



## El “burn-out”: ¿desgaste, desengaño, enfado crónico, enfermedad o trastorno psicopatológico?<sup>1</sup>

Jorge L. Tizón García<sup>2</sup>  
Institut Català de la Salut

El trabajo realiza una somera revisión de la noción o constructo del *burnout*, “síndrome del quemarse por el trabajo” (SQT) o “Síndrome del desgaste profesional”, así como de su epidemiología. Se intenta relacionar el mismo con la epidemiología de la psicopatología de los profesionales sanitarios actuales con el fin de: 1) Reflexionar acerca del contenido psicosocial, psicopatológico y relacional del constructo. 2) Reflexionar acerca de los problemas que puede acarrear el no tener en cuenta una perspectiva clínica y psicodinámica que tenga en cuenta los conceptos de proyección, identificación proyectiva y escisión en la psicodinamia de la auto-atribución de tal síndrome. Una consecuencia es que tal vez conviniera hablar, más que de burnout, de los “Síndromes psicopatológicos influenciados por las condiciones laborales”. Ello da pie para revisar los condicionantes socio-laborales y sociopolíticos del síndrome y de los intentos de evitarlo o tratarlo.

**Palabras clave:** *Burn-out*, Síndrome del Quemarse por el Trabajo, desgaste profesional, psicopatología, condiciones laborales, organización social, política social.

This paper reviews the *Burnout* notion or construct, as its epidemiology. Burnout notion and data are related with current health professionals with the objective: 1) Thinking about the relational, psychopathological and psychosocial dimensions of the burnout; 2) Considering the problems that implies not to adopt a psychodynamic and clinical perspective, taking in mind the concepts of projection, projective identification and splitting in the psychodynamics of burnout self-attribution. One of the main consequences is to propose a new perspective that considers a better option to talk of “Psychopathological syndromes influenced by Labour Conditions” than of Burnout. Some considerations follows on revising socio-political and socio-labour conditioning burnout factors and the efforts to treat or to prevent it.

**Key Words:** Burn-out, Professional Wearing, Psychopathology, Labour Conditions, Social Organization, Social Policy.

**English Title:** *Burnout: Wearing Out, Disappointment, Chronic Annoyance, Illness or Psychopathological Disorder?*

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Tizón García, J.L. (2010). El “Burn-out”: ¿desgaste, desengaño, enfado crónico, enfermedad o trastorno psicopatológico?. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 82-103. [[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939] [ISSN 1988-2939]

## Introducción

Cuando los organizadores me llamaron para realizar esta comunicación<sup>1</sup>, insistí en que no me consideraba especialista en el campo, ni mucho menos. Y continúo manteniendo ese aserto. Como teórico o estudioso no poseo ninguna autoridad o especiales conocimientos en el campo del “desgaste profesional”, en el tema del *burnout*. Pero eso no significa que no esté interesado en el mismo. En realidad, he tenido que interesarme por él, primero, porque muchos compañeros o compañeras durante decenios me han confiado sus problemas y conflictos, tanto de ellos mismos como de sus familias. En segundo lugar, porque he trabajado más de cuatro decenios en equipos clínicos en la sanidad pública y he padecido los problemas y consecuencias a las que se refiere esa noción. En tercer lugar, porque llevo más de treinta años colaborando con la administración sanitaria pública en temas de planificación y formación, aunque siempre a tiempo parcial y reservando la mayor parte del tiempo para la clínica. Sin embargo, la perspectiva de la administración y las organizaciones me ha proporcionado conocimientos, datos y puntos de vista que la propia clínica no proporciona, elementos que son fundamentales para mi perspectiva actual sobre el desgaste profesional de los médicos, del personal de enfermería y de las demás profesiones sanitarias.

Esas son mis limitaciones, mis puntos de partida y mis sesgos. Justo es que los enuncie de entrada por si alguien no conoce mi procedencia y limitaciones. Porque es desde mi procedencia profesional desde donde me gustaría comenzar con reflexionar sobre la propia definición del concepto o noción<sup>3</sup> de *burn-out* o *burnout*.

Personalmente, prefiero enfocar el *burnout*, al menos de entrada, como un síndrome psicosocial. Un síndrome psicosocial que C. Maslach y S.E. Jackson (1986) definieron así: “*Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*”. Previamente, H. Freudenberger (1974), trabajando en la Clínica Libre de New York, un equipamiento pionero dedicado a la atención a drogadictos con gran peso en sus trabajos del voluntariado, había observado “*un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo*”.

