

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Convenio de Complementación de Estudios entre las Facultades de
Filosofía de la Universidad del Azuay y la Facultad de Psicología
de la Universidad de Buenos Aires*

“EL SINDROME DE BURNOUT”

*Monografía previa a la
obtención del título de
Psicóloga Clínica*

REALIZADO POR:

Michelle Guzmán Guillén

DIRECTOR:

Dr. Juan Aguilera

Cuenca, Ecuador

2005

DEDICATORIA

A mis padres

AGRADECIMIENTO

Agradezco ante todo a Dios. A mis padres, quienes me han apoyado incondicionalmente a lo largo de mi formación profesional.

Agradezco de igual manera al Dr. Juan Aguilera por su acertada dirección en la presente monografía.

ABSTRACT

Ante varios contextos, el estrés impide hacer una estrategia de afrontamiento colocando al sujeto en una situación de indefensión aumentando el riesgo de transcripciones somáticas. Esta monografía se enfoca principalmente sobre el Síndrome de Burnout: un tipo especial de estrés donde ciertas personas que si bien tienen estrategias de afrontamiento y eligen situaciones de riesgo terminan agotándose ante la exposición, se desafectivan del paciente, toman distancia, empiezan a fracasar en el cumplimiento de pautas y a consumir sustancias.

INDICE

Introducción	7
CAPITULO I	8
1. El Estrés	8
1.1 Concepto	8
1.2 Estrés Laboral	12
1.3 Estrés Psicosocial	13
1.4 Estrés Post-traumático	14
CAPITULO II	16
2. Síndrome de Burnout	18
2.1 Fases	18
2.1.1 Desequilibrio entre las demandas y los recursos	18
2.1.2 Tensión psicofísica	18
2.1.3 Cambios conductuales	18
2.2 Características generales	18
2.2.1 Aparece de forma brusca	18
2.2.2 Negación	19
2.2.3 Fase irreversible	19
2.3 Causas	19
2.3.1 La Edad	20
2.3.2 El Sexo	20
2.3.3 El Estado civil	20
2.3.4 La turnicidad laboral	21
2.3.5 La antigüedad profesional	22
2.3.6 Sobrecarga laboral	21
2.3.7 El salario	21
2.3.8 Características individuales del sujeto	22
2.4 Manifestaciones clínicas en el Síndrome de Burnout	22
2.4.1 Manifestaciones físicas	22
2.4.2 Manifestaciones mentales	22
2.4.3 Manifestaciones conductuales	23
2.5 ¿Cómo medir el Síndrome de Burnout?	23
2.5.1 Escala de Maslach	23
2.5.1.1 Subescala de agotamiento o desgaste emocional	23
2.5.1.2 Subescala de despersonalización o deshumanización	24
2.5.1.3 Subescala de realización personal	24
2.5.2 Escala de Alexitimia	24
2.5.3 Escala de Hads	25
2.5.4 Comentario	25
2.6 Algunas consideraciones sobre Depresión Larvada	26
2.7 Algunas consideraciones sobre Alexitimia	26
2.8 Manejo del Síndrome de Burnout	27
2.8.1 Gestión individual	27
2.8.2 Cuidarse a uno mismo además de a los otros	28
2.8.3 Gestión social	29

2.8.4	Gestión institucional	29
2.9	Abordaje para la prevención y terapia del síndrome de burnout	30
2.9.1	Puntos centrales de la prevención	30
Conclusiones		32
Anexos		33
	Escala de Hads	34
	Cuestionario de Maslach	36
	Escala de Alexitimia (U.B.A.)	37
Bibliografía		38

INTRODUCCIÓN

Las instituciones del sector social, y principalmente las de carácter médico, se encuentran confrontadas de entrada con tensiones masivas engendradas por su especial posición y por la naturaleza de su tarea primaria.

Podemos decir, siguiendo a Kães, *“que las instituciones asistenciales presentan ciertas características específicas de aspecto paradójico que incrementan su fragilidad”*. Este aspecto paradójico está dado, por un lado, por lo que este autor denomina *“la crisis de la demasiada pasión”*, y por otro, el *“marasmo”* que puede sintetizarse en el concepto de *“desgaste institucional”*.

Estas desregulaciones, tributarias de un exceso o escasez, siempre se manifiestan en forma de un sufrimiento que atraviesa a las personas.

Así como las personas son atacadas, la propia institución sufre también un proceso de destrucción que afecta al conjunto de sus diversas instancias. En estas circunstancias, la institución ya no ejerce las funciones esenciales de sistema de defensa contra angustias primitivas que la misma práctica médica desencadena.

En el presente trabajo monográfico se desarrolla los aspectos básicos de cómo se desarrolla el estrés, si bien existen estresógenos universales hay estímulos estresógenos para determinado individuo dependiendo de su subjetividad y en algunos casos aunque tengan estrategias de afrontamiento para estas situaciones altamente estresógenas terminan agotándose desencadenado lo que se llama el síndrome de burnout.

CAPITULO I

1. EL ESTRÉS

1.1 CONCEPTO

El estrés es un concepto que actualmente está centrado en la relación entre individuo, medio y circunstancias. Es definido entonces, como *“una relación particular del individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”*¹.

Hablar de estrés implica hablar de cómo es evaluada una situación. Implica una evaluación primaria que se refiere a la identificación de la situación en sí como amenazante o no, el individuo se pregunta ante un evento ¿Qué es esto?, ¿Puede perjudicarme? Implica también una evaluación secundaria que se refiere a los recursos que la persona considera que tiene para afrontar la situación previamente identificada como amenazante, el individuo se interroga ¿Puedo hacer algo? o ¿Estoy en condiciones de afrontarlo?

