



01/Salud de los profesionales para producir salud *(el sanador herido)*: evitar el síndrome burnout y no quemarse por el trabajo

Carlos Valencia Rodríguez,
Doctor en Ciencias Humanas y Sociales.
Médico. E.U.E. F. San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid

Calixto Plumed Moreno, O. H.,
Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico
E.U.E. F. San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid

Los autores exponen qué es el síndrome del “burnout” o síndrome del estrés por el trabajo en el ámbito de los profesionales de la salud aunque se manifiesta en todas aquellas profesiones que se caracterizan por el servicio a los demás, las llamadas profesiones de servicio. El profesional sanitario que atiende a un paciente no solo ha de aplicar las pautas correctas de cuidados y manejo de la patología de la persona a la que atiende y conseguir los mejores resultados posibles, además ha de mitigar su ansiedad y sufrimiento, imbuirle confianza, aportarle todo el bienestar posible. Este trabajo supone una prueba múltiples veces por día. Es un trabajo que tiende a producir un desgaste psicológico que con el tiempo se va acumulando. En el artículo se muestran las dimensiones de este síndrome así como sus consecuencias. No obstante, ofrecen como advertencia, una pauta de prevención.

Palabras clave: Burnout, Trabajo, Profesional de la Salud, Paciente.

Authors expose what the “burnout syndrome” or the syndrome of work-related stress means in the field of health professionals, though it affects all the professions supplying people-centered services and care. Apart from applying the correct care guidelines and disease management to get the best possible results, health professionals who attend a patient must calm his anxieties and suffering, imbue confidence and provide the maximum well-being. This job implies a multiple times a day test and causes a serious psychological impact that will be building up over time. On this article, the dimensions as well as the consequences of this syndrome are shown. However, authors offer a prevention guideline.

Key words: Burnout, Work, Health Professional, Patient.

No es extraño que esta laboralización forzosa, interiorizada por todos como algo virtuoso, cause una amplia patología personal y social. Estrés laboral, depresión, ansiedad, insatisfacción con y en el trabajo, absentismo, enfermedades laborales múltiples, son grandes plagas de nuestro tiempo. Por otro lado, pérdida de autoestima, aislamiento social, marginación para los que no lo tienen.

En este entorno social y laboral salió a la luz, hace ya más de cuatro décadas, en ciertas profesiones el síndrome de “quemarse por el trabajo”, el burnout. Profesores, trabajadores sanitarios, trabajadores sociales, policías, funcionarios de prisiones, es en estos trabajadores en donde inicialmente se describe el síndrome; profesiones que se caracterizan por el servicio a los demás en un contexto de intensas interacciones personales con el usuario/cliente/paciente. Profesiones de servicio.

Aunque el síndrome de estar quemado por el trabajo es una patología que existe desde que hay profesiones de servicio, el interés científico por analizar este relevante problema no surge hasta mediados de los años setenta del siglo pasado, concretamente hasta que en 1974 **Freudenberger** definió el cuadro y acuñó el término burnout, con el que ahora más comúnmente se le conoce (**Freudenberger, 1974**).

Afecta sobre todo a trabajos que suponen atender a demandas personales de individuos que esperan una respuesta y solución a sus problemas, trabajos que se realizan en un cara a cara con el paciente o usuario.

Una característica de estas profesiones es que desarrollan un trabajo fragmentado en múltiples intervenciones diarias, cada una de ellas con su resultado específico, favorable o no, que cumple o no las expectativas del profesional y del individuo que acude al servicio. Otra característica es que el resultado final en cuanto al éxito o fracaso obtenido no depende solo de la estimación objetiva del profesional, sino de una interacción dialéctica con el usuario del servicio que ha de quedar necesariamente

“...Es difícil pensar que un médico estará atento a la salud de sus pacientes si descuida la suya”
(Galeno, 129-216)

“La existencia es arder y consumirse, mejor si se hace por los demás”
(Plumed, C. 2019)

1/

Síndrome del estrés por el trabajo o *burnout*.

El trabajo es una necesidad humana y social. Hemos sido educados en la concepción del trabajo no solo como algo necesario e inevitable, sino como una fuente de realización personal. Queda muy lejos ya esa época en que era una condena bíblica, una esclavitud para los desfavorecidos, que los más afortunados que tenían medios para no necesitarlo se enorgullecían de haber podido evitar; “los que viven de sus manos” frente a “los ricos”. En nuestro tiempo no trabajar, estando en edad de hacerlo, es un estigma vergonzoso. A los ojos de los demás, el trabajo que desarrollas no es lo que haces, es lo que eres. En nuestra contradictoria sociedad, si no trabajas no eres nadie, no eres nada.

satisfecho para que la intervención se considere exitosa. Esto último resulta especialmente evidente en las profesiones sanitarias que son

de las más afectadas por el burnout (**Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004; Patrick y Lavery, 2007**).

Clasificación Cooper de estrés laboral

Cary Cooper publicó en 1997 una clasificación de profesiones según el grado de estrés que originan. Es preciso decir que el carácter, la salud física, la experiencia previa y la actitud son factores que influyen en la percepción individual del estrés.

