos de los pacientes difíciles (tabla 6) y donde es más conveniente que tengamos métodos de afrontamiento, recursos para que "no nos pille el toro". Estas técnicas hay que verlas como el capote que necesitan los toreros, algo que tiene que formar parte de nuestro bagaje profesional.

¡CON QUE NO TENÍA NADA!

Un niño de tres años ha sido visto por su médico en la consulta a demanda por un catarro de vías altas sin

Tabla 5. Esquemas cognitivos adaptativos y desadaptativos

Adaptativos	Desadaptativos
No importa lo que ocurra, ya saldré adelante	Debo ser perfecto para ser aceptado
Si me esfuerzo en algo puedo llegar a dominarlo	Si elijo hacer algo debo tener éxito
Soy un superviviente	Soy un fracaso
Los demás pueden confiar en mí	Sin una mujer (u hombre) no soy nadie
La gente me respeta	No importa lo que haga, no triunfaré
Puedo resolver los problemas	No se puede confiar en los demás
Si me preparo con antelación, generalmente hago mejor las cosas	Nunca puedo sentirme cómodo entre la gente
Me gustan los retos	Si cometo un error lo perderé todo
No hay muchas cosas que puedan asustarme	El mundo es demasiado aterrador para mí
Lo normal es que las cosas me vayan bien	Aunque ahora las cosas me vayan bien terminarán yendo mal

Tabla 6. Pacientes difíciles

Desconfiados, exigentes e inconformistas
Demandantes y aquellos que consultan por problemas triviales
Hostiles y desconsiderados
Manipuladores con objetivos concretos
Solicitantes de pruebas y tratamientos sin aceptar el criterio profesional
Desplazados
Somatizadores

complicación aparente. Después de explorarlo, le ha explicado a la madre que el cuadro es autolimitado y que la tos no reviste mayor importancia. No obstante le ha mandado un calmante suave de la tos y medidas higiénicas. Por la tarde –estando de guardia– aparece el padre del niño con una actitud hostil. El niño, con la tos, había vomitado y lo habían llevado a un “pediatra de pago”. Lo “había pasado por rayos” y le había diagnosticado tosferina para lo que le había mandado unos “pinchazos” llamados Lincocín y unas “defensas” llamadas Regender además de un par de jarabes. Se produjo una discusión tras la que el padre del niño no quedó convencido, exigió las recetas del pediatra y amenazó al médico con denunciarlo y con “atenerse a las consecuencias si le pasaba algo a su hijo”. El médico cedió y se fue a la cama muy perturbado emocionalmente. No pudo dormir en toda la noche.

Analicemos esto con un registro como el que a partir de ahora os recomiendo que utilizéis. Al lado de los pensamientos automáticos se ponen las iniciales de la distorsión cognitiva que representan. Éstas se pueden repasar en la tabla 3.

Probablemente este médico después de realizar este proceso es muy probable que se encuentre mejor, con unas emociones más tolerables y por tanto con más margen de maniobra personal. Con el tiempo puede descubrir su propios esquemas cognitivos y trabajarlos sistemáticamente. Este método hay que verlo como un entrenamiento que no asegura resultados mágicos, porque requiere esfuerzo y disciplina, pero que puede procurar unas emociones más controlables (tabla 7).

Este médico, todos los médicos, tenemos problemas para manejar nuestra autoestima que parece bambolearse en exceso con lo que le sucede. Por eso conviene que tengamos algunos conceptos para manejarla adecuadamente y también para ayudar a nuestros pacientes. A continuación se incluyen algunos a tener en cuenta.

Todos tenemos una percepción del valor que nos damos a nosotros mismos y eso afecta de forma decisiva a todos los aspectos de nuestra experiencia. Muchas personas se

Tabla 7. Distinción de emociones negativas

Racionales	Irracionales
Inquietud	Ansiedad
Tristeza	Depresión
Responsabilidad	Culpabilidad
Desilusión	Vergüenza/apuro
Disgusto	Ira
Son adaptativas y suponen	No son adaptativas y suponen
Evaluar como negativo	Tremendismo
Tolerancia a la frustración	“No soportar”
Autoaceptación	Autocondena

Acontecimiento	Emoción	Pensamientos automáticos	Reestructuración	Estrategia
El padre de un paciente lo amenaza injustamente Se ve obligado a hacer algo que considera inadecuado	Cólera	“Esta profesión es una mierda” (IA/SG)	Esta profesión tiene sus “gajes del oficio” pero... también aporta...	Seguiré trabajando según mi criterio. Nadie va a conseguir deteriorarme
	Sensación de fragilidad y baja autoestima	“La gente es imbécil” (IA/SG)	La “gente” es un concepto abstracto... he tenido un problema con alguien concreto pero también unas magníficas relaciones con..	Puedo prescindir de la opinión que alguien tenga de mí
	Miedo a situaciones semejantes	“No merece la pena esforzarse en ayudar a nadie” (IA/SG)	Esta noche he sido pasivo y ha sido un error pero..	Mañana llamaré al director médico y le contaré el tema y si es preciso lo pondré por escrito
	Nerviosismo	“Ese pediatra es un cabrón... Se va a enterar” (IP)	“Debería” es siempre un concepto irracional...	Tengo que mejorar en asertividad. Leeré y me entrenaré en ello sistemáticamente.
	Abatimiento y tristeza	“Soy un maldito cobarde, como siempre” (IA/SG)	¿Qué significa ser un “buen médico”?...	Trataré de mejorar mis habilidades de comunicación para detectar cuando un paciente desconfía y tratar de prevenir conflictos
		“Debería haber actuado de otra forma”	He soportado situaciones similares...	No pensare más en todo esto hasta mañana
		“Si fuera un buen médico no me pasarían estas cosas” (IA/SG)(PD)	Si me denuncian me defenderé con racionalidad y además esto es improbable...	
		“Esto va a ir a peor, no voy a poder soportarlo” (C)	Hablaré con el “compañero pediatra” y aclararé...	
		“Voy a mandar a todo el mundo al hospital” (PP)	Todos los médicos tienen conflictos...	
		“Y si me denuncia ¿qué voy a hacer? (C)		
	“Esto solo me pasa a mí” (IA)			

IA: inferencia arbitraria; SG: sobregeneralización; IP: interpretación del pensamiento; C: catastrofismo; PP: pensamiento polarizado.

sienten menos que otros, inferiores, y esa sensación está en la base de muchas de sus conductas, frecuentemente desadaptativas y causantes de dolor y conflictos interpersonales.

Las personas, a veces, tenemos tendencia a juzgarnos por nuestros logros, por lo que hemos conseguido en función de las expectativas que tenemos. En una sociedad donde el éxito social es sumamente valorado, mucha gente se cree inferior si se compara con los triunfadores. Parecería que una alta autoestima estaría relacionada con el éxito que una persona ha conseguido en relación con sus expectativas previas. Pero también hay triunfadores sociales que se sienten mal consigo mismos. Gente rica y muy reconocida socialmente que en su interior se siente un impostor, alguien sin valor, que está engañando a los demás, que no se siente merecedor de ese reconocimiento y no puede disfrutarlo.

Natahaniel Branden plantea que la autoestima no viene determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, dependería de vivir conscientemente, aceptándonos a nosotros mismos y actuando con responsabilidad, racionalidad, autenticidad, benevolencia e integridad. El individuo se valoraría a sí mismo porque ha actuado inteligente, correcta y competentemente, independientemente de si consigue sus objetivos.