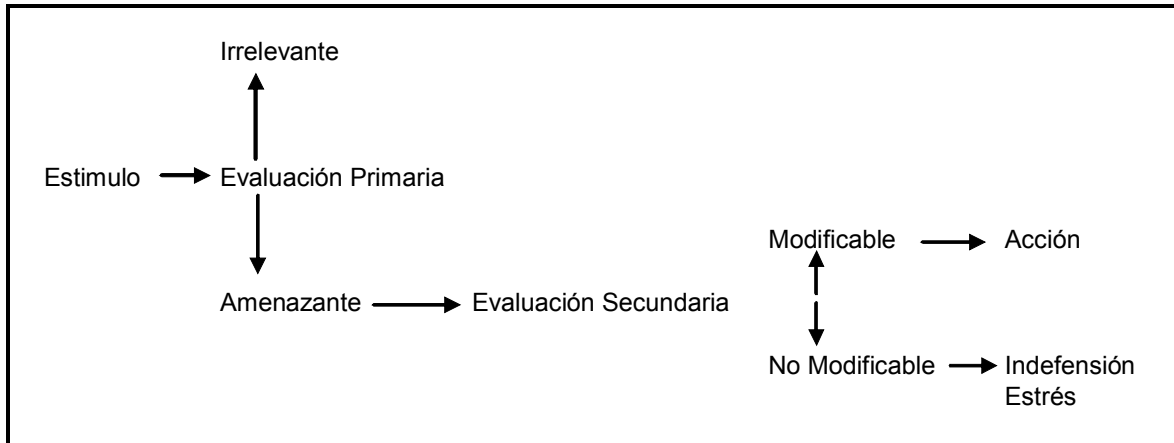
Así se constituye el afrontamiento o coping definido por Lazarus como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman 1984).

Si el individuo evalúa que el evento es modificable, planea o fantasea una estrategia de afrontamiento orientada hacia la acción. Sin embargo si lo considera inmodificable y

¹ CHIAPPELLA, Alberto. “Módulo de Teóricos: Estrés.” Ficha de la cátedra. Pág. 42.

nocivo, las estrategias se orientan hacia la emoción, deslizando al individuo a la situación de indefensión e inhibe la acción.

Gráfico No. 1. Estrategias que conducen a la Acción o a la Indefensión



Fuente: CHIAPELLA, A. “Módulo de Teóricos: Estrés.” Ficha de la cátedra.

Elaboración: autora

Es importante señalar que siendo este el mecanismo habitual que conduce a la situación de indefensión, no es el único. *“En algunas oportunidades aunque los individuos cuenten con estrategias de afrontamiento que se canalizan hacia la acción, ésta se va diluyendo ante la persistencia del estímulo amenazante o antihomeostático. Se evidencia entonces un proceso de agotamiento, encontrado en algunas formas del llamado estrés crónico y más patéticamente en el Burnout.”*²

Este fenómeno cobra importancia para el clínico porque la situación de indefensión por fracaso en el afrontamiento o por agotamiento del mismo predispone críticamente a la transcripción somática, mediado por la hipervigilancia, insomnio, anorexia, inmunosupresión, afecciones cardiovasculares, digestivas, etc.

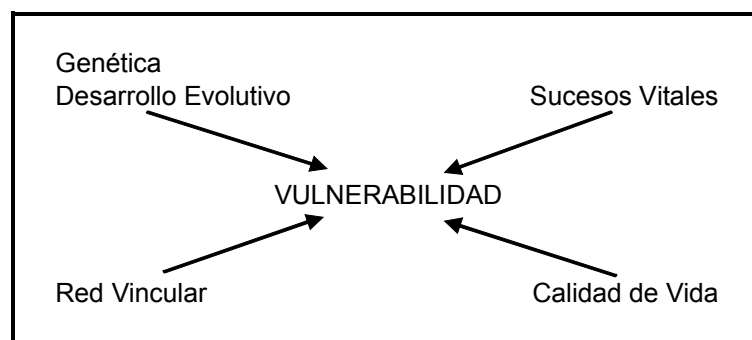
El impacto de las situaciones amenazantes en el organismo, no dependerá solamente de la evaluación y del afrontamiento. Se debe aceptar que las respuestas serán siempre

² CHIAPELLA, Alberto, Op.cit., Pág. 45.

individuales por estar relacionadas con factores biológicos, psicológicos, sociales y coyunturales.

A estos factores capaces de influir sobre el impacto se los llama “moduladores del estrés” por lo que se debe introducir el concepto de “vulnerabilidad”, el que estará determinado por la influencia de los moduladores antes señalados.

Gráfico No. 2. Moduladores del Estrés



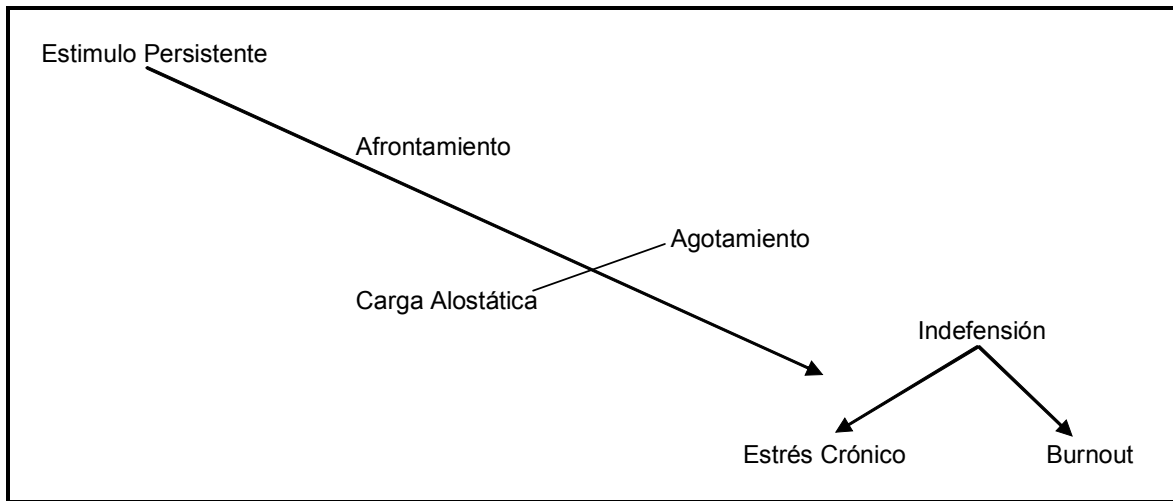
Fuente: CHIAPELLA, A. “Módulo de Teóricos: Estrés.” Ficha de la cátedra.