Muy estresante	Punt.	Moderado estresante	Punt.	Muy poco estresante	Punt.
Minero	8.3	Personal de marina	4.8	Programador informático	3.8
Oficial de policía	7.7	Personal del ejército	4.7	Técnico de laboratorio	3.8
Empleado de la construcción	7.5	Secretaria	4.7	Empleado de banca	3.7
Periodista	7.5	Fotógrafo	4.6	Químico	3.7
Piloto	7.5	Farmacéutico	4.5	Terapeuta ocupacional	3.7
Funcionario de prisiones	7.5	Veterinario	4.5	Esteticista	3.5
Ejecutivo de publicidad	7.3	Contable	4.3	Personal de una iglesia	3.5
Dentista	7.3	Peluquero	4.3	Empleado de una empresa de construcción	3.3
Actor	7.2	Estadista de mercados	4.3	Técnico ambiental	3.2
Locutor	6.8	Osteópata	4.3	Biólogo	3.0
Médico	6.8	Fisioterapeuta	4.2	Bibliotecario	2.0
Enfermera / comadrona	6.5	Arquitecto	4.0		
Conductor de ambulancia	6.3	Óptico	4.0		
Bombero	6.3	Logopeda	4.0		
Profesor	6.2				
Funcionario del servicio de empleo	6.0				
Trabajador social	6.0				
Gerente	5.8				
Relaciones públicas	5.8				
Abogado	5.7				

Lo que caracteriza a las profesiones en las que inicialmente se identificó el burnout es la interacción humana del profesional con el receptor del servicio en un contexto de demandas con una fuerte exigencia ética para su satisfacción.

En las profesiones sanitarias estas condiciones se dan en su grado máximo; es en ellas, junto a la docente, donde más se ha identificado y estudiado este síndrome.

El profesional sanitario que atiende a un paciente no solo ha de aplicar las pautas correctas de cuidados y manejo de la patología de la persona a la que atiende y conseguir los mejores resultados posibles, además ha de dejar satisfecho al paciente; es decir, ha de mitigar su ansiedad y sufrimiento, imbuirle confianza, aportarle todo el bienestar posible. Además, el profesional sanitario cuando encara la atención al enfermo sabe que a pesar de que su formación, empeño

e interés sean excelentes y de que, de acuerdo con ello, aplique los mejores cuidados posibles, puede acabar, a pesar de todo, fracasando. En la salud, fracaso significa sufrimiento de un ser humano.

A ello hay que sumarle lo imprevisible de las Ciencias Sanitarias, que no son exactas, lo que mantiene siempre la posibilidad de la existencia del error, a pesar del empeño minucioso del profesional.

Su trabajo supone una prueba múltiples veces por día. Es un trabajo que tiende a producir un desgaste psicológico que con el tiempo se va acumulando. A ello hay que sumarle la “filosofía humanística” del trabajo sanitario, que parece exigir del profesional altas dosis de entrega e implicación (Albadalejo 2004).

Naturalmente, el profesional tiene defensas frente a ese desgaste, que suele ir conociendo e implementando con el tiempo, a medida que su experiencia aumenta; pero el balance desgaste-defensas no siempre es favorable. Por ello, no es de extrañar que las profesiones sanitarias, singularmente Enfermería, Medicina y Psicología, las más estudiadas a este respecto, sean de las más afectadas por el síndrome de quemarse por el trabajo, por el burnout.

2/

Dimensiones del síndrome del profesional quemado por el trabajo (las heridas).

El síndrome de quemarse por el trabajo es complejo, de múltiples dimensiones (Ortega Ruiz

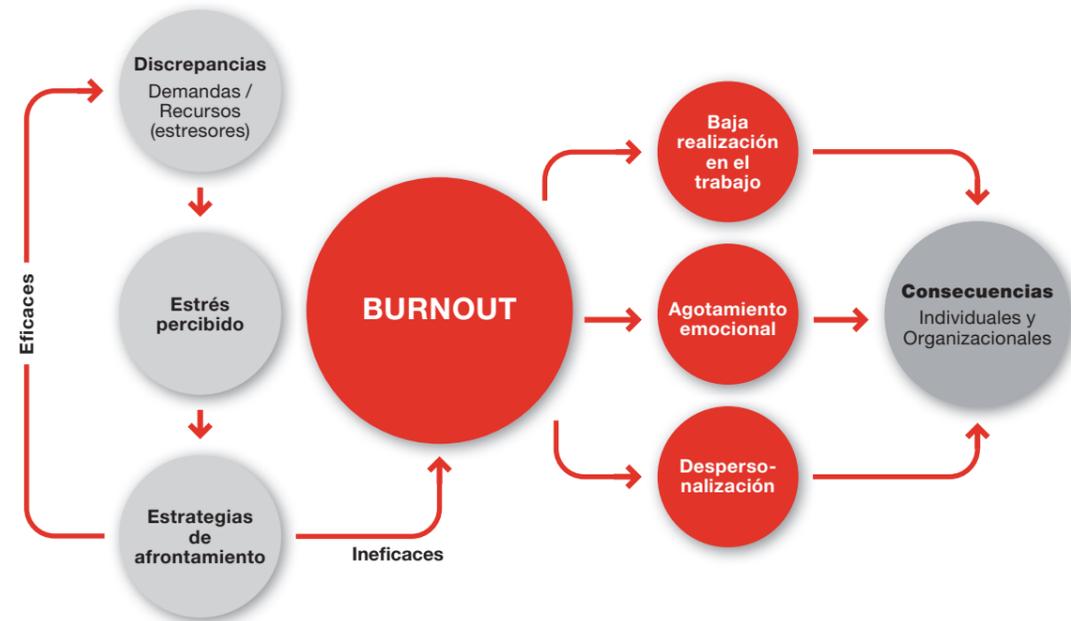
y López Ríos, 2004; Patrick y Lavery, 2007). A partir de los numerosos estudios de Christina Maslach y Susan Jackson desde 1976, identificamos en este síndrome tres componentes básicos: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de logros personales (Maslach, Jackson y Leiter, 1996):