Fue unos años después cuando ya desde la universidad y desde la psicología social, Cristina Maslach y después S.E. Jackson, propusieron la primera definición que he nombrado. Es la que ha hecho más fortuna y, además, ha dado lugar al M.B.I. – probablemente, el cuestionario de detección de este tipo de problemas más popular. Como hemos visto, nuestros autores hablaban de un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Limitaban bastante más el cuadro y la situación, por tanto.

Para entrar por la clínica, creo que iría bien una situación que he recogido de mi experiencia propia. Se trata de una situación clínica vivida por mí hace bastantes años, y que trascibo aquí con pequeños retoques tendentes a guardar la privacidad y confidencialidad. Pero me parece que es la mejor forma de comenzar a reflexionar sobre el tema: viéndolo en una situación clínica y problemática.

*Me pide consulta una doctora en la edad media de la vida. El motivo directo de la consulta es la preocupación que siente “por un chico” (luego resultará que “el chico” tiene 40 años), hijo de una familia conflictiva, utilizador de drogas por vía intravenosa, hijo de una*

madre somatizadora y exigente. Con toda esa familia había tenido problemas a menudo.

*En la visita conmigo, la doctora contó que el chico le vino a consultar por dorsalgias y ciatalgias, con una receta de un hospital. Le prescribían corticoides. La doctora se los llegó a recetar hasta tres veces y cuando a la cuarta volvió a por más corticoides, sus dudas ya eran muy grandes y le envió a otro hospital... donde inmediatamente le diagnosticaron una neoplasia. Una neoplasia de la que había muerto hacía dos meses.*

*Desde entonces la doctora no ha dejado de pensar y repensar, repasar y repensar una y otra vez la relación asistencial mantenida con "ese chico", con esa persona: los problemas, la historia de la misma, hasta los más mínimos detalles. Cuando nos paramos a ver su conducta asistencial, a lo cual me ayuda mi propia experiencia como médico de cabecera, realmente lo que narra parece bastante adecuado y su actitud y medidas asistenciales, bastante prudentes y cuidadosas. Llama entonces la atención que precisamente ahora la doctora haya quedado tan absorbida por un cuadro o situación personal de estas características, en el que predominan el cansancio, el agotamiento emocional, la sensación de fracaso, los auto-reproches y las dudas respecto al seguimiento que hizo a este paciente... Todo parece centrarse en dudas y rumiaciones sobre la historia clínica y la relación asistencial, que vienen acompañadas de un cuadro ansioso-depresivo severo. Pero tengo la impresión clara de que algo ha debido despertar o remover en su mundo interno esa situación. Cada vez tengo la impresión más clara, incluso durante esta primera entrevista.*

*Como, por otro lado, también tengo ya una impresión muy favorable de capacidades emocionales y cognitivas de la doctora, me decido a plantearle directamente eso mismo que estoy pensando: Que me da la impresión de que esa historia asistencial ha debido remover algo muy profundo en su interior. Reacciona bien, con un intento de colaborar, y puede admitir que tiene que controlar todo en la consulta, que siempre teme que se le olvide un detalle, que "se lleva los pacientes a casa", que sigue pensando en algunos en el fin de semana, que no puede dejar de pensar en ellos al llegar a su hogar, sobre todo en aquellos con los que tiene más problemas... Naturalmente, en este momento tal hábito se ha hecho desesperante. Por eso, está dudando seriamente (y yo, desde luego, no tengo dudas de sus dudas): duda si dejar la profesión o dejar la especialidad. Declara abiertamente estar desbordada y "quemada". Piensa incluso si dejar a su marido, dada la gravedad de la crisis en la que se siente inmersa.*

*Logramos recuperar un poco sus capacidades de narración y un poco después, en la misma entrevista, me habla por su cuenta y en detalle de la agonía de este paciente y de sus vómitos, sumamente impresionada aún por ellos. Cuando me lo repite y por cómo me lo repite, le señalo lo impresionada que la veo y, como siempre que en una entrevista percibo una emoción visceral (la pena aquí está muy mezclada con asco), procuro aprovechar ese momento de contacto tan emotivo: le señalo lo impresionada que parece estar por ese síntoma de los vómitos. A partir de ese momento la entrevista cambia de forma radical. Por un lado, porque asocia o trae como recuerdo un cuadro de anorexia mental con vómitos que padeció ella misma en la adolescencia, un cuadro que remitió cuando se trasladó de ciudad para estudiar, aunque lo califica de grave. Y entonces empieza a hablarme de algunas cuestiones familiares, del gran esfuerzo que ha hecho ella, tanto como su familia, por tirar adelante en la vida y en la profesión. Pero al tiempo, me transmite claramente cómo, en parte por ese enorme esfuerzo, se ha construido una especie de coraza que le sirve para vivir con una cierta sensación de seguridad su vida afectiva y su vida profesional.*