Elaboración: autora

Bruce McEwen introduce el concepto de Alostasis para referirse a la “*capacidad de recuperar la estabilidad a través de cambios que tienen los seres vivos*”. Estos mecanismos mediados por el Sistema Nervioso Autónomo y el Eje Hipotálamo Pituitario Adrenal tendría su expresión en variaciones adaptativas, cardiovasculares, inmunológicos, metabólicas, etc.

Si los estímulos considerados nocivos por el sujeto, persisten o se repiten se llega a la llamada Carga Alostática. Esto explicaría, a nivel biológico, el fracaso de las estrategias de afrontamiento inicialmente exitosas.

Gráfico No.3. Carga Alostática



Fuente: CHIAPELLA, A. “Módulo de Teóricos: Estrés.” Ficha de la cátedra.

Elaboración: autora

Desde el punto de vista fisiológico, los mecanismos de adaptación se asientan en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) disparado por la hormona liberadora de corticotrofina (CRH) y el sistema simpático-adrenomedular (SAM) originado en el locus ceruleos a nivel central y sus diferentes efectores periféricos (Sistema Nervioso Autónomo).

La CRH, distribuida en el Sistema Nervioso Central, lo que está especialmente, en el núcleo paraventricular del hipotálamo, desde donde estimula la secreción de ACTH y por su intermedio los glucocorticoides suprarrenales, éstos a su vez ejercen retroalimentación negativa sobre las neuronas productoras de CRH y la hipófisis modulando su acción. De igual modo inhiben la actividad del locus ceruleos frenando la secreción de noradrenalina a todo nivel.

Estos mecanismos junto con las demostradas conexiones entre el núcleo paraventricular del hipotálamo con el núcleo ceruleos, ponen de manifiesto las múltiples comunicaciones que se activan durante estos procesos de afrontamiento.

1.2 ESTRÉS LABORAL

En la actualidad numerosos trabajos apuntan al análisis de situaciones lo suficientemente globalizadoras como para colocar, a un número significativo de individuos en condiciones de desesperanza.

Un individuo puede encontrar en su trabajo estímulos dañinos para los que quede sin estrategias de afrontamiento exitosas modulado por su predisposición genética, historia y recursos personales.

- No encuentran sentido a lo que hacen
- No encuentran garantía de estabilidad ni perdurabilidad
- No tienen influencia sobre sus autoridades

No todos reaccionan de la misma forma: así, por ejemplo, si la exigencia es adecuada a la capacidad, conocimiento y estado de salud de la persona, el estrés tenderá a disminuir y podrá tener signos positivos, estimulantes, que le permiten hacer progresos en el ámbito de trabajo, mayor proyección en el mismo con gratificación personal.

Por el contrario, una inadecuación entre demanda y adaptación generará mayor estrés, en forma crónica e invalidante, con angustia, desesperanza, indefensión y agotamiento.

Así, una valoración cuantitativa del volumen del trabajo individual podrá generar un estrés agradable y motivador o un estrés debilitante de las capacidades y valoraciones personales, como así también la ausencia del mismo, el desempleo o la jubilación podrán provocar un grado extremo de indefensión y estrés.

En el caso del Burnout, los trabajos actuales se orientan a la prevención del mismo con la detección y seguimiento de poblaciones de riesgo.

1.3 ESTRÉS PSICOSOCIAL

Un individuo puede encontrarse en situación de estrés, por estímulos surgidos de su entorno, del medio social en el que se encuentra. De esta manera se define al Estrés Psicosocial es como:

“Perturbación política, social y/o económica que es percibida como amenazante y precipita a la desesperanza a un número suficiente de individuos como para desencadenar cambios de conductas colectivas”³

Para que el entorno no sea visto como nocivo:

- Debe ser predecible, con reglas de convivencia claras y establecidas por autoridades reconocidas y aceptadas.
- Debe haber un sentido de ubicación dentro de la sociedad, protegidos por ésta y con razonable seguridad de que esta situación no sufrirá cambios.
- Percibir que cuentan con la posibilidad de influir sobre sus mandantes y participar en su elección (el voto).

“la situación de amenaza e incertidumbre, genera un fenómeno de ambigüedad con efectos desestructurales en los grupos sociales y en la identidad personal, movilizando los sentimientos más primarios de indefensión” (Edelman, L. y Kordon, D. 1989-1990)

Los estímulos del medio son de tal intensidad que la polémica, ambiente real versus ambiente percibido, pierde validez y el estrés se generaliza a amplios sectores de la población, aumentando la vulnerabilidad somática.⁴

³ CHIAPELLA, Alberto, Op.cit., Pág. 48.

⁴ Cf.,CHIAPELLA, Alberto, Op cit., Pág. 40-49

1.4 ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Habitualmente a situaciones individuales (violaciones, secuestros, torturas) o colectivas, como catástrofes naturales o provocadas por el hombre, que implica amenaza de muerte y lesión a uno mismo o a otros, se puede desarrollar el estrés post-traumático.