1) Agotamiento emocional: Se entiende una situación que los afectados suelen describir como que “ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo” (Gil Monte, 1997). Una experiencia de cansancio profundo debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo [pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.] (Maslach, 1996).

2) Despersonalización: El profesional va desarrollando actitudes negativas, cínicas, frente a sus clientes (Maslach, 1996). Las personas que acuden a consulta acaban siendo vistas por los profesionales de una forma deshumanizada; existe un endurecimiento afectivo que desvincula emocionalmente al profesional del sujeto atendido y del resultado de su intervención. Muchas veces se tiende a culpar al paciente de sus problemas y se le reprochan las molestias que ocasiona acudiendo a consulta. En palabras que se han podido oír a compañeros médicos estresados y agotados: **llegas a sentir que cada paciente que llama a tu puerta es un enemigo en potencia.**

3) Reducción o pérdida de logros personales: Hay baja realización personal en el trabajo. Es la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente tanto en la interacción con sus clientes (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) como en su propia destreza profesional. Sobrevuela la sensación de fracaso. Esa falta de realización personal en el trabajo y la autoevaluación negativa, repercuten desfavorablemente en la calidad y deterioran la relación con las personas a las que atienden (Gil-Monte, 2006).

Respuesta al estrés



Para evaluar y medir el burnout en relación con estas tres dimensiones, o factores, se utilizan diversos cuestionarios, el más extendido, es el cuestionario de Maslach, de tipo Likert.

Evalúa los tres factores, o “dimensiones”, del complejo del burnout: 8 cuestiones miden el agotamiento emocional, 5 la despersonalización y ocho el logro profesional. En función de los resultados, el trabajador quedará clasificado en cuanto a su nivel de burnout como “bajo”, “medio” o “elevado”.

En los últimos años se ha ido viendo que el cuestionario de Maslach funciona deficientemente en países de habla no inglesa (Carlotto, Gil-Montes y Figueiredo, 2015). Se han propuesto otros cuestionarios adaptados a otros idiomas.

Para castellano y portugués el más reconocido es el SBI (Spanish Bournout Inventory), de Gil-Monte y Figueiredo (2013). Es un cuestionario de 20 ítems en gran parte comunes con los del cuestionario de Maslach, pero que añade como subfactores el sentimiento de culpa y el agotamiento físico, que en el anterior no aparecían

recogidos. Ha sido validado ya a otros idiomas, como el italiano (Viotti, Gil-Monte y Converso, 2015).

3/

El proceso de quemarse por el trabajo.

El burnout no es solo un estado, una situación estática terminal a la que llega el trabajador estresado, sino que es un proceso que se desarrolla en el tiempo, años generalmente, y en el que los diversos factores van jugando su papel, potenciándose o, a veces, neutralizándose, en el proceso de desgaste profesional y vital.

Como toda patología crónica, tiene sus determinantes, los factores predisponentes y etiológicos que conducen a esa situación.

Causas del burnout

Tomado de Maria Grazia De Paola. (2019).
Il burn-out in oncologia. Guarire gli altri e curare se stessi.
Vita Ospedaliera, LXXIV. n.5.

Variables individuales	Variables vinculadas a la organizació.
Variables demográficas: edad, sexo, estado civil.	Variables intrínsecas al trabajo: turnos de trabajo demasiado largos, poca socialización, peligro de incidentes e infecciones.
Variables profesionales: cualificación profesional, antigüedad/experiencia laboral.	Variables relacionadas con la organización: falta de autonomía/excesivo control, poca implicación en las decisiones, escasa comunicación, falta de feedback.
Variables de personalidad: temperamento ansioso, locus of control (control sobre los acontecimientos), estilo de afrontamiento.	Variables vinculadas a las perspectivas laborales: bajo salario, poca perspectiva de carrera profesional, obsolescencia debida a las nuevas tecnologías.
	Variables vinculadas al rol institucional: conflictos de roles, ambigüedad de roles, escaso compartir

Hay determinados estresores laborales, como la sobrecarga de trabajo, los cambios tecnológicos, los turnos, los usuarios problemáticos, los cambios de rol de las profesiones y la falta de autonomía del trabajador (Olivares-Faúndez, 2014). Otros factores, muy propios de los trabajadores del ámbito sanitario, son la pérdida de prestigio social, la masificación de la atención, el trabajo en organizaciones burocratizadas, la remuneración insuficiente, la falta de reconocimiento y apoyo de los superiores, el mal ambiente con compañeros, la preparación insuficiente, la incertidumbre en el tratamiento, las agresiones de los usuarios al personal sanitario y el contacto cotidiano con el dolor y la muerte (Miret, 2010; Blanca Gutiérrez, 2018).