*"Todo va bien", me dice, "todo va muy bien, la infancia fue muy bien, los hermanos*

*fueron muy bien, con los padres todo muy bien, el trabajo todo muy bien, el grupo de trabajo es excelente"... Único tema levemente disonante: me cuenta que la casa en la cual pasó su infancia estaba retirada, en un descampado, y que, para evitarle a su padre el trabajo de venirla a buscar cada día, ella procuraba salir poco. Añade que su padre tenía mucho miedo de que la violaran, dada la situación de la vivienda familiar.*

*Con los pacientes y la clínica siempre se ha sentido bien, pero a partir de ahora, a partir de ese paciente, se ha hundido. Vuelve a repetir que está pensando seriamente en dejar la profesión o la especialidad.*

*Intento volver a aprovechar en la entrevista sus capacidades y le muestro esos dos aspectos que una y otra vez aparecen en sus vivencias y narraciones: Por un lado, esas situaciones graves; por otro, "todo va muy bien". Algo está muy en contradicción o está muy contrastado en su vida, en su mente. A partir de ahí, la doctora empieza a decirme que no a todo lo que yo le digo, hasta el extremo de que llega a hacerme dudar de la bondad de mi señalamiento. A todo lo que le voy aportando va diciéndome que no. Entonces me doy cuenta de que ha estado en la entrevista casi todo el tiempo a la defensiva, a pesar de los momentos de gran tristeza que se ha "tragado" sin llegar a llorar. Se lo he mencionado, lo triste que se ponía, y me lo ha negado. Mis señalamientos los ha entendido y acogido, pero luego han quedado "digeridos" en un discurso y una actitud autodepreciativa, pero al parecer inamovible. Pero vuelve a ponerse muy, muy triste y, cuando se lo señalo por tercera vez, ya simplemente con un gesto, entonces rompe a llorar abiertamente.*

*Interrumpiéndome y a borbotones me empieza a explicar otra serie de aspectos de su historia y de su vida que hacen pensar en la enorme carga emocional que ha estado aguantando. Y que ha podido aguantar durante tanto tiempo gracias a sus capacidades intelectuales y emocionales. Ahora me empieza a resultar claro por qué la situación se ha desbordado de forma tan poco contenida, tan extrema, ante una situación laboral.*

Ante una historia de estas características ¿tendríamos que haber pensado, como la propia profesional, que "está quemada", que el problema es el *desgaste profesional*?

Otra definición del síndrome fue la de Pines y Aronson, dos años posterior (1988) a la de Maslach y Jackson: "*El estado de agotamiento **mental, físico y emocional**, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes*". Subrayo lo de "mental, físico y emocional" porque ¿qué es eso de "mental y emocional"? ¿O es que lo emocional no es mental?. Más bien al contrario. Ahí volvemos a encontrar una cierta "indefinición de la definición", atribuible a errores teóricos o a algún elemento más de fondo. Por eso intento ser lo más cuidadoso que puedo en la comprensión del "burn-out", el "síndrome del quemado", el "síndrome del desgaste profesional" o el "síndrome de Tomás" –tomando el nombre del cirujano de la novela de Kundera "*La insoportable levedad del ser*". Como les decía, personalmente prefiero hablar, mucho más prudentemente, de un malestar personal consistente en síntomas tales como cansancio, enfado, irritabilidad, desinterés por el trabajo, problemas de relación, etc. que la persona concreta, quienes le rodean o algún dispositivo asistencial atribuyen a las condiciones laborales.

Es decir, que ese síndrome posee tres dimensiones básicas, que además son las dimensiones básicas del test de cribado más utilizado (el M.B.I.): el agotamiento emocional, la despersonalización o deshumanización y la falta de realización personal. Vuelvo a llamar la atención sobre la sorpresa que a mí, como psiquiatra y como aficionado a la historia y

epistemología de la psicopatología, me produce el que se hable en la definición y en las dimensiones “de despersonalización o deshumanización”. *Despersonalización* es un concepto que en psiquiatría está muy definido y es muy antiguo: tiene que ver con la pérdida del sentido de sí mismo, o del propio cuerpo (self-corporal) o de la realidad interna. No es así como se utiliza en gran parte de la bibliografía sobre el burn-out. Es decir, ahí ha habido una pérdida de sentido de un concepto muy arquitrabado y muy antiguo, en psiquiatría bastante definido. Volvemos pues a encontrarnos con esa cierta “brumosa conceptual”. Esa imprecisión que es mucho más patente cuando hablamos de “humanización” y “humanismo” o de sus antítesis (“des-humanización y “antihumanismo”), como ya comenté hace unos años (Tizón 1998). Cada grupo humano, cada cultura, casi cada institución posee su propia idea de lo que es humano e inhumano, sobre lo que es humanismo y lo que es antihumanismo: cualquier guerra imperialista lo hace sangrantemente patente en cada momento.