Estas personas pasan por situaciones de estrés agudo, se recuperan; pero ante ciertas circunstancias reviven situaciones de estrés.

El individuo presenta miedo, horror o impotencia ante la situación traumática, después presenta en forma inmediata o demorada (hasta varios meses) los siguientes síntomas característicos: reexperimentar el trauma de forma persistente; evitación permanente de estímulos asociados con el evento y embotamiento de la respuesta emocional, y síntomas de aumento del estado de alerta.

“Se esta describiendo otro síndrome post-traumático es el denominado trastorno de victimización o trastorno de estrés extremo no especificado, se encuentra en víctimas de trauma prolongado y repetido propinado por otras personas por ejemplo en casos de incesto, abuso infantil, abuso conyugal, cautiverio o tortura.”⁵ Se observan las siguientes manifestaciones:

- Somatización: cefalea, dolor abdominal, pélvico o lumbar, síntomas gastrointestinales, síntomas disociativos y depresivos a menudo con comportamiento suicida
- Cambios de personalidad caracterizados por dependencia extrema del victimario, aislamiento, pasividad, temor al abandono o cambios de identidad como sentimientos de no ser uno mismo, de estar fragmentado, de creerse diabólico.

⁵ TORO, Ricardo José, YEPES Luis Eduardo. “Fundamentos de Medicina. Psiquiatría”. Pág. 187

- Conducta autodestructiva y revictimización. Puede manifestarse cuando el niño traumatizado se convierte en abusador de sus hijos o cónyuge en la vida adulta.

CAPITULO II

2. EL SÍNDROME DE BURNOUT

El “*burnout*” es un término que se tomó de la industria aeroespacial, que significa agotamiento del carburante de un cohete como resultado del calentamiento excesivo. La traducción literal de este término es “estar quemado” y en un principio se describió para los deportistas.

Es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974, por el psiquiatra Freudenberg, el cual prestaba sus servicios en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Durante su trabajo observó que después de un año allí trabajando, la mayoría de los voluntarios sufrían una pérdida gradual de energía hasta llegar al agotamiento, además de síntomas de depresión y ansiedad, en un marco de pérdida de la motivación e interés con que abordaran inicialmente su trabajo, e incluso manifestando intolerancia, resentimiento y agresividad con los pacientes. Freudenberg lo definió como "un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía". Y en concreto se refirió a los profesionales denominados de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas, con las que mantienen fuerte y sostenido contacto directo.

Para ese año también Von Ginsburg describe el cuadro aplicándolo al agotamiento psicofísico de los trabajadores de organizaciones de ayuda.

Al mismo tiempo, Cristina Maslach, psicóloga social, realizando un estudio sobre las respuestas emocionales de los profesionales de los cuidados, denominó a estos síntomas de “sobrecarga emocional” o “síndrome de burn-out”. Ella lo describió como

un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Junto con su colega Susan Jackson estructuraron este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto.⁶

Si nos detenemos un poco en la definición de **Maslach**, podemos observar que incluye varios aspectos:

- **Agotamiento emocional:** caracterizado por la pérdida progresiva de energía, de recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento.
- **Despersonalización o deshumanización:** manifestada por un cambio negativo de actitudes que lleva defensivamente a adoptar un distanciamiento frente a los problemas, e incluso proyectar el conflicto culpando a los propios pacientes de los problemas que le pasan al mismo profesional, llegando a considerar a estas personas como verdaderos objetos o “casos”. La actitud varía según las personalidades, pero en general hay un camino de “insensibilización” que va desde el pesimismo o escepticismo al cinismo respecto de los atendidos.
- **Falta de realización personal:** donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo en un marco de fuerte insatisfacción interna, baja autoestima y fuertes autocuestionamientos, con manifestaciones pseudodepresivas y con tendencia a la huida.
- **Síntomas físicos de estrés:** cansancio y malestar general.⁷

El círculo se va cerrando con una suerte de feedback o retroalimentación negativa: agotamiento físico y psíquico, despersonalización en el sentido de la deshumanización y una visión negativa, escéptica o cínica de sí mismos y los propios logros, con una

⁶ Cf., LOPEZ Rodrigo, M. Estrés de los profesionales de enfermería: sobre qué o quién repercute? Rol. N° 201. Año XVIII. Mayo 1995.

⁷ Cf., MASLACH, C; JACKSON, S. Maslach Burn-Out Inventory Manual. Consulting Psychol Press. Palo Alto. California, 1986.

moral baja, un detrimento y descenso de la productividad en el trabajo y sentimientos de fracaso y frustración, percibiendo escasa o nula realización personal.

2.1 FASES

Según Chernis, este síndrome se desarrolla en tres fases y son continuas, pero fluctuantes en el tiempo:

2.1.1 Desequilibrio entre las demandas y los recursos

Aparecería una situación de estrés psicosocial.

2.1.2 Tensión psicofísica

2.1.3 Cambios conductuales

A consecuencia de un afrontamiento defensivo y huidizo que da lugar a evitar las labores estresantes y provoca un alejamiento personal, lo que da lugar a tratar a los pacientes de una forma distante, rutinaria y mecánica, anteponiendo las propias necesidades.

2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES

2.2.1 Aparece de forma brusca

Aparece de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional y donde está el límite entre una cosa y la otra.

2.2.2 Negación

Se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan, esto es muy importante para un diagnóstico precoz.

2.2.3 Fase irreversible

Entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible y actualmente la única solución es la retirada de los cuidados asistenciales. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del burnout es muy delgada.