A estos factores externos al trabajador se unen los factores personales del individuo, los recursos que es capaz de poner en juego para compensar el estrés laboral y la frustración creciente; la autoeficacia, autoconsciencia y autopercepción de competencia profesional son puntos críticos compensatorios. En estas profesiones sanitarias, un factor predisponente es el elevado idealismo altruista, que se supone intrínseco a la vocación sanitaria,

especialmente en el trabajador novel, que puede exacerbar el agotamiento emocional haciéndole candidato a quemarse aceleradamente (Price y Murphy 1984; Gil Monte y Peiró, 1996). Los trabajadores de servicios sanitarios de emergencias parecen tener la más elevada prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo, mayor que la de otros sanitarios (Ballesteros Peña, 2012; D'arc de Souza, 2017). Una característica peculiar del burnout en el entorno laboral en que habitualmente se desarrolla es su carácter contagioso; es la "socialización laboral" que postula Peiró (1986); en un ambiente de trabajadores quemados, los nuevos rápidamente se contagian por mecanismos de modelado y aprendizaje, por observación de los mayores.

Se ha estudiado la incidencia del síndrome en relación con el género y la edad del sujeto. En cuanto al género, se ha establecido que los varones tienen mayor puntuación en **despersonalización**, mientras que las diferencias entre los géneros en cuanto a **agotamiento personal** y **autorrealización** no son claras; en general, se acepta que en esos dos factores y en la puntuación global de burnout, no hay diferencias significativas entre varones y mujeres.

En las profesiones sanitarias, un factor predisponente es el elevado idealismo altruista, que se supone intrínseco a la vocación sanitaria

La edad de los trabajadores, y el tiempo que lleven desempeñando su puesto de trabajo, sí influyen de manera importante en la incidencia de quemarse por el trabajo. Se ha constatado que en el grupo de trabajadores de más edad el síndrome de burnout disminuye (Patrick y col., 2007). Se considera que ello se debe a que con la experiencia adquirida en los años de trabajo aumenta la capacidad de afrontamiento del estrés laboral por parte del trabajador. El trabajador aprende a controlar su agotamiento emocional y la sensación de falta de logros personales. Cuando se ha estudiado secuencialmente la incidencia del burnout a través de las diversas edades de los trabajadores se ha obtenido una curva muy característica: en los trabajadores de menos de 25 años la puntuación en el cuestionario de burnout es baja.

Entre los 25 y los 40 años aumenta, alcanzando su máximo cerca de esa última edad. A partir de los 40 años la frecuencia del síndrome disminuye progresivamente hasta alcanzar el mínimo (Farber, 1984).

A lo largo de las últimas décadas se han publicado multitud de estudios factoriales sobre el proceso que conduce al burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997). En general, la mayoría los modelos aceptan las tres dimensiones postuladas por Maslach, variando la importancia relativa y el énfasis que se pone en cada una de esas dimensiones. Como punto inicial, se parte del estrés laboral percibido; a partir de ello, la despersonalización, el agotamiento emocional y la baja realización personal, desempeñan diversos roles e interacciones mutuas.

Algunos autores colocan la despersonalización, a la que consideran una respuesta al estrés laboral, como el factor iniciador del proceso (Golembiewski y col., 1983); para Maslach, en cambio, el agotamiento emocional sería el primer fenómeno del que derivarían los otros dos (Leiter y Maslach, 1988).

Gil Monte y colaboradores han propuesto, en cambio, que los bajos sentimientos de realiza-

ción personal, paralelamente con el agotamiento emocional, están en el inicio del síndrome, siendo la despersonalización el resultado final. Hay otros estudios que ponen el acento en la competencia y eficacia percibida por el trabajador (Harrison, 1983), en el intercambio social y retribución del esfuerzo (Buunk y Schaufeli, 1993) y en las estructuras de la organización laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Entre las variadas explicaciones dinámicas del proceso, coincidentes en esencia pero que difieren en detalles, exponemos, por parecernos interesante y bien fundamentada, la de Gil Monte, de la universidad de Valencia, referida específicamente a trabajadores sanitarios (Gil Monte, 2004).