Albert Ellis reconoce que el ser humano tiene tendencia a tener una imagen global de sí mismo, pero esto le parece una idea irracional. Para él, el concepto de valía es un término que no tiene sentido cuando se refiere al ser humano. Frente a esto plantea el concepto de autoaceptación. El individuo puede vivir sin ninguna autoimagen global de su *ego* y puede aceptarse, total e incondicionalmente, sin depender de cómo se comporta o de la opinión que sobre él tienen los demás. En vez de valorarse globalmente a sí mismo y a los otros, el individuo puede valorar solamente sus actuaciones concretas. Si, por ejemplo, fracasa en un examen solo podrá decir que ha hecho mal ese examen por los motivos que sean pero no podrá decir que es un “mal estudiante”, un perdedor o que no vale nada como persona. Globalizar el *ego* y autoevaluarse es irracional e ineficaz porque:

–El ser humano no es un objeto inerte sino un organismo en un continuo proceso. Estamos continuamente realizando acciones. ¿En cuál de ellas nos fijamos más para realizar la autoevaluación? Tendría que existir un sistema de medida especial para cada acción positiva y negativa. Además, ¿cómo se puede medir y valorar un proceso en continuo cambio? ¿Qué tipo de matemáticas podríamos utilizar para llegar a una valoración individual y total de la valía del ser humano?

–Valorar globalmente al individuo por unos pocos actos suyos es una generalización excesiva y no racional.

–La autoevaluación positiva o negativa es ineficaz y a veces dificulta seriamente la solución de los problemas. El individuo puede estar más preocupado en su propio valor

como persona que en solucionar un error si lo ha cometido. Además la autoevaluación absorbe mucho tiempo y energía y puede inmovilizar al individuo si es negativa, impidiéndole rectificar un error.

–La autoevaluación lleva, casi inevitablemente, a rebajar la esencia humana. Si una persona se cataloga como buena, normalmente catalogará a los demás como malos o menos buenos. Eso es problemático. Es más racional pensar que podemos tener rasgos o cualidades mejores o peores que otras personas en un momento dado. Eso supone que todo el mundo tiene cualidades positivas.

–La intolerancia y la falta de respeto a las personas y a sus derechos son consecuencia de la autovaloración global de uno mismo y de los demás. Etiquetar globalmente a una persona está en la base de cualquier forma de intolerancia social. Escribo este texto mientras se celebra el mundial de fútbol de Corea. Alguien recuerda a Barbosa, el portero de la selección brasileña, que perdió, en 1950, la final de la copa del mundo frente a Uruguay por 1-2. Al parecer vivió desde entonces (murió en el año 2000) marginado, nadie quería darle trabajo, todo el mundo le hacía responsable del fracaso porque falló en el segundo gol. Probablemente él mismo nunca superó la culpabilidad de ese error. Es un ejemplo desproporcionado, pero no tan infrecuente como pudiera parecer. El precio a pagar por la fama es un fuerte estereotipo que engloba a toda la persona. ¿Habría que recordar que Barbosa era algo más que un portero de fútbol, que el fútbol es sólo un juego, que el error es humano?

–Dar a cualquier ser humano una valoración global puede ser un artefacto de la forma inexacta en que casi todos los seres humanos piensan y se comunican consigo mismos y con los demás. Es interesante analizar la utilización que habitualmente hacemos del verbo ser. *No es lo mismo decir, el señor K es un médico excelente que decir: el señor K posee excelentes conocimientos sobre medicina de familia.* Hay un matiz diferencial entre las dos frases. La segunda es mucho más precisa y probablemente más “verdadera” que la primera. Admite implícitamente que el señor K es más que médico, que saber medicina es sólo una parte de sus cualidades personales y en absoluto algo que englobe toda su persona.

Hay un fuerte condicionamiento cultural para la autoevaluación global. Desde pequeños, cuando hacemos algo mal, nos dicen, “que somos malos”, si nos equivocamos en algo que “somos tontos”, a la vez que nos recompensan cuando hacemos algo que se considera positivo por “ser buenos”. El lenguaje coloquial se presta de forma natural a expresiones de este tipo, no tenemos más que observar lo que le decimos, en muchas ocasiones, a los niños o a nosotros mismos. Pero esta forma de hablar tiene una repercusión negativa en el pensamiento y en nuestras emociones. Cualquiera que vea enfermos con problemas de salud mental sabe hasta qué punto frases de este tipo los atormentan: “no valgo para nada”, “soy una ruina de persona”, “soy un perdedor”, “soy un indeseable” suelen ruinar, por ejemplo, los pacientes con depresión.

También suele haber confusión entre autoestima y ciertas nociones falsas de egoísmo. El que una persona busque su autonomía, su autorrealización es considerado por algunos como algo negativo y lo califican, a menudo, como conductas egoístas. Esta manera de pensar está apoyada por ideologías que proponen como ideal de vida la renuncia y el autosacrificio. En ellos se enseña a “no ser egoísta” y a ponerse al servicio de algún valor presuntamente superior: el faraón, el emperador, el rey, la tribu, la patria, la familia, la verdadera fe, la raza, el proletariado, la sociedad o el planeta. El esquema siempre es el mismo. Se trata de “vivir para los demás” y es inmoral buscar sentirse bien, perseguir un proyecto propio de vida y la realización personal. En estos sistemas se educa más en buscar la obediencia a alguna clase de figura autoritaria que el desarrollo y la felicidad de los individuos concretos. En algunos momentos históricos se han cometido atrocidades legitimadas por ideologías de este tipo. Frente a esto habría que recordar que cuanto más alto sea el nivel de autoestima de un individuo más probable es que sea solidario y trate a los demás con respeto, amabilidad y generosidad. Y que, paradójicamente, muchos de los vicios atribuidos al egoísmo - como mezquindad, competitividad excesiva y agresividad - son el resultado de personas que se desprecian a sí mismas. Es posible tener una ética basada en el “amor propio” (el filósofo Fernando Savater la ha desarrollado ampliamente en sus obras) en la que es conciliable la búsqueda responsable y libre de la autonomía personal con la solidaridad y con el respeto del resto de los individuos. Esto es una postura humanista en la que puede situarse el modelo de autoestima o autoaceptación del que estamos hablando.

Según Ellis lo único que puede demostrarse - o, más bien no puede demostrarse lo contrario - es que el hombre vale porque vive y decide permanecer vivo y valorar su existencia. Puede autoaceptarse incondicionalmente. Ese hombre es un ser que va a realizar millones de acciones concretas que pueden calificarse como buenas o malas según muchos parámetros, pero ninguna tiene por qué llevarle a pensar que, globalmente, es “bueno” o “malo”. Las personas además somos falibles, podemos cometer errores. Y la autocondena, la culpa, suele empeorar las cosas porque suele llevar a la demonización personal y a centrarse en el pasado en vez de dedicar la energía a procurar no volver, en el presente, a cometer el error y a repararlo si es preciso. Así, hay que proponer responsabilidad frente a culpa, crítica de acciones concretas frente a demonización personal y una actitud orientada al cambio, a detectar las ideas irracionales que pueden estar en la génesis de las emociones perturbadas.

Un médico tiene que tener también un entrenamiento en habilidades sociales. A continuación se reseñan algunos conceptos básicos explicados de forma que también puedan enseñarse a pacientes.