2.3 CAUSAS

En la Sinopsis de Psiquiatría de Sadock y Kaplan, Margueritte S. Lederberg y Jimmie Holland establecieron un cuadro sobre los estresores comunes entre el equipo médico de los centros de cuidados especiales.

Siendo los estresores más comunes los siguientes:

- Alta mortalidad.
- Tecnología compleja utilizada bajo una gran presión.
- Alta frecuencia de decisiones de vida y de muerte.
- Aspectos del cuidado de enfermos terminales.
- Conflictos con las terceras partes.
- Conflictos entre los miembros del equipo.
- Respuesta importante al debilitamiento y la desfiguración.
- Respuesta a los pacientes difíciles (dependencia excesiva, ira, falta de cooperación).
- Respuesta a la ideación suicida.
- Aspectos que infringen dolor como parte del tratamiento.

Trabajar con enfermos que se enfrentan a experiencias dolorosas y de sufrimiento, da lugar a que los cuidadores se enfrenten a retos muy difíciles. Esto radica, principalmente, en las propias características de la labor asistencial, propia de los cuidados paliativos, donde se deben resolver muchísimos problemas que surgen de manera repentina y de forma continua.

Por otra parte, es muy importante la relación y comunicación entre el enfermo y los cuidadores, no solo cuando el paciente se encuentra desprovisto de apoyo familiar y social, si no también en aquellos casos, que aún estando acompañado, existe una conspiración de silencio sobre la enfermedad y su pronóstico.

Según esto, podemos decir que estas son las principales causas de aparición del síndrome de burnout, pero diversos estudios también han identificado otras causas que influyen:

2.3.1 La edad

Puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería más vulnerable al burnout, siendo estos los primeros años de la carrera profesional, ya que es el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica diaria, dándose cuenta de que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

2.3.2 El sexo

El grupo más vulnerable serían las mujeres, en este caso por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y las tareas familiares.

2.3.3 El estado civil

Aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, no hay un acuerdo unánime. Parece ser que las personas solteras tienen más cansancio

emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable.

2.3.4 La turnicidad laboral

Esto sumado al horario de los profesionales sanitarios, según algunos autores, conlleva la posibilidad de sufrir este síndrome, aunque tampoco hay unanimidad en esta cuestión.

2.3.5 La antigüedad profesional

Aquí tampoco existe acuerdo entre los autores. Unos encuentran relación entre el síndrome y los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de antigüedad, identificando estos dos periodos como los que menor nivel de asociación tienen con el síndrome. En cambio, Naisberg y Fenning, encuentran una relación inversa, debido a que los sujetos que más burnout experimentan abandonarían su profesión, por lo que los profesionales con más años de antigüedad serían los que menos burnout, presentarían.

2.3.6 Sobrecarga laboral

Es conocida la relación entre la sobrecarga laboral y el burnout, ya que esto produciría una disminución en la calidad asistencial ofrecida por estos profesionales, tanto en calidad como en cantidad.

2.3.7 El salario

En la literatura no queda clara la relación, pero algunos autores lo anotan.

2.3.8 Características individuales del sujeto

Son características que también influyen en la aparición de este síndrome. Como algunas de las características individuales nocivas podemos destacar:

- Poca preparación para este tipo de trabajo.
- Muchas demandas concentradas en uno.
- Dificultad para pedir ayuda.
- Dificultad para pedir consejo cuando se necesita.
- No compartir ideas.
- No hacer uso de los mecanismos de soporte, en caso de haberlos.
- Sentimientos de miedo, culpa y desesperanza.
- Necesitar soporte de la familia en determinados momentos y no pedirlo por evitar sobrecargarlos.
- No descansar lo suficiente cuando se está cansado.

2.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL SÍNDROME DE BURN-OUT

Las manifestaciones clínicas de este síndrome aparecen en las tres esferas del individuo: física, mental y conductual.

2.4.1 Manifestaciones físicas:

- Insomnio.
- Taquicardia.
- Cefaleas.
- Alteraciones gastrointestinales.

2.4.2 Manifestaciones mentales:

- Agotamiento.
- Sentimientos de vacío.

- Impotencia.
- Fracaso.
- Nerviosismo, inquietud.
- Dificultad para la concentración.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Comportamientos paranoides y/o agresivos hacia las personas, compañeros y la propia familia.

2.4.3 Manifestaciones conductuales:

- Aumento del consumo de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales en algunos casos.
- Bajo rendimiento personal.
- Predominio de conductas adictivas y evitativas.
- Absentismo laboral.
- Distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros con frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro del propio núcleo familiar.⁸

2.5 ¿CÓMO MEDIR EL SÍNDROME DE BURN-OUT?

2.5.1 Escala de Maslach:

Es un cuestionario autoadministrado que se compone de 22 frases afirmativas y tres subescalas que se refieren a los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

2.5.1.1 Subescala de agotamiento o desgaste emocional. Consta de 9 preguntas. Evalúa el desbalance entre las demandas del trabajo realizado y los recursos para

⁸ Cf., LIVIANOS ALDANA L., DE LAS CUEVAS CASTRESANA C. y ROJO MORENO L. El desgaste profesional del psiquiatra

afrontarlas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las mismas. Puntuación máxima 54.

2.5.1.2 Subescala de despersonalización o deshumanización. Está formada por 5 items. Valora el reconocimiento por parte del profesional de actitudes de frialdad y distanciamiento. Esto puede producir en la práctica conductas agresivas y de insensibilidad hacia las personas receptoras de sus servicios. Puntuación máxima 30.

2.5.1.3 Subescala de realización personal: Se compone de 8 items. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.⁹

2.5.2 Escala de Alexitimia:

Es un constructo multidimensional en el que se responde a estresores situacionales. Mide la capacidad de poner los afectos en palabras o verbalizar los sentimientos.