Según este autor, el proceso sería el siguiente: el individuo ha de afrontar en el trabajo factores estresores; en general se pueden sintetizar en la dualidad demandas del paciente-recursos disponibles. Poder afrontar las demandas del paciente de forma exitosa es lo que más satisfacción proporciona al profesional. Desgraciadamente, esa respuesta exitosa a las demandas no siempre es posible por una gran multitud de circunstancias. Entre ellas se citan la propia naturaleza de la enfermedad, que puede no tener una resolución satisfactoria, las expectativas a veces irreales del paciente, la tendencia social creciente a reivindicar derechos, los medios puestos a disposición del profesional que pueden ser insuficientes y, finalmente, la propia capacidad autopercebida del profesional para cumplir su función; solo el último factor puede depender, parcialmente, del propio profesional; los tres primeros escapan a su control; de esta manera, el trabajador se sabe con frecuencia incapacitado, y no por su culpa, para responder a todas las demandas que va a recibir.

A estos factores que dificultan dar una respuesta satisfactoria a las demandas que recibe, se añade la forma propia de las organizaciones sanitarias, como estructuras burocráticas con un entorno de intensas relaciones horizontales, con los compañeros, y verticales, con los superiores, que con frecuencia devienen conflictivas.

Aunque no sea por su culpa, el profesional que se sienta incapaz de dar una respuesta satisfactoria a las demandas del paciente no podrá evitar sentir la sensación de fracaso profesional y la consiguiente sensación de culpabilidad.

La contraposición **demandas/recursos**, especialmente cuando se considera que aquéllas pueden superar a éstas, la perspectiva del fracaso profesional genera un estrés laboral (**estrés percibido**). A partir de aquí entran en juego las estrategias de afrontamiento del estrés del propio sujeto.

Cuando las estrategias de afrontamiento fracasan a lo largo del tiempo surge el síndrome de **burnout**. Primero surgen el agotamiento emocional y la **pérdida de realización personal** que provienen de la imposibilidad de dar respuesta satisfactoria a las demandas del paciente; como consecuencia de ambos acabará apareciendo la despersonalización, que deteriora el trato con el paciente y la calidad de la atención prestada. En esta fase, es frecuente la aparición de **sentimientos de culpa**, que retroactivamente aumentan el agotamiento emocional y empeoran la sensación de mala realización personal. Cuando se llega a esta última etapa, el círculo del burnout se completa.

La **despersonalización**, fase final del síndrome de burnout para muchos autores, constituye en realidad una respuesta del sujeto ante el estrés mantenido. Suele consistir en un desapego afectivo del paciente, de cuyo sufrimiento nos distanciamos para evitar la sensación de culpabilidad, y puede acompañarse de sentimientos agresivos e incluso vejatorios frente al paciente. Es una reacción que puede compensar parcialmente el estrés laboral y permitir al sanitario sobrellevar su situación con detrimento de la calidad asistencial.

En ocasiones, la sensación de culpabilidad deriva en un esfuerzo del profesional sanitario quemado para implicarse más y más en su trabajo, compensando la falta de éxito percibida en su trato con el paciente con su esfuerzo y sacrificio personal (**Gil-Monte, 2005**); esto suele acabar en

un aumento de su agotamiento emocional, empeorando a la larga su situación de trabajador quemado, con repercusiones en la salud del profesional, en su absentismo y generando el arrepentimiento por haber escogido esa profesión y el deseo de abandonarla (**Gil-Monte 1997**).

El **sentimiento de culpa** como componente importante del síndrome de quemarse con el trabajo ha recibido en los últimos años cada vez más interés, de manera que es uno de los factores incluidos en el SBI, el cuestionario español de burnout (**Carlotto et al., 2015**).

Un factor que se ha valorado como importante, dentro del proceso evolutivo que lleva al **burnout**, es el balance que el sujeto hace entre los esfuerzos comprometidos en su trabajo y las recompensas de todo tipo recibidas (**Román Hernández, 2003; Siegrist 1996, Taris, Peeters, Le Blanc, Schreurs y Schaufeli, 2001**).

Este balance parece condicionar en gran medida la aparición del estrés laboral, del agotamiento emocional y de la ausencia de logro profesional. Así, el profesional se quemaría en un escenario de altos esfuerzos y bajas recompensas.

El trabajador no reconocido en su tarea ni por las personas a las que atiende ni por sus superiores y compañeros siente “**que se vacía en su esfuerzo**”, que “**lo da todo hasta quedarse sin energía**”, y es un sentimiento que proviene del convencimiento de no ser retribuido con justicia. En un estudio hecho en enfermería en Australia (**Kent Patrick et al, 2006**), que sirve para ilustrar el papel de la percepción de recompensas por el trabajador: se comprobó que uno de los factores implicados en el agotamiento emocional de las enfermeras era el tener que trabajar forzosamente más horas de las pautadas en su contrato laboral, lo que ya había sido advertido por otros autores previamente (**Evers, Tomic y Browsers, 2001**).

Cuando se estudió separadamente a estas enfermeras según recibieran retribución por sus horas extras o no, se vio que las que no cobra-

ban, experimentaban un mayor índice de agotamiento emocional que las retribuidas económicamente. Está claro el papel que desempeña en el **burnout** la percepción por el profesional de no recibir una retribución, económica o no, justa por el esfuerzo.