Las personas existimos en un mundo de relación. Continuamente tenemos que resolver conflictos, pedir favores, iniciar relaciones o decir que no. Esto es especialmente im-

portante en el caso de los médicos de familia que vemos decenas de pacientes diariamente. La forma de interactuar con los demás puede ser una fuente considerable de problemas. Todos hemos tenido la experiencia de haber sido en alguna situación demasiado inhibidos o, en otra, haber reaccionado agresivamente. A veces un incidente sin importancia puede, sin embargo, tener una gran repercusión emocional o hacernos perder una relación valiosa. Al contrario una respuesta adecuada puede hacernos sentir muy bien.

En un contexto cultural determinado una *conducta socialmente habilidosa o asertiva* sería aquella que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer sus derechos personales sin negar los derechos de los demás (Alberti y Emmons, 1978). El uso explícito del término *habilidades* significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y que, por tanto, pueden entrenarse. Esto es algo que puede no coincidir con lo que el sujeto piense de sí mismo. Mucha gente tiende a estereotiparse y a verse, por ejemplo, como tímido. Eso es vivido como una dimensión inmodificable del carácter, lo cual se convierte en una profecía que se cumple a sí misma.

El primer autor en utilizar el término *asertivo* fue Andrew Salter en 1949. Lo definió como un rasgo de la personalidad que unas personas poseían y otras no. Posteriormente Wolpe (1958) y Lazarus (1966) hallaron en sus estudios que casi todo el mundo podía ser asertivo - “capaz de expresar sus derechos y sentimientos personales” - en algunas situaciones y totalmente ineficaces en otras. Jakubowski-Spector (1973) y Alberti y Emmons (1970) descubrieron que las personas que mostraban una conducta poco asertiva creían que no tenían derecho a sus sentimientos, creencias y opiniones. Se sentían inferiores a los demás y muy a menudo tenían emociones perturbadoras como tristeza, miedo o baja autoestima.

Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer las principales conductas que abarcan las habilidades sociales. Son 4:

1. La capacidad de decir “no”.
2. La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
3. La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
4. La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

El sistema de creencias desde el que hay que plantear el concepto de asertividad está ligado al anteriormente tratado de autoestima. Todos los seres humanos tenemos valor por nacer, somos iguales y por tanto tenemos unos derechos humanos básicos (DHB) (tabla 8) que podemos reivindicar para nosotros y respetar en los demás. Se trata de que cada persona pueda expresar sus deseos sin manipular a los otros, ejerciendo su libertad con firmeza, honestidad y respeto. Es una postura humanista que trata de no producir estrés innecesario a los demás y apoyar la auto-

Tabla 8. Derechos humanos básicos (dhb)

Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma asertiva –incluso si la otra persona se siente herida- mientras no violes los DHB de los demás
Derecho a ser tratado con respeto y dignidad
Derecho a rechazar peticiones sin sentirte culpable o egoísta
Derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos
Derecho a detenerte y pensar antes de actuar
Derecho a cambiar de opinión
Derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta que la otra persona tiene derecho a decir que no)
Derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer
Derecho a ser independiente
Derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad
Derecho a pedir información
Derecho a cometer errores y ser responsable de ellos
Derecho a sentirte a gusto contigo mismo
Derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las de los demás. También tenemos derecho a pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las de los demás
Derecho a tener opiniones y a expresarlas
Derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses, siempre que no violes los derechos de los demás
Derecho a hablar sobre un problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros
Derecho a obtener aquello por lo que pagas
Derecho a escoger no comportarte de forma asertiva
Derecho a tener derechos y defenderlos
Derecho a ser escuchado y ser tomado en serio
Derecho a estar solo cuando así lo escojas
Derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de alguna otra persona

realización de las personas. Tanto si se trabaja la asertividad con un paciente o con un grupo hay que comenzar enseñando a que identifiquen sus derechos humanos básicos y los diferencien de los *derechos de rol* (ligados al papel que una persona puede representar en un grupo o situación). En la consulta puede explicarse el concepto y revisar los derechos principales pidiendo la opinión del paciente y comentando sus dificultades para ejercerlos. Es importante que se insista mucho en los DHB como la base desde la que una persona puede intentar ser asertiva. Así el paciente podrá intentar ser asertivo aunque sea criticado por ello, contraatacar cualquier culpa irracional que tenga y estar orgulloso de su aserción aun en el caso en que a nadie más le agrade su conducta.

El siguiente paso es que el paciente identifique claramente la diferencia entre una conducta asertiva, pasiva y agresiva.

–Conducta pasiva. Una persona con una conducta pasiva permite que los demás violen sus DHB. Se calla cuando no quiere callarse, dice “sí”, cuando quiere decir “no”, no sabe defender sus intereses, ni sus preferencias. Es frecuentemente manipulado por los demás que tienen tendencia a utilizarla pero a no valorarla. Se pasa la vida haciendo “favores”, cuando muchas veces no le apetece y no expresa claramente sus deseos, con lo que los demás no tienen una idea clara de lo que quieren y tienen que pasarse la vi-

cados para el autocuidado que, en muchas ocasiones, no son conocidos en el mundo médico. En la bibliografía se reseñan algunos de calidad con los que pueden aprenderse algunas de estas técnicas. Ésta puede ser la base de un método personal para autocuidarnos que cultivemos diariamente y que podemos aplicar a una gran cantidad de situaciones que pueden ocurrirnos en el curso de nuestro trabajo.

da adivinándolo. Son personas que pasan por “buenas” y su ventaja es que raramente reciben un rechazo directo por parte de los demás pero tampoco son auténticamente apreciados. La desventaja es que van acumulando resentimiento e irritación que, a veces, los hace explotar y que los termina sumergiendo en la amargura. Este tipo de conductas son muy frecuentes en pacientes que tienen ansiedad y depresión.

–Conducta agresiva. Para conseguir sus objetivos una persona con una conducta agresiva es capaz de arrasar los derechos de los demás. Es capaz de pelear, de agredir, de amenazar, de jugar sucio. En esta sociedad esas conductas pueden producir ventajas porque mucha gente tiene miedo a ellas - sobre todo los pasivos- y muchas veces los individuos que las practican consiguen lo que se proponen. Sin embargo los agresivos tienen muchos conflictos, la gente los evita, no los quiere y terminan siendo rechazados. Muchos hombres pueden tener conductas agresivas en situaciones de estrés o depresión (luego se hunden en la culpa). Paradójicamente personas con baja autoestima pueden manifestarse en ciertos momentos con agresividad, de manera manifiesta o encubierta en forma de agresión pasiva.

–Conducta asertiva. En cada situación interpersonal hay una respuesta asertiva. Supone la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de otras personas. El mensaje básico de la aserción es: *esto es lo que yo pienso; esto es lo que yo siento; así es como yo veo la situación*. No trata de degradar, ni humillar al otro y siempre está abierta a la negociación. La aserción implica respeto, no servilismo. Respeto hacia uno mismo y hacia los demás, que en todo momento saben que están frente a una persona que va a expresar sus necesidades o su disgusto, que va a actuar con libertad. La conducta asertiva suele ser la más eficaz para conseguir objetivos personales, que la agresiva o la pasiva, pero no está planeada para que el individuo consiga siempre lo que quiere. Tampoco elimina la posibilidad de conflicto. La persona siempre tiene que sopesar las consecuencias a corto y largo plazo y puede ser una conducta asertiva escoger, conscientemente, no ejercerla, después de calibrar las circunstancias concretas. El individuo que se comporta asertivamente suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo.

Todas estas técnicas y otras pueden aprenderse y lo que es mejor: autoaprenderse. Porque hay muchos libros enfo-

Como final me gustaría subrayar:

–No debemos resignarnos a “quemarnos” aunque haya muchos motivos para ello. Siempre (o casi siempre) podemos hacer algo.