⁹ Cf., MASLACH, C; JACKSON, S. Maslach Burn-Out Inventory Manual. Consulting Psychol Press. Palo Alto, California, 1986.

Está integrada por veintiséis frases que leídas por los entrevistados tienen tres posibilidades de respuestas. Las mismas deben reflejar con sinceridad lo que el evaluado siente respecto de cada una de ellas.¹⁰

2.5.3 Escala de Hads:

Esta Escala tiene catorce ítems que evalúan ansiedad y depresión. Refleja cómo se ha sentido el entrevistado durante la semana previa a la evaluación.¹¹

2.5.4 Comentario

Se considera importante y original articular la aplicación de la escala de Maslach, con las escalas que miden ansiedad y depresión (Escala de HADS) y la de Alexitimia (U.B.A) porque las mismas permiten evaluar con un mayor grado de probabilidad el factor de vulnerabilidad somática a las que estarían sometidas las personas en situaciones de sobrecarga psíquica.

Entendemos por vulnerabilidad somática, al resultado de una forma de funcionamiento psíquico que implica:

- Una insuficiencia en su organización representacional.
- Una carencia de recursos mentales.
- Una tendencia a la descarga.
- Una creciente dificultad en el enfrentamiento de las situaciones estresantes,
- Una baja tolerancia al desamparo o a pérdidas significativas en su historia personal
- Una significativa presencia de cogniciones y comportamientos de riesgo.

Entendemos por cogniciones, a las representaciones internas de ideas, razonamientos y discursos aplicados a las estructuraciones del proceso del pensamiento.

¹⁰ Cf., CASULLO, M. M., WIATER, A., MARISTANY, M. Escala de Alexitimia. UBA

¹¹ Cf., Acta Psychiatric Scan 1983. Escala de Depresión y Ansiedad de HADS

2.6 ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE DEPRESIÓN LARVADA

Wolfgang Walcher publicó en el año 1969 un libro bajo el título *La depresión larvada*, y con ello acuñó un término que a partir de entonces desempeñó un papel fundamental en cuanto al aspecto didáctico de la formación médica.

Afirmó que detrás de los síntomas físicos se esconde un gran número de depresiones y que, por lo tanto, existen muchos pacientes que son sometidos a una exploración física tras otra, son objeto de diversos tratamientos sin que se produzca una mejoría, ya que estos síntomas objetivos son solo la expresión somática del trasfondo depresivo.

Por otro lado, Pierre Marty estableció una distinción entre depresión esencial y depresión larvada o enmascarada. Considera que la depresión esencial constituye la esencia misma de la depresión, y se caracteriza por una disminución del tono libidinal, sin contrapartida económica alguna y asociada a desorganizaciones pulsionales progresivas y al desarrollo de enfermedades evolutivas graves.

En cambio en la depresión enmascarada los trastornos son más leves y funcionales.¹²

2.7 ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE ALEXITIMIA

“Dad palabras al dolor, el dolor que así no
se expresa termina por hacer estallar el corazón”

Macbeth. W. Shakespeare

Sifneos (1973), acuñó el término griego *alexitimia* (*a = sin, lexis = palabras, thymos = sentimiento o emoción*) para englobar la constelación de factores cognitivos – afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes.

¹² Cf., LUBAN-PLOZZA, B., POLDINGER, W., KROGER, F., LAEDERACH-HOFMANN, K. El enfermo psicósomático en la práctica. “Depresiones larvadas, depresiones por agotamiento y síndrome de Burn-Out”. Editorial Herder S.A. Barcelona, 1997.

Las bases del concepto *alexitimia* fueron instaladas por algunos autores de la corriente psicoanalítica que observaron que en los pacientes con enfermedades psicosomáticas existía una gran dificultad para expresar verbalmente los conflictos.

Así señalan algunas de las características propias de estos pacientes:

- Coartación de la fantasía,
- Dificultad para la expresión de las emociones,
- Tendencia a canalizar las tensiones a través de la vía corporal.¹³

2.8 MANEJO DEL SÍNDROME DE BURN-OUT

El manejo de este síndrome, según Gómez Sancho y Bondjale Oko, opera en varios niveles:

2.8.1 Gestión individual:

- Trabajar mejor en vez de más, realizar pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante y más eficiente.
- Establecer objetivos realistas, conseguir cosas factibles y realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.
- Realizar lo mismo de forma diferente, intentar huir de la rutina, ya que esto proporciona psicológicamente un mayor sentido de autonomía y de libertad personal.

¹³ Cf., SIVAK, Roberto; WIATER Adriana, Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Editorial Paidós, 1997.

- Hacer pausas, oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.
- Tomar las cosas con más distancia, ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se implica demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.

2.8.2 Cuidarse a uno mismo además de a los otros:

- Acentuar los aspectos positivos, pensar en los éxitos y gratificaciones personales que obtenemos de nuestro trabajo, así contrarrestaremos las frustraciones y los fracasos.
- Conocerse a sí mismo, analizar nuestras propias reacciones y reflexionar sobre el por qué de tales reacciones. El autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, ya que esto será un paso hacia el crecimiento personal.
- Reposo y relajación, ya que la aparición del estrés significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.
- Establecer las fronteras, diferenciando lo que es el trabajo y lo que es el hogar.
- Mantener la vida privada, ya que muchos obtienen una descarga de su tensión con amigos o con una pareja comprensiva. Es importante también tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre y nos ayuden a olvidar el trabajo.
- Cambiar de trabajo, aunque sería la última alternativa, aunque se trata de una decisión que hay que meditar llegado el momento.

2.8.3 Gestión social:

En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que es una ayuda en la reducción de la tensión emocional o ayudándonos a afrontar la situación de forma distinta.