Desgraciadamente, en la salud no siempre cabe esperar un gran éxito en muchas intervenciones, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o incurables. Los superiores no siempre están informados, o muestran interés, por las dificultades y esfuerzos de sus trabajadores, y el ambiente de compañerismo y mutuo apoyo de los iguales puede brillar por su ausencia. En estas ocasiones, el trabajador estresado no percibirá que haya una recompensa justa por su esfuerzo y, falto de apoyo institucional, quedará solo con sus recursos psicológicos personales frente al creciente agotamiento emocional.

4/

Consecuencias si no se abordan adecuada y oportunamente estas circunstancias.

Las consecuencias del síndrome de **quemarse por el trabajo** son múltiples y de gran trascendencia personal y social. Las podemos dividir en cuatro grupos:

- Consecuencias para el trabajador que padece el síndrome,
- Consecuencias para su entorno familiar y social,
- Consecuencias para la organización en la que trabaja,
- Consecuencias para la sociedad.

Sobre el **trabajador** quemado aparecen importantes consecuencias para su salud. El burnout aparece relacionado con una abundante sintomatología psicósomática (**Gil-Monte y col., 1997**): síntomas cardiorrespiratorios [taquicardias, palpitaciones o dolores precordiales]; síntomas respiratorios [crisis asmáticas, síntomas digestivos, como dolor epigástrico o pérdida de apetito]; síntomas neuromusculares [cefaleas, vértigos, dolores de columna y de extremidades, contracturas musculares y parestesias]; síntomas psicológicos [alteraciones del sueño, tristeza, astenia, ansiedad, depresión]; y una gran variedad de otros síntomas y somatizaciones.

En el **entorno familiar** y social del trabajador quemado aparece un deterioro de las relaciones interpersonales, pues el trabajador quemado al llegar a su domicilio experimenta con frecuencia irritabilidad y tendencia a aislarse.

El trabajador tendrá dificultad para “**desconectar**” de los problemas vividos en su trabajo, su agotamiento emocional le lleva a rehuir la exposición franca a su entorno familiar de sus sentimientos y su despersonalización creará problemas para una convivencia espontánea y abierta.

Para las **organizaciones**, tener trabajadores con **burnout** causará también problemas. Habrá un aumento del absentismo laboral y de las bajas por motivos médicos, muchos profesionales abandonarán la organización, cambiando de actividad laboral, y habrá un deterioro en la calidad de los servicios ofrecidos.

La **sociedad** sufrirá el tener profesionales desmotivados, con baja implicación y defectuoso rendimiento.

En el campo de la salud, muy dependiente del desempeño e implicación de sus profesionales, podrá haber un deterioro de la calidad de la atención sanitaria; las consecuencias pueden ser graves para aquellos pacientes que tengan la mala suerte de ser atendidos por un profesional aquejado de **burnout**.

5/

Una pauta preventiva aconsejable: cuidándose y cuidando al que cuida.

Nos puede servir como introducción, para poder disminuir el riesgo de **burnout**, esta referencia de **Nouwen (2018)**:

“El rabino Yohua ben Leví se acercó al profeta Elías cuando éste se encontraba a la entrada de la cueva del rabino Simeón ben Yohai... Le preguntó a Elías:

- ¿Cuándo vendrá el Mesías?
- Vete y pregúntaselo tú mismo - le respondió el profeta.

- ¿Dónde está?
- Sentado a las puertas de la ciudad.

- ¿Cómo le conoceré?
- Está sentado entre los pobres cubiertos de heridas. Los demás se descubren sus heridas, todas a la vez y se las vendan de nuevo. Pero él se levanta los vendajes uno a uno y se los va colocando de nuevo, uno a uno, diciéndose a sí mismo.

“Quizás me vayan a necesitar. Si es así, tengo que estar siempre preparado, de tal forma que no tarde un instante en aparecer” (tomado del tratado Sanedrín).

Tenemos comprobado que todos somos vulnerables, aunque muchos no se lo lleguen a creer. No obstante, habremos de ir asimilando esta realidad inevitable, pero aun sintiéndonos heridos por nuestras propias debilidades, ¿cómo pueden las heridas convertirse en una fuente de

curación? Siempre abriendo puertas y ventanas a la humanización.

Este es el axioma de quien ha decidido trabajar en ámbitos de servicio a los otros:

El que debe cuidar sus propias heridas, está llamado a curar desde sus propias heridas, siempre preparado a curar las de los demás.

La idea del que cura a partir de sus heridas no contradice el concepto de realización o plenitud personales, sino que la profundiza y la abre a espacios mucho más amplios. Porque si se vive con la hospitalidad como horizonte nos permite romper la estrechez de nuestros miedos y abrirnos al otro, con la intuición de que la relación nos llega en forma de un viajero cansado, enfermo, desorientado... que buscan un momento de paz, una bebida refrescante y una señal de ánimo para poder continuar luego su misteriosa búsqueda de la libertad.

La fábula del puercoespín

Durante la Edad de Hielo, muchos animales murieron a causa del frío. Los puercoespines dándose cuenta de la situación, decidieron unirse en grupos. De esa manera se abrigan, se protegerían y ofrecerían más calor entre sí, pero las espinas de cada uno herían a los compañeros más cercanos. Por lo tanto, se alejaron unos de los otros y empezaron a morir congelados.