–Podemos aprender métodos de autocuidado como el que se ha expuesto que nos ayuden a afrontar mejor las dificultades de nuestro trabajo. Esto puede ser un trabajo personal o en grupo, analizando en cada equipo las dificultades que surjan y desarrollando estrategias de afrontamiento entre todos.

–También hay que aprender a pedir ayuda. La administración y las sociedades científicas deberían estimular el desarrollo de grupos de ayuda liderados por médicos formados en el manejo de estos problemas. Asimismo la administración debería detectar y prestar ayuda a los profesionales con un SB intenso.

Y no olvidar que:

La situación puede ser desesperada pero no sería. El sentido del humor siempre ayuda.

Y en cualquier caso siempre nos quedará París y... Oliver Sacks y Cortazar, y Marguerite Yourcenar y Fernando Savater... y toda la literatura del mundo (aunque aquí sólo os he puesto algunos de los que me han ayudado a superar el SB a lo largo de 19 años en los pueblos de La Mancha).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Ellis A et al. Manual de terapia racional-emotiva. DDB; 1981.

Ellis A et al. Práctica de la terapia racional-emotiva. DDB; 1989.

Ellis A et al. Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva. DDB; 1990.

Libros originales de Albert Ellis donde pueden aprenderse los fundamentos y la aplicación clínica de la RET. En el “Manual de RET” pueden encontrarse las bases teóricas, los datos de investigación que apoyan las distintas hipótesis clínicas y la aplicación clínica en diversos trastornos y situaciones. En los otros dos libros se profundiza en la aplicación clínica en situaciones concretas de forma mucho más pormenorizada.

Beck A et al. *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB; 1983.

Libro básico en el que Beck expuso su teoría cognitiva sobre la depresión. Explica los fundamentos teóricos y las distintas técnicas para ponerlas en práctica con el paciente depresivo concreto. Es muy completo, profundo y asequible.

Wright JH, Beck AT. *Terapia cognitiva*. En: Talbott JA et al, editores. Tratado de psiquiatría. Ancora S.A.; versión electrónica; 1996.

Magnífico capítulo, ideal para introducirse en la terapia cognitiva. El libro en el que está incluido es un magnífico texto de psiquiatría general muy útil para nosotros. Hay versión electrónica.

Mckay M, et al. *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca; 1985.

Davis M, et al. *Técnicas de autocontrol emocional*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca.

Libros muy prácticos para entrenamiento de las diversas técnicas cognitivoconductuales. Están planteados para biblioterapia.

Cautela JR. *Técnicas de Relajación*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca; 1985.

Técnicas de relajación para adultos y niños con un entrenamiento muy pormenorizado.

Linn SJ, et al. *Psicoterapias contemporáneas*. DDB; 1988.

Para conocer los fundamentos y las técnicas de los distintos tipos de psicoterapias. Todos los capítulos están escritos por autores importantes dentro de cada orientación.

Goleman D. *La inteligencia emocional*. Kairós; 1996.

Best seller que puede ayudar a introducirse en estos temas. Está basado en toda la teoría cognitiva pero produce el equívoco de plantear el libro como “un descubrimiento de las emociones”. En mi opinión hay que leerlo críticamente pero tiene cosas aprovechables.

Caballo VE. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI editores S.A.; 1993.

Manual muy profundo para aprender a entrenar las habilidades sociales. Recoge muy pormenorizadamente todos los aspectos de una forma muy operativa y fácil de aprender.

Branden N. *Cómo mejorar la autoestima*. Paidós; 1988.

Libro de divulgación en el que Branden explica de forma sencilla su concepto de autoestima.

González Corrales R. *Psicoterapia de apoyo: un enfoque cognitivo. Cursos a distancia 300 horas. Módulo de salud mental*. Saap; 2000.

Tema en el que traté de resumir algunos de los conceptos cognitivos y hacerlos operativos para la psicoterapia de apoyo.

Burnout en Medicina: ¿qué hacer cuando las cosas se complican?

Jesús de la Gándara Martín

Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital General Yagüe. Burgos.

El *burnout* fue un concepto afortunado introducido por un señor llamado Freudemberguer, psicólogo clínico, allá por

1974. Posteriormente fue estudiado en profundidad y difundido por Cristina Maslach, quien publicó varios estudios a partir de 1977 y difundió el concepto, sus características, sistemas de evaluación, repercusiones, etc. Pero cuando cobró verdadero auge sanitario y social fue a partir de la Conferencia Nacional sobre el *Burnout* celebrada en 1981 en Filadelfia.

La importancia científica, sanitaria y social del *burnout* creció rápidamente y sigue aumentando. En realidad desde sus inicios el *burnout* “prendió” con garra en la mente de investigadores, psicólogos, psiquiatras, y sobre todo, en la de los “sindicalistas”: ¡por fin tenían un buen nombre para expresar sus quejas y reivindicaciones laborales! El interés ha crecido en la medida en que ha aumentado la importancia de los servicios sociales y los dedicados al cuidado de los seres humanos, a medida que ha cobrado relevancia la atención al bienestar global del individuo y la sociedad.

Esto se debe a que las personas que trabajan en ellos son las que están sometidos a una mayor exigencia y también a una mayor valoración por parte de los usuarios. Ambos aspectos se asocian con una gran expectativa, más estrés, más cansancio, etc.

Por otra parte, cada vez se conocen mejor los riesgos del estrés sobre las personas y las organizaciones. Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó la decisión de incluirlo en el Capítulo XXI de la CIE-10, como un factor de riesgo para la salud.

En síntesis, y a modo de definición conceptual, puede aceptarse que el *burnout* es: *un tipo de estrés laboral que se da específicamente en los profesionales que mantienen un contacto constante y directo con los beneficiarios de su trabajo, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio.*

Por lo tanto el personal sanitario y docente, o los que trabajan en servicios sociales, tales como las fuerzas del orden, el personal de justicia, etc. son los más susceptibles de padecerlo.

La definición más extendida y aceptada es la de Maslach y Jackson: *se trata de una respuesta inadecuada a un estrés laboral con implicaciones emocionales, de carácter crónico, y cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, la actitud fría o despersonalizada hacia los demandantes del servicio, y el sentimiento de fracaso en lo que se está realizando por parte del trabajador.*

Otras definiciones acentúan aspectos semejantes, tales como el agotamiento físico, emocional y mental; el agotamiento físico unido a sentimientos de desesperanza, indefensión y pérdida de recursos emocionales; el desarrollo de actitudes negativas hacia la vida y las personas; la presión emocional alta y constante asociada a la implicación con otras personas, etc.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEL BURNOUT?

Lo primero que cabe decir es que hay muchas, nunca hay una sola, y además todas interactúan. Así pues el modelo causal es complejo. Por ejemplo, puede darse una interacción negativa entre el medio laboral, el equipo y los “clientes”, lo cual supone un elevado riesgo de *burnout*.

Otros factores causales típicos son:

–Las diferencias entre las expectativas laborales y la realidad.

–La implicación constante con personas que sufren, en una relación cargada de frustración, temor y desesperanza.

–La sobrecarga de trabajo, unida a la falta de estímulos.

–Las bajas expectativas de refuerzos y la altas previsiones de castigo.

–Y sobre todo la interacción de alguna o varias de ellas con profesionales mal preparados, poco motivados o, en definitiva, “poco profesionales”.