2.8.4 Gestión institucional:

Esto ya depende de las instituciones, más que del propio personal sanitario. A veces es muy difícil, ya que las instituciones pueden ser muy conservadoras, además de ser los responsables directos de estos cambios. Sin embargo, se consiguen cosas, por lo que hay que poner el esfuerzo en ello. Con más medios, con más recursos humanos..., se reduciría el riesgo de llegar a una situación de burnout, pero como esto no es fácil de conseguir habrá que utilizar y analizar la manera de mejorar los recursos disponibles:

- División del trabajo, que el personal realice diferentes trabajos de vez en cuando, aún en la misma unidad. Esto cambia el hábito y rompe la rutina, aunque siga viendo el mismo tipo de pacientes.
- Limitar la contaminación del tiempo libre.
- Tomarse periodos de descanso.
- Tipo de relación del personal con sus superiores. La incidencia del burnout es menor en los trabajadores que tienen buenas relaciones laborales con los superiores y que obtienen de ellos apoyo y reconocimiento.
- Análisis de casos puntuales. Aunque se dan consejos generales, en ocasiones es bueno analizar en cada situación individual los factores que en un momento dado pueden provocar un exceso de estrés.

- Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles, dar más apoyo o recompensas particulares a los profesionales, promover y favorecer la formación profesional continuada...

2.9 ABORDAJE PARA LA PREVENCIÓN Y TERAPIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La psicohigiene es el conjunto de actividades propias del “psi” que actúa fundamentalmente sobre el nivel psicológico de los fenómenos humanos, con métodos y técnicas que proceden del campo de la Psicología.

Freud, habló en el Malestar en la Cultura, de la Ananké el Apremio de la Vida.

La aplicación de estos conocimientos tiene como propósito mejorar la realidad social presente que vive el hombre, que como expresara José Bleger lo mantiene *“enfermo, angustiado y desajustado a su grupo familiar o social, lo cual perturba y dificulta el progreso necesario de las instituciones creadas por el hombre y no siempre a su servicio”*.

Según Maslach, las estrategias anteriormente citadas para el manejo de este síndrome pueden y deben ser utilizadas para su prevención.

A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros.

2.9.1 Puntos Centrales de la Prevención:

- Información sobre la existencia del síndrome de agotamiento profesional.

- Información anticipada sobre los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que se incorporan.
- Programas de formación sobre el síndrome de burn-out y las fuentes de estrés emocional.
- El apoyo social de los superiores y la eliminación del estrés a través de medidas de organización especiales y una mejor comunicación y cooperación.
- Como medidas terapéuticas para los grupos de profesionales se recomienda introducir periodos de perfeccionamiento de los conocimientos, cambio de ámbito laboral y de las funciones o incluso del trabajo.
- Realización de Cursos sobre la Problemática o participar de Grupos de Reflexión sobre la tarea. ¹⁴

¹⁴ Cf., CHEVNIK, M., VIGNOLO, S., PROAGO “Programa de Actualización en Ginecología y Obstetricia. Síndrome de Burnout. Interconsulta médico-psicológica. Grupo Balint”. Editorial Panamericana. 1999

CONCLUSIONES

- Considero que el Síndrome de Burnout es un tema que cobra importancia en la actualidad debido a que las situaciones en la cual la sociedad se desenvuelve son altamente estresógenas por tanto este tema siempre será de actualidad e interés dentro del campo de la psicología.
- Desde el modelo de estrés se postula la situación de indefensión como un disparador de transcripciones somáticas; planteo que la evaluación clínica no podrá evitar reflexionar sobre cómo el paciente se aproxima a las situaciones, cómo las evalúa y de qué recursos cree que dispone para afrontarlas.
- Como consecuencia de lo expuesto en este trabajo considero de suma importancia la psicoprofilaxis como alternativa terapéutica ya que los sujetos que se encuentran atravesando un síndrome de burnout, manifiestan alto riesgo de vulnerabilidad psicofísica, lo cual indudablemente amerita un alto grado de atención por parte del profesional.
- La convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes sin estar emocionalmente preparados para ello puede afectar paulatinamente la esfera psicofísica y trastocar su ejercicio profesional hasta el punto de hacerlo inviable.
- El producto de las tensiones en conflicto va a determinar con el tiempo costos psicofísicos, sociales y económicos; uno de ellos es el Síndrome de Burnout.

ANEXOS

Escala HAD

Nombre:

Fecha:

1 • Me siento tenso o emocionalmente agredido:

- Casi todo el tiempo
- Gran parte del tiempo
- De tiempo en tiempo, ocasionalmente
- Nunca

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 • Sigo disfrutando de lo que solía disfrutar:

- Sin ninguna duda, tanto como siempre
- No tanto como siempre
- Sólo un poco
- Apenas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 • Tengo una sensación atemorizante, como si algo terrible estuviera por suceder:

- Muy clara y bastante penosa
- Sí, pero no demasiado penosa
- Un poco, pero no me preocupa
- No la tengo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 • Puedo reír y ver el lado divertido de las cosas:

- Tanto como siempre he podido
- Actualmente no tanto
- Claramente, no tanto
- No puedo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 • Pensamientos preocupantes atraviesan mi mente:

- Gran parte del tiempo
- En muchas oportunidades
- De tiempo en tiempo pero no demasiado a menudo
- Sólo ocasionalmente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 • Me siento alegre:

- Nunca
- No con frecuencia
- A veces
- La mayor parte del tiempo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 • Puedo permanecer sentado tranquilo y sentirme relajado:

- Sí, claramente
- Usualmente
- No con frecuencia
- Nunca

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala HAD

8 • Me siento enlentecido:

Casi todo el tiempo
Muy a menudo
A veces
Nunca

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 • Tengo una sensación atemorizante como un hormigueo en el estómago:

Nunca
Ocasionalmente
Bastante a menudo
Con mucha frecuencia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 • He perdido el Interés por mi aspecto personal:

Claramente
No me ocupo tanto como debería
Posiblemente no me cuido tanto
Tengo más cuidado que nunca

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 • Me siento inquieto, como si estuviese que estar en movimiento:

Realmente mucho
Bastante
No demasiado
Nada

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 • Aguardo las cosas con interés:

Tanto como siempre lo hice
Bastante menos que lo que era usual en mí
Claramente menos que lo que era usual en mí
Apenas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 • Tengo repentinas sensaciones de pánico:

Realmente muy frecuentes
Bastante a menudo
No muy a menudo
Nunca

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 • Puedo disfrutar de un buen libro o un buen programa de radio o televisión:

Con frecuencia
A veces
No a menudo
Muy rara vez

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HOSPITAL CARLOS DURAND
FACULTAD DE PSICOLOGIA
CATEDRA DE FISIOPATOLOGIA Y ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS
Dr. ALBERTO CHIAPELLA
CUESTIONARIO MASLACH**

SÍNDROME DE BURNOUT

Lea con atención las siguientes 22 frases afirmativas y califíquelas de 0 a 6 en función de lo que piensa o siente de cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero/a posible.

- 0: NUNCA
 1: POCAS VECES AL AÑO O MENOS
 2: UNA VEZ AL MES O MENOS
 3: UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS
 4: UNA VEZ A LA SEMANA
 5: POCAS VECES A LA SEMANA
 6: TODOS LOS DIAS

	ESCALA MASLACH	PUNTAJE
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2.	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	
4.	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	
5.	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
8.	Me siento “quemado” por mi trabajo	
9.	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	
12.	Me siento muy activo	
13.	Me siento frustrado en mi trabajo	
14.	Creo que estoy trabajando demasiado	
15.	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17.	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
18.	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20.	Me siento acabado	
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22.	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	

Escala de alexitimia (UBA)

Lea con atención las siguientes 26 frases. Marque su respuesta con una cruz en una de las tres columnas para cada afirmación, teniendo en cuenta lo que Ud. piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero posible. Las repuestas posibles son de derecha a izquierda: Generalmente Sí / A veces/ Nunca- No

	Generalmente Si	A veces	Nunca-No
1. Cuando lloro, sé por qué lo hago			
2. Ponerse a fantasear es perder el tiempo			
3. Quisiera ser menos tímido			
4. Me confundo y no sé bien que estoy sintiendo			
5. Fantaseo sobre el futuro			
6. Me resulta tan fácil como a las demás personas tener amigos			
7. Poder resolver un problema es más importante que preguntarse por qué se lo resolvió de esa manera			
8. Me es difícil poder encontrar palabras para expresar lo que			
9. Me gusta que los demás se den cuenta si estoy preocupado por algo			
10. Tengo sensaciones en le cuerpo que ni siquiera los médicos logran entender			
11. No me alcanza con saber que una tarea está hecha, necesito saber cómo y por qué se hizo			
12. Puedo contra lo que siento sin problemas			
13. Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos			
14. Cuando me siento mal, no sé si estoy triste, asustado, enojado			
15. Uso mi imaginación			
16. Sueño despierto cuando no tengo nada que hacer			
17. Me sorprendo por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo			
18. Me pongo a fantasear			
19. Prefiero aceptar las cosas tal y como pasan que tratar de entender por qué suceden de esa forma			
20. Tengo sensaciones que no puedo explicar con palabras			
21. Es importante tener emociones, poder sentir cosas.			
22. Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente			
23. La gente me pide que cuente mejor mis sentimientos			
24. Uno debería buscar explicaciones más profundas a las cosas			
25. No se que está pasando dentro de mi			
26. Cuando me enojo, no se porque estoy enojado.			

BIBLIOGRAFIA

1. Acta Psychiatric Scan 1983. Escala de Depresión y Ansiedad de HADS
2. ALVAREZ GALLEGO, E.; FERNÁNDEZ RIOS, L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. XI. Nº 39.
3. CASULLO, M. M., WIATER, A., MARISTANY, M. Escala de Alexitimia. UBA
4. CHEVNIK, M., VIGNOLO, S., PROAGO Programa de Actualización en Ginecología y Obstetricia. “Síndrome de Burnout. Interconsulta médico-psicológica. Grupo Balint”. Editorial Panamericana. 1999.
5. CHIAPELLA, Alberto, Módulo de Teóricos: Estrés. Ficha de la cátedra.
6. LIVIANOS ALDANA L., DE LAS CUEVAS CASTRESANA C. y ROJO MORENO L. El desgaste profesional del psiquiatra
7. LOPEZ Rodrigo, M. Estrés de los profesionales de enfermería: sobre qué o quién repercute? Rol. Nº 201. Año XVIII. Mayo 1995.
8. LUBAN-PLOZZA, B., POLDINGER, W., KROGER, F., LAEDERACH-HOFMANN, K. El enfermo psicossomático en la práctica. “Depresiones larvadas, depresiones por agotamiento y síndrome de Burn-Out”. Editorial Herder S.A. Barcelona, 1997.
9. MASLACH, C; JACKSON, S. Maslach Burn-Out Inventory Manual. Consulting Psychol Press. Palo Alto. California, 1986.
10. SIVAK, Roberto; WIATER Adriana, Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Editorial Paidós, 1997.
11. TORO, Ricardo, YEPES, Luis, Fundamentos de Medicina. Psiquiatría, 2001
12. http://www.alcmeon.com.ar/7/25/alc25_02.htm
13. http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_03.htm