Así que tuvieron que hacer una elección, o aceptaban las espinas de sus compañeros o desaparecían de la Tierra. Con sabiduría, decidieron volver a estar juntos. De esa forma aprendieron a convivir con las pequeñas heridas que la relación con una persona muy cercana puede ocasionar, ya que lo más importante es el calor del otro.

De esa forma pudieron sobrevivir.

Si la soledad, el estrés y el **burnout** son las heridas fundamentales del que presta un servicio, la hospitalidad puede convertirla en fuente de

Si la soledad, el estrés y el burnout son las heridas fundamentales del que presta un servicio, la hospitalidad puede convertirla en fuente de curación

curación. Al interiorizar lo propio, el profesional impide aburrir a los demás con su dolor, y le permite aceptar sus heridas como maestras que ayudan a resolver el problema de su propia condición y la de sus prójimos. La comunidad sanitaria o de sanación, surge donde tiene lugar el compartir el dolor, no como una forma rígida de autocompasión, sino como reconocimiento de las promesas salvadoras y esperanzadoras de realización personal. Nos puede ilustrar la fábula del puercoespín adjunta.

Aun cuando admitimos que hemos sido llamados a curar desde nuestras heridas, sigue siendo muy difícil reconocer que la curación tiene que darse hoy, ahora; aunque nos sintamos agotados y quemados en cierto modo, éste es exactamente el preludio del que cura desde sus heridas. El servicio llega, no mañana, sino hoy, no el próximo año, sino este año, no después de que se haya terminado nuestra miseria, sino en medio de ella, no en otro sitio, sino aquí, exactamente donde nos encontramos, aquí y ahora.

La hospitalidad exige que el que realiza el servicio de salud conozca dónde se encuentra y por quién se encuentra ahí. Pero exige también permitir a los otros acercarse a él y preguntarle cómo conectan sus vidas con la suya. No sabemos dónde estaremos dentro de dos, diez o veinte años. Pero sí podemos conocer que el hombre sufre, y el compartir el sufrimiento puede hacernos avanzar juntos.

El que sirve en salud está llamado a ayudar a muchos para que den el paso, para que no se queden paralizados donde se encuentran, sino que tengan un deseo creciente de ir hacia delante, con la convicción de que la total liberación del hombre y de su mundo se mantiene en la utopía.

Pero las organizaciones o instituciones de salud tendrán que proporcionar medios para preparar a los profesionales a autorrealizarse en medio de su dolor y del de los demás y no perecer en el intento, mediante terapias específicas para los trabajadores, con los objetivos de fortalecimiento

to sea muscular y la adecuación postural en el puesto de trabajo y “desconectar” del estrés asociado al mismo. En definitiva, es cuidar al profesional que, de una u otra manera, cuida de los demás.

“Para poder cuidar de los pacientes, el personal debe estar cuidado y en perfectas condiciones para ello con: terapias grupales, técnicas de relajación muscular, de respiración, estiramientos, higiene postural”.

Una de las dimensiones más importantes para seguir avanzando es la propia relación del profesional de la salud y terapeuta consigo mismo, hasta el punto de que no es posible la humanización si cada uno de ellos no se empieza a humanizar a sí mismo, aceptando sus propias vulnerabilidades personales y profesionales.

El primer paso para humanizar es humanizarse, es decir, conseguir la unidad personal que posibilita realizarse en la vida, sin perder el equilibrio interno. Humanizarse es estar centrado en la propia autorrealización. La humanización es una brújula que orienta la vida personal y la actuación en la misma según unos patrones concretos que tienen en cuenta: una escala de valores; el hombre como centro; el sentido de la vida a nivel personal y profesional.

Para ejercer la tarea sanitaria que ejercen los profesionales de la salud, y aún más, para ejercerla

con y desde la humanización, hacen falta también unos valores fundamentales sobre los que construir el resto y sin los cuales difícilmente se podrá llegar a la humanización de la profesión.

Estos son:

- La **vocación** o atracción por una profesión, actividad o forma de vida. Esta parte se relaciona con lo más íntimo del ser humano. Con

ella se pretende mejorar nuestro ámbito de la salud y sobre todo aliviar a las personas que padecen enfermedades.

- La **formación**. Con este sentimiento, uno no se preocupa de alimentar el fuego de ayudar a los demás sino de ofrecer los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos al enfermo.
- En tercer lugar, se necesita **motivación**. Se puede traducir en ilusión, esperanza. Esta motivación debe fomentarse en los sanitarios con una sólida formación humana, a prueba de burocracias, papeleos, estrés...
- **Ser buen sanitario** es el que ofrece calidad científica y calidad humana.
- Se debe **tomar conciencia** de las vulnerabilidades y virtudes del personal, de la institución y de nuestra propia persona.