Cuando se empezó a estudiar científicamente el *burnout* como un hecho independiente, se evidenció que lo componían tres factores o dimensiones esenciales:

1. Agotamiento.

2. Despersonalización.

3. Fallo en la realización laboral.

Las características de estos tres factores son las siguientes:

–El agotamiento emocional es equiparable a pérdida de energía, fatiga física y psíquica.

–La despersonalización supone la aparición de actitudes negativas hacia los beneficiarios del trabajo, el distanciamiento emocional con ellos, la irritabilidad y rechazo, etc.

–La baja realización personal se asocia a sentimientos de incapacidad, de fracaso, de baja autoestima e ineficiencia laboral.

Otra cuestión analizada en profundidad por los expertos es cómo se relacionan evolutivamente los tres factores, es decir cuál de ellos aparece primero, cuál se considera causa del siguiente, etc. Esto, dicho sea de paso, no es anodino, sino muy relevante de cara a establecer las medidas preventivas apropiadas. Hay diferentes modelos evolutivos:

–Según Golembiewsky et al, primero es la despersonalización, luego la baja realización personal y por último el agotamiento.

–Según Leiter, primero se observa el agotamiento emocional, luego la despersonalización y por último la baja realización personal y laboral.

–Según Klarreist, se parte del optimismo, se pasa a la desilusión y la frustración y se acaba en la desesperación.

–Según Edelwich y Broddky, lo primero es el idealismo, al que le sigue el estancamiento y se acaba en la frustración y la apatía.

Algunas de las variables relacionadas con el riesgo menor o mayor de *burnout* son las siguientes:

–Edad: a más edad más seguridad, pero también más desgaste.

–Sexo y familia: las mujeres parecen más resistentes, pero también sufren mayor acumulación de tareas.

–La personalidad: los que se implican más emocionalmente son más vulnerables.

–El entrenamiento: los menos habilitados profesionalmente son más vulnerables.

¿CÓMO SE MANIFIESTA EL *BURNOUT*?

Es decir, ¿cómo podemos reconocer a una persona que está en *burnout*? Pues bien, las manifestaciones o repercusiones más habituales del *burnout* son:

–Psicosomáticas: fatiga, cefaleas, insomnio, úlcera u otros trastornos gastrointestinales, hipertensión, cardiopatía isquémica, etc.

–Conductuales: absentismo laboral, abuso de sustancias, conflictos familiares, conductas de riesgo, etc.

–Emocionales: ansiedad, impaciencia, irritabilidad, desconfianza, depresión.

–Defensivas: aislamiento, negación de emociones, desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones, atención selectiva, cinismo, etc.

Las consecuencias laborales son muy claras y graves:

–Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral.

–Disminución de la calidad del trabajo.

–Absentismo laboral.

–Reconversión profesional.

–Abandono de la profesión.

Pero además tiene consecuencias familiares graves:

–Incomunicación.

–Hostilidad.

–Ruptura familiar.

Y también consecuencias personales:

–Exaltación de actividades extralaborales (*hobbies*) poco o nada compensatorias.

–Aislamiento social.

Y se asocia con el riesgo de padecer trastornos psíquicos específicos, tales como: ansiedades, depresiones, conductas suicidas, o abuso de drogas legales.

Como se aprecia, toda suerte de desgracias, que parecen provenir directamente de la maldición bíblica que alguien echó sobre el trabajo. Podríamos decir, en tono irreverente, que quizá fuese a este tipo de relaciones entre los seres humanos y el trabajo, el malo, el que provoca *burnout*, a la que se refirieron el autor del famoso libro o sus escribanos cuando pensaron en la cuestión. Puede que en realidad el *burnout* fuese el primero de los modelos de estrés del ser humano.

Pero en fin, dejando a un lado las bromas, y con las debidas disculpas, creemos los autores que con todos estos fundamentos ya está usted en condiciones de abordar el núcleo del asunto, que no es otro que:

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL *BURNOUT*

¿Es posible prevenir el estrés laboral?, ¿se puede llegar a una solución de compromiso entre estrés y trabajo?, ¿es posible trabajar con elevada presión sin quemarse?, o por el contrario ¿todos los trabajadores de la salud están abocados a acabar estresados y quemados?

La cuestión no es sencilla, ya que se trata de manejar variables humanas complejas, como son la capacidad de rendimiento y adaptación, aprendizaje, las costumbres, la preparación, las relaciones, las condiciones laborales, las normas y rasgos de las organizaciones, etc.

Aun con todo creemos poder ser optimistas y transmitirle un mensaje esperanzador, que tal vez a usted le parezca demasiado “teórico”, pero que a poco que se fije en la “sustancia” del mismo se dará cuenta de que tiene muchos puntos en común con lo que es la vida real, el trabajo cotidiano, y le permitirá detectar posibles fuentes de conflicto y aplicar algunos “trucos” o remedios para sus problemas personales.

Haciendo una síntesis de los aspectos esenciales, que los interesados pueden ampliar en las fuentes recomendadas, la prevención y el tratamiento del *burnout* se basa en realizar las adaptaciones y cambios apropiados en los siguientes niveles: individual, social, institucional y terapéutico.

Vayamos por orden:

El manejo individual

Se fundamenta en dos principios:

1. Trabajar mejor en vez de trabajar más.
2. Cuidar de sí mismo, además de cuidar de los otros.

1. Trabajar mejor en vez de trabajar más significa lo siguiente:

En primer lugar, establecer objetivos realistas, lo que vendría a ser algo así como no pasarse de utópico ni de ingenuo trabajando pero tampoco quedarse en lo de Santo Tomás.

En segundo lugar hacer la misma cosa pero de distinta manera, para lo cual lo mejor es aplicar el ingenio, la ilusión y la curiosidad, tres recetas esenciales para no aburrirse, no caer en el “adocenamiento”, y mantener firme el orgullo profesional.

En tercer lugar, es preciso aprender a tomar los asuntos con cierta distancia, lo que significa que es necesario implicarse, pero no perder nunca los límites ni el control sobre lo que se hace.

Otra recomendación útil podría formularse como obligarse a pensar antes de actuar significa aprender a evitar la rutina y el tedio que lleva consigo. Obviamente es bueno aprender a utilizar sistemas de trabajo protocolizados, lo que ayuda a trabajar con más calma y alta eficiencia sin demasiado esfuerzo, pero si no se siente uno autor y actor de los mismos, se corre el riesgo de convertirlos en mera rutina y eso es malo, es aburrido y decepcionante.

Otra más: hacer pausas y no prolongar más de lo debido y cabal, ya sabe eso que dicen los operarios: “en todos los trabajos se fuma”, y luego cuando se acaba se acabó, sin

caer en las prolongaciones indefinidas de los que no saben dejar de trabajar, casi siempre por inseguridad en sí mismos, ni en las escisiones bruscas, de los que dejan de ser médicos cuando salen del centro de Salud.

En este mismo sentido es conveniente aprender a establecer límites, aunque no escisiones. Veamos un ejemplo práctico:

Pregunta: ¿Se puede estar médico?

Respuesta: No, en absoluto, se es médico siempre, aunque no siempre se tenga que “estar” médico.

2. Cuidarse a sí mismo además de a los otros

Tal frase podría traducirse a nivel práctico en los siguientes aspectos:

En primer lugar es conveniente acentuar aspectos positivos de lo que se hace (alguno tendrá su trabajo, por muy malo que le parezca), evitando así las actitudes de desesperanza, desconsuelo y desmoralización. La visión exclusivamente negativa de lo que uno hace acaba convirtiéndose en una visión negativa de lo que uno es, y eso es muy malo.

En segundo lugar conviene conocerse y fiarse de uno mismo, de las propias cualidades y recursos, pero hay que hacerlo en tono realista y no en plan narciso inconsecuente, ni tampoco en plan depresivo autoculpabilizante. Piense que conocer los propios límites es la mejor forma de proponerse el mejorar las habilidades (estudiar) y también saber pedir ayuda cuando sea preciso.

Otra buena recomendación, que por desgracia no es fácil de cumplir es que conviene cambiar alguna vez de tipo de trabajo, de cargo o al menos de destino, eso, aunque al principio te pueda dar miedo por el esfuerzo de adaptación, o aunque cueste dejar el sillón del “jefe”, siempre es muy recomendable hacerlo, es una cura de higiene mental y humildad afectiva.

Manejo social del *burnout*

Los aspectos de la vida social de las personas son fundamentales para mejorar o, por el contrario, complicar los asuntos laborales.

En primer lugar está todo lo referente a la vida privada. Es esencial mantener en buenos términos la relación con la familia. La familia nos conoce bien, puede detectar si estamos o no estresados, y desde luego se percatarán, sufrirán las consecuencias, podrán ayudarnos si nos ven “quemados”.

Dentro de lo social, las actividades de ocio son igualmente importantes, aunque en este caso hay que tener en cuenta que el ocio es útil para descansar, pero que no es todo, ni lo único, hay muchos “quemados” que acaban haciendo de todo menos lo suyo. Algunos médicos acaban creyendo ser pintores, escritores o deportistas y olvidan que son médicos, y suele suceder que ni lo uno ni lo otro.

La participación en colegios, asociaciones, actividades científicas y para-científicas, etc. suele ser otra excelente recomendación, aunque igualmente debe hacerse con mesura, no sea que uno acabe siendo y haciendo lo que no quiere y tenga el doble de motivos para quemarse.

Por último, dentro de este apartado, es muy recomendable contar con los mejores apoyos, y para eso es recomendable tener en cuenta que “la amistad es la mejor medicina”: un compañero/a de trabajo puede ser además un buen amigo/a en quien confiar, que nos alerte cuando nos vea estresados, y nos sofoque cuando estemos quemados. El *burnout* nos lleva con frecuencia a enfados con los compañeros y amigos, y hay que evitarlo a toda costa: no confundir el estrés con la animadversión, y no combatir el *burnout* con riñas y desavenencias.

Manejo institucional

En principio, es en esta vertiente del trabajo, en las dificultades organizativas, administrativas, burocráticas, etc. donde casi todas las personas quemadas tratan de encontrar las causas de sus problemas y por lo tanto donde buscan las soluciones. Pero en realidad sólo en algunos casos las malas relaciones institucionales, la mala organización laboral o las exigencias excesivas son las causas del *burnout*. Lo más probable es que sea en las características personales y laborales de los propios trabajadores donde se encuentren las claves de los problemas y por ende de las soluciones. Por otra parte los aspectos institucionales, aunque parezca que son los más fáciles de cambiar, habitualmente son inamovibles, ya que cuando se pretende cambiar algo, enseguida se choca con cuestiones de tipo administrativo o legal, o con repercusiones negativas para otros.

Así pues la primera recomendación es que tratemos más en mejorar a las personas y menos en cambiar las instituciones. Más dedicación al trabajador y menos al trabajo: los trabajos son siempre según, quién y cómo.

No obstante lo esencial en este aspecto es analizar correctamente la interacción persona - entorno laboral, y hacer los ajustes oportunos. Pero esto no siempre es posible, depende de muchas cosas, tales como el interés de los jefes, la flexibilidad de las administraciones, la organización laboral, etc.

Es conveniente hacer los cambios oportunos en los puestos de trabajo, siempre que sea posible. Por ejemplo favorecer el reciclado de los profesionales, institucionalizando la formación continuada, estimulando la investigación, etc.

Otros aspectos sencillos de promover son la flexibilidad de los horarios, o las adecuaciones del ambiente laboral, incluso con pequeños cambios, tales como mejorar el espacio, el mobiliario, las dotaciones técnicas, la luz, la decoración, etc.

Dentro de la propia organización a veces es posible favorecer la división de responsabilidades, evitando concentrar las exigencias en los más dispuestos y capacitados.

Desde la propia organización y sus responsables es necesario que se procure evitar la sobrecarga laboral real (¡no sólo a nivel de quejas subjetivas!) de los trabajadores más eficientes, evitando la contaminación del su tiempo libre, impidiendo que se “lleven tareas para casa”.

Por último están todos los aspectos tendentes a mejorar la relación entre los profesionales y los superiores, lo

cual se puede conseguir favoreciendo la buena comunicación, lo que a su vez facilita el que los trabajadores con más riesgo se puedan apoyar en los líderes naturales, lo que mejora la confianza en su capacidad y secundariamente supone una promoción de la seguridad en ellos mismos.

En todo caso siempre hay que atender a los aspectos particulares de cada caso individual, procurando detectar precozmente los casos de riesgo y evitando llegar a niveles de *burnout* imposibles de resolver.

Manejo terapéutico médico-psiquiátrico

Lo primero es: *mens sana in corpore sano*, es evidente, y no requiere más comentarios.

Para mejorar la condición física es recomendable practicar deporte asiduamente, no competitivamente. Una cosa es mejorar el bienestar físico y otra machacarse el cuerpo para tratar de engañar a la mente y escapar del estrés. Eso no es posible.

Otra buena recomendación es utilizar métodos de relajación reglados y constantes, pero con ellos ocurre igual que con el deporte, que hacerlo solo “de pascuas a ramos” no sirve para nada, hay que practicarlos con constancia y rigor, lo cual no quiere decir que tenga que ser con dolor y aburrimiento, sino que hay que hacerlo como quien come o duerme, como las buenas costumbres.

Por último daremos algunas recomendaciones sobre cómo tratar las complicaciones psiquiátricas que produce el *burnout*.

Lo primero que debemos sugerir es que se realice con la tutela o al menos con la colaboración de un especialista en psiquiatría. El *burnout* no es una enfermedad mental, pero sus complicaciones sí lo son, y su diagnóstico suele ser difícil, ya que se confunde con el concepto vulgar de “estrés”, y se corre el riesgo de que alguna buena persona, algún alma caritativa, te recete un consejo: ¡Tú lo que estás es estresado, y lo que tienes que hacer es relajarte y pasar de todo!; con lo cual tú te quedas como estabas y además te sientes culpable por no saber hacer eso tan sencillo y bueno que te acaba de recomendar ese gran “conocedor del estrés” que es tu mejor amigo.

Así pues y dado que este último aspecto parece ser el más complejo, también le dedicaremos más atención.

Cuando aparecen complicaciones psiquiátricas tales como la ansiedad patológica y la depresión, junto a los abordajes descritos hasta aquí (individual, social e institucional), hay que añadir un tratamiento farmacológico. Todavía hay un debate abierto acerca de si el estrés y el *burnout* se deben tratar o no farmacológicamente, debate que a nuestro entender sólo expresa una mala comprensión de lo que realmente son el estrés y el *burnout*. Para resolver esta cuestión es preciso responder a las siguientes preguntas: ¿el estrés es una enfermedad?; por lo tanto ¿debe ser tratado médica y psiquiátricamente?; en todo caso, ¿dónde está la frontera entre el estrés y los mecanismos de adaptación?; o finalmente, ¿si se trata el estrés secundario a las exigencias adaptativas se dificulta que la persona aprenda a resolverlas en el futuro?