Por último y parafraseando **Pierluigi Marchesi** que, una vez más nos diguja el camino y los senderos detallados de la finalidad de la asistencia integral de la Orden Hospitalaria:

‘Humanizar la medicina significa exactamente poner en el centro de nuestras actividades hospitalarias las expectativas más íntimas del ser humano [...] La auténtica humanización implica [...] compartir con el hombre el drama de su sufrimiento [...] Cualquier hospital debería fijar en la entrada las tres “A” (Acoger, Acompañar, Amar), y debería confiar en sus trabajadores que interiorizan las tres “A”, desde que el enfermo se presenta en la admisión y siempre dar “el buenos días de la esperanza” a quien tal vez tenga miedo a morir’.

Bibliografía

- ▶ Albaladejo, R; Villanueva, R.; Ortega, P; Astasio, P.; Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*. Revista Española de Salud Pública, 78(4), 505-516.
- ▶ Ballesteros Peña, S., Lorrio Palomino, S., & Rollán Vallejos, J. (2012). *Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco. Emergencias*. Revista de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 24(1), 13–18.
- ▶ Blanca-Gutiérrez, J. J., & Arias-Herrera, A. (2018). *Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España*. Enfermería Universitaria, (1), 30.
- ▶ Buunk, B.P; Schaufeli; W.B.e Ybema J.F. (1994). *Burnout uncertainty and the desire for social comparison among nurses*. Journal of Applied Social Psychology: 24(19), 1701-1718.
- ▶ Carlotto, M. S., Gil, M. P. R., & Figueiredo, F. H. (2015). *Factor analysis of the Spanish Burnout Inventory among public administration employees*. Japanese Psychological Research, 57(2), 155–165.
- ▶ D’arc De Souza, J., Pessoa Júnior, J. M., & Nunes De Miranda, F. A. (2017). *Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses*. Revista de Enfermagem Referência, 4(12), 107–115.
- ▶ De Paola, M. G. (2019). *Il burn-out in oncología. Guarire gli altri e curare se stessi*. Vita Ospedaliera, LXXIV. n.5.
- ▶ Demeuroti, E.; Bakker, A.R.; Nachreiner F, Schaufeli WB. (2000). *A model of Burnout and life satisfaction among nurses*. J Adv Nurs, 32: 454-64
- ▶ Evers, W.; Tomic, W.; y Brouwers, A. (2001). *Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff for homes for the elderly*. Issues in Mental Health Nursing, 22, 439-454.
- ▶ Farber, B.A. (1984). *Stress and burnout in suburban teachers*. Journal of Educational Research 77(6), 325-331-
- ▶ Freudenberger, H.J. (1974). *Staff burn-out*. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165.
- ▶ Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid : Ed. Pirámide.

- ▶ **Gil-Monte, P. R. (2006).**
El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Pirámide. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cac04273a&AN=upc.360806c5&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- ▶ **Gil-Monte, P. R., & Figueiredo-Ferraz, H. (2013).**
Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory" among employees working with people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 57, 959 – 968.
- ▶ **Gil-Monte, P.R. (2003).**
El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista Eletrônica InterAçãoPsy, 1(1), 19-33.
- ▶ **Gil-Monte, P.R.; Peiró, J.M., (1997).**
Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Editorial Síntesis. Madrid.
- ▶ **Golembiewski R.T.; Munzenrider R. (1984).**
Phases of psychological burn-out and organizational covariant: a replication using norms from a large population. J Health Human Resourc Administrat; 6: 290-323.
- ▶ **Harrison, W.D. (1983).**
A social competence of model of burnout. En B.A. Farber (ed.), Stress and burnout in the human services professions (1985, 2ª ed., pp 29-39)

- ▶ **Hernández, J. R. (2003).**
Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública, 29(2), 103-110.
- ▶ **Leiter, M.P. y Maslach, C. (1988).**
The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organization Behaviour, 9, 297-308.
- ▶ **Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996).**
Maslach Burnout Inventory manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- ▶ **Miret, C., & Martínez Larrea, A. (2010).**
El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, suppl 1), 193.
- ▶ **Nouwen, H.J.M. (2018).**
El sanador herido. Madrid: PPC.
- ▶ **Olivares-Faúndez, V. E., Gil Monte, P. R., Mena, L., Jélvez-Wilke, C., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014).**
Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absentism among health workers. Terapia Psicológica. Revista Chilena de Psicología Clínica, 32(2), 111–120.
- ▶ **Ortega Ruiz, C, y López Ríos, F. (2004).**
El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(1), 137-160.

- ▶ **Patrick, K.J., y Lavery, J.F. (2007).**
Burnout in nursing. The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation, 24 (3), 43-8.
- ▶ **Price, D. M., & Murphy, P. A. (1984).**
Staff burnout in the perspective of grief theory. Death Education, 8, 47 - 58.
- ▶ **Siegrist J. (1996).**
Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol; 1(1)27-41.
- ▶ **Taris TW, Peeters MCW, Le Blanc PM, Schreurs PJG, Schaufeli, WB. (2001).**
From inequity to burnout: the role of job stress. J Occup Health Psychol; 6(4), 303:23.
- ▶ **Torre de la, J. (coor). (2019).**
Los santos y la enfermedad. Madrid: PPC.
- ▶ **Viotti, S., Gil-Monte, P. R., & Converso, D. (2015).**
Toward validating the Italian version of the "Spanish Burnout Inventory": a preliminary study. Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, (5), 819.