Como se puede apreciar se trata de preguntas demasiado complejas para este breve manual, y que tal vez requerirían ampliaciones excesivas de los límites y objetivos del programa. No obstante trataremos de exponer algunos argumentos clarificadores.

La primera es una razón práctica y constante: la mayoría de las personas estresadas se tratan sus propios “nervios” con sustancias psicoactivas, lo sepan o no, lo busquen o no, etc. Se trata de la llamada “hipótesis de la automedicación”, y supone que las personas estresadas o “quemadas” usan y abusan de drogas legales (y a veces ilegales) para estimularse, tranquilizarse, etc. Alcohol, cafeína, analgésicos, tisanas, vitaminas, remedios naturistas, homeópatas y otras soluciones de medio pelo y condición son proclamados y vendidos a los cuatro vientos como las soluciones para escapar del estrés y alcanzar la felicidad.

Conclusión: ¡allá cada uno!, pero a un servidor le merecen más confianza los métodos bien contrastados y validados científicamente.

El segundo argumento puede clarificarse respondiendo a otro interrogante: ¿existen los fármacos antiestrés?: pues bien, como tales específicos, no existen; no parece posible que un simple fármaco pueda convertirse en una especie de sabio que sea capaz de adentrarse y ajustar los complejos mecanismos del estrés, que van desde lo social a lo biológico, desde lo personal a lo neuroquímico.

No obstante diremos que sí existen los fármacos que mejoran la tolerancia al estrés y facilitan que la persona utilice adecuadamente sus capacidades de adaptación. Eso aseguran los expertos del *European CNS Advisory Board of Management of Stress*: “el tratamiento farmacológico del estrés es adecuado, asociado a medidas de psicoterapia e higiénico-dietéticas”.

Para estos fines se pueden usar los ansiolíticos, de hecho es una práctica habitual, encubierta o explícita, que se realiza habitualmente por autoprescripción, y también es habitual que se haga como forma inespecífica de resolver en la consulta médica esos casos tan “insoportables” de personas nerviosas, somatizadoras, estresadas, etc. que inundan las listas de espera y agobian las consultas de los sufridos médicos de Atención Primaria. Eso no es lo que se debe hacer, de hecho es mejor prescribir ansiolíticos con conocimiento de causa y con control, lo que evita los manejos inapropiados en cuanto a las dosis, tiempos, planes terapéuticos, etc.

Hay diferentes ansiolíticos para diferentes situaciones: por ejemplo benzodiazepinas, bloqueadores beta, buspirona, etc., pero de hecho las benzodiazepinas son los fármacos de elección en estos casos. El plan terapéutico debe mantenerse dentro de los siguientes parámetros: deben usarse previa evaluación médica o psiquiátrica; con un plan terapéutico y un seguimiento ordenado; a corto o medio plazo, nunca para siempre; el uso puede ser continuo o intermitente, según criterio facultativo, y nunca deben sustituir a las medidas higiénico-dietéticas, tales como ajustes en el estilo de vida, deporte, reducción de drogas legales, etc.

También se pueden utilizar los antidepresivos, ya que de hecho hay una clara relación entre estrés y depresión,

explicable por el modelo de *burnout*: las personas muy estresadas, que llegan a quemarse, desarrollan un comportamiento que es superponible a la de las personas deprimidas, y de hecho hay muchos solapamientos entre *burnout* y depresión: mecanismos y síntomas comunes, y también soluciones comunes.

No obstante antes de usar antidepresivos es preciso diferenciar entre el estrés agudo y sus consecuencias a largo plazo: el estrés agudo genera ansiedad, sus consecuencias a largo plazo pueden ser la depresión y el *burnout*. Esta formulación es apoyada también por el *European CNS Advisory Board on Stress*, cuando dice que “los antidepresivos son una recomendación de segundo orden”.

El plan de uso correcto de antidepresivos para el estrés y el *burnout* debe atenerse a los siguientes criterios:

- Deben usarse previa evaluación médica o psiquiátrica.
- Secundariamente a un ensayo con ansiolíticos.
- Sólo si hay síntomas depresivos persistentes.
- Con un plan terapéutico y un seguimiento a largo plazo.
- A las dosis antidepresivas normales.
- Preferiblemente usar los antidepresivos que interfieran menos con el rendimiento (como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina).

Para estos antidepresivos los psiquiatras han postulado un efecto «serenizador», algo así como un mecanismo preventivo del estrés, basado en un aumento de la tolerancia al mismo, una especie de “regulación a la baja” de las repercusiones del mismo sobre la persona, una especie de efecto “coraza”. Los antidepresivos mejoran los síntomas de agotamiento y baja autoestima del *burnout* y además tienen efecto ansiolítico a largo plazo, lo que igualmente aumenta tolerancia al estrés. Por otra parte es posible y recomendable usarlos asociados a los ansiolíticos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

A disposición de los interesados: jgandara@chburgos.es
De la Gándara JJ, et al. Estrés y trabajo. Madrid: Ed. Cauce Editorial; 2000.

Signos de alarma para el *burnout*: una perspectiva integral para el autocontrol

José Antonio Flórez Lozano

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

Incluso los familiares y los propios pacientes son percibidos como agentes desencadenantes y observadores del *burnout* del médico; es decir, de los diferentes signos de

alarma. El paciente sufre cada día, pero también el médico, y ello supone un gran desgaste psíquico¹ 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 este aspecto pienso que es interesante reflexionar sobre 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 este 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.

Lenta, pero inexorablemente, la pasión, el entusiasmo y la curiosidad científica del médico 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 paciente, quizá podría proporcionarle un tratamiento más eficaz, etc. Cuando el médico 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 este 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 médico 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 médico 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 este 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, este 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 estas 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. 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 autodestructivas, 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. Éste 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. 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 este sentido, un médico decía: “el paciente quiere machacarte y los familiares son insoportables”... Otro médico, 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 equipo², lo que favorece y explica la aparición de dicho síndrome en muchos de sus miembros.

Igualmente, el carácter disfuncional del sistema sociosanitario 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 este proceso se puede contagiar peligrosamente entre todos los miembros del equipo sociosanitario, 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 estos fenómenos. Sin duda, el “sentimiento de superioridad” del médico es un riesgo implícito a la práctica clínica; de esta 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 favorecen la aparición de este 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 que no está consciente de las frustraciones inherentes a su profesión acaba experimentando resentimiento contra los pacientes, lo que naturalmente, le resulta desmoralizador. El médico 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 este 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.

Otro de los signos más graves es el distanciamiento profesional y emocional del médico de sus pacientes. El médico 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*³. 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 este 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 de 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 costes 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.

Esta institución, por ejemplo, también consiguió rebajar significativamente los gastos económicos, a tal punto que redujo los pagos por demandas de un millón y medio de dólares por año a 180.000 dólares. La experiencia demuestra también que cuando los pacientes que han resultado perjudicados por un error médico son tratados con honestidad y respeto, disminuye su hostilidad y son menos propensos a poner demandas, sin duda, la neutralización o disminución de estos potentes agentes estresantes elevan el entusiasmo y el optimismo del médico y evita además graves complicaciones psicopatológicas en él. 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 vocacionales; la mente humana, no puede aceptar sin más una pérdida de tal calado emocional. El médico 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*". A veces, ciertamente, el sujeto permanece en un mundo de autoengaño, de ilusión para no arrastrar 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. Él 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 este 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 sudación 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 medicina; 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:

1. Deterioro de la salud física y mental.
2. Insatisfacción personal y laboral.
3. Reducida productividad en el trabajo.
4. Deterioro de las relaciones personales y familiares.
5. Irritabilidad y repentinos cambios de humor. Expresión afectiva ansiosa, tensa, temerosa, embotada.
6. Autopercepción de ineptitud, autodevaluación e inadecuación social (soledad y vacío).
7. Cansancio crónico y falta de energía.
8. Dificultad para resolver los pequeños problemas que surgen en el trabajo.
9. No estar dispuesto a “regalar” ni un solo minuto de tiempo al hospital.
10. Ausencias injustificadas al trabajo, bajas laborales frecuentes o impuntualidad.
11. Incapacidad para ver los éxitos laborales.
12. Hablar continuamente del mal ambiente laboral.
13. Problemas digestivos (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), dolores musculares (mialgias) y jaquecas.
14. Crisis de insomnio injustificadas.
15. Alteraciones cardiovasculares (hipertensión y enfermedad coronaria).
16. Disfunciones sexuales.
17. 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: a) sentimiento de agotamiento; b) afectividad plana. El médico ve como se vacía su capacidad de entrega a los demás y c) sensación de imposibilidad de enfrentar la situación.

2. Despersonalización: a) anestesia emocional (proceso de deshumanización); b) insensibilidad hacia los sentimientos y necesidades de los otros y c) 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 interpersonales⁴.

3. Reducido sentido de logro: a) 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 y b) sentimiento de incapacidad de logro. Tendencia a evaluarse negativamente, sintiéndose infeliz y descontento consigo mismo y con su labor⁵. 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 esta 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 este 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.

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 médico no son fáciles, es un objetivo muy complicado. Es conocido, en este sentido, las especiales resistencias de los facultativos para admitir en ellos mismo problemas emocionales y adoptar, en consecuencia, el rol de pacientes. Por eso, en muchas ocasiones el médico afectado por este 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 este 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 necesario romper el “chip” de la monotonía monorde 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 periodo 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 este 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 los facultativos no asumen ese consejo cuando enferman. Los médicos, en este 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 de ese entorno que le ha quemado y comenzar una acción terapéutica inmediata. Ser consciente de cuáles son los estresores específicos y cuáles son las reacciones físicas y emocionales. En este 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; esta 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 anteponemos 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 esta 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 "afrontamiento" (coping). Este modelo ha sido propuesto por Lazarus y Folkman⁶ 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 persona. De esta 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 esta 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 esta 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, disfrutar 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.

Naturalmente, en muchas ocasiones es prácticamente imposible, porque la tarea del médico, especialmente del oncólogo se desenvuelve entre lo "aceptable y lo inaceptable", entre el "sentido y el sinsentido" (¿tiene sentido la muerte de un paciente, tras un largo sufrimiento y que, además, es un amigo? Lejos de las pasiones de la vida, en su habitación y lecho de muerte, el enfermo moribundo (¡el cadáver exhumado!), anuncia a su médico y enfermeras las imágenes del deterioro de sí mismo y del mundo; es decir, la nada que es la metáfora de la vida misma (¡el hombre es menor que una sombra!).

Para el enfermo ésta es la "presencia" conmovedora y trágica ante el médico, es la manifestación de que se sabe la ausencia y de que se enuncia, al tiempo, la incapacidad del lenguaje para expresar todo lo que se está viviendo en la dura tarea de tratar y ayudar a los enfermos. La constancia del fracaso (llamar vida a lo que es muerte) y el constante vuelo de la nada impregna el lugar del vacío y

ésta sensación contagia activamente el psiquismo desarraigado y desmoronado del médico.

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 este 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 comunicación 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.

–Sentándose o tumbándose en posición cómoda y en silencio, intentaremos relajar todos los músculos de nuestro cuerpo. Para ello, cerraremos los ojos y respiraremos profundamente varias veces. Intentar hacer la respiración acompasada, rítmica, incluso lenta, concentrándose en ella.

–Comparta sus pensamientos y sentimientos.

–Aprenda a expresar su enojo y otros sentimientos negativos sin herir a otros.

–Reconozca que USTED sólo puede cambiarse a sí mismo, no a otras personas.

–Mantenga una actitud positiva en todo. Evite actitudes pesimistas.

–Desarrolle toda su capacidad de escucha. Comprenda a los demás; sea comprensivo y tolerante. Rodéese de optimistas; el optimismo se contagia y USTED notará la influencia positiva.

–Sea generoso, tanto con los demás como con usted mismo. Premie las ideas y los buenos resultados de sus colaboradores y prémiese a sí mismo por hacer bien las cosas y volcarse totalmente en la atención y la satisfacción de las necesidades del enfermo.

–Si se siente confundido, inseguro, alterado o nervioso, lo peor que puede hacer es aislarse. Cuénteles a alguien de confianza sus preocupaciones por absurdas que parezcan; le servirá para desahogarse y le ayudará a ver las cosas con claridad.

–Expectativas positivas. Motivación positiva. Imagen positiva de uno mismo. Control positivo. Perspectiva positiva. Conciencia positiva. Proyección positiva.

Objetivo general: comprender las expectativas personales, incrementar la motivación, ser consciente de la importancia de la “imagen”, definir claramente los objetivos, controlar las acciones externas e internas, limitar las ideas negativas, desarrollar un sentido de valor propio aprendiendo a creer en uno mismo, conocer “mis” capacidades y limitaciones, mejorar la forma de comunicarme con el paciente, la familia y el resto del personal y, finalmente, desarrollar y perfeccionar las habilidades de escucha.

“El amor es la única respuesta satisfactoria al problema de la existencia humana”.

ERICH FROMM

BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C. Burnout: The cost of caring. New York: Prentice-Hall Press, 1982
2. 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.
3. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1991;1:257-65.
4. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1986
5. Edelwich J, Brodsky P. Burnout. Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press, 1980.
6. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Benedito Alberola J. Campaña 10 minutos y masificación de las consultas: la solución pragmática del SIMAP. *El Médico* 2002;827:10-2.
- Belfer B. Stress and the medical practioners. *Stress Me* 1989;5:109-13.
- 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.
- 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.
- Etzion D. Burnout. The hidden agenda of human distress. Faculty of Management. Tel-Aviv University, 1987.
- Flórez Lozano JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona: EdikaMed, 1994.
- Flórez Lozano JA. Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: Atención ética integral. Barcelona: Biomedical Systems Group, 2001.
- Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1999.
- Freuenberger H. Staff "*burnout*". *J Social Issues* 1974;30:159-66.
- Kieerkegaard. El concepto de la angustia. Madrid: Austral 1972.
- Kramer M. Reality shock: Why nurses leave nursing. St. Lonis: Mosby, 1974
- Mingote Adán JC, Pérez Corral F. El estrés del médico. Madrid: Díaz Santos, 1999.
- Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Martín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público. *Aten Primaria* 1994;1135:1140-14
- Robinowitz CB. The impaired physician and organized medicine. En: Scheiber JC, Doyle BB editores. *The impaired physician*. New York: Plenum Medical Book Company, 1983.
- Singh S, Mishra S, Kim D. Research related *burnout* among faculty in higher education. *Psychological Reports* 1998;83:463-73.
- Janssen P, Jonge J, Baker A. Specific determinants of intrinsic work motivation, *burnout* and turnover intensions: a study nurses. *J Adv Nursing* 1999;29:1360-9.