Esas tres dimensiones básicas (agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización --trato despersonalizado—y falta de realización personal), desde un punto de vista clínico, podrían entenderse como las manifestaciones de un *trastorno adaptativo crónico* que cursa con síntomas disfóricos: con alteraciones de conducta en forma de alteraciones del modelo asistencial (*trato despersonalizado*), con síntomas de estrés psicofisiológico, trastornos del sueño, hipervigilancia, con bajo rendimiento laboral y, sobre todo, con sentimientos de escasa realización personal, ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

¿Motivos para el síndrome desde esa perspectiva? Pues desde que uno está enfadado crónicamente con el propio trabajo o con la empresa, hasta trastornos psicopatológicos, pasando por el engaño entre lo que uno se dice que va a hacer y le dicen que va a hacer, en qué va a consistir la medicina y en qué consiste en realidad. Y otro muchos “errores por autoengaño”: Hoy, por ejemplo, es realmente difícil saber cuál es la esencia de la profesión médica (entre el sacerdocio, el profesionalismo y el negocio). Y eso, además, contribuye a que nos auto-engañemos y pongamos o proyectemos en nuestra profesión falsas expectativas, más o menos defensivas a nivel psicológico. Y desde luego, un enfado, un autoengaño o un engaño crónicamente mantenido y del que no podemos escaparnos, da lugar a repercusiones cognitivas, afectivas, psicósomáticas, a trastornos somáticos y, en relación con esa situación de angustia crónica, a trastornos relacionales y situacionales (muchos de ellos tal vez incluso previos y no posteriores, como muestra el ejemplo clínico recogido más arriba).

¿Algunas cifras de epidemiología? Por mi experiencia clínica personal, los médicos, es decir los pacientes-compañeros que me han consultado, eran, sobre todo, especialistas en salud mental y atención primaria. Al repasar someramente la bibliografía me he dado cuenta de que, según ella, son precisamente los que más burn-out dicen que están sufriendo en el momento actual en este país. Las cifras procedentes de las investigaciones empíricas, como muestra la tabla 1, hablan de entre el 3'25 % y el 30% de los médicos “quemados” (De Pablo et al. 2002; Sobrequés et al 2002; Cathébras et al. 2004; Rodríguez et al. 2005; Loayssa 2005). En el caso del personal de enfermería, las tasas son aún mayores. Personalmente les diré que me parece un porcentaje claramente excesivo, “hinchado”, a menos que llamemos “desgaste profesional” a demasiadas cosas: por ejemplo, a malestares más o menos pasajeros o graves en el trabajo, que son casi inherentes en el trabajo en la sanidad pública actual. Pero eso no es el “desgaste profesional”, desde luego. Al menos según mi definición y, posiblemente, según cualquiera definición. Eso es atribuir a tal síndrome situaciones y conflictos psicológicos, sociales,

institucionales, etc. Es notable que la mayor prevalencia, según diversos estudios, se da entre la enfermería psiquiátrica pero, por otro lado, si uno observa de cerca su situación real de trabajo, en instituciones enormemente burocratizadas o poco cuidadosas para con la vida mental y emocional de sus cuidados y sus cuidadores, no resulta tan difícil de entender (Tizón 2007).

*Por todo ello, querría proponerles que, cuando piensen en el "burn-out" tengan en cuenta una serie de reflexiones. Las pocas que puedo proporcionarles aquí les propongo organizarlas en tres ámbitos: teórico, clínico y socio-político-laboral.*

### Alguna reflexión (algo más) teórica.

Siguiendo con la tabla, podemos observar en ella la gran desviación de las puntuaciones en las tres subescalas, tanto interna como entre ellas. Ya sólo ese dato nos debiera hacer pensar en problemas de validez del constructo y en el concepto.

Sigamos pues con nuestra reflexión "teórica" sobre el concepto de "burn-out". Ese síndrome, ¿no se tratará en realidad sino de una combinación de varios cuadros psicopatológicos bien definidos y estudiados, en algunos casos desde hace siglos?. Por ejemplo, ¿no se tratará de una combinación, con diversas variaciones debidas a la personalidad, la cultura, el grupo social, etc. de trastornos por ansiedad excesiva, trastornos adaptativos, trastornos somatomorfos y disociativos --por cierto que más frecuentes éstos últimos en el así llamado personal no sanitario que en el personal sanitario--, trastornos depresivos y trastornos por estrés post-traumático crónico?. Ante una persona que se queja de "estar quemada" o a la que alguien califica de "quemada", son los cuadros que vemos detrás --siempre que deseemos tener una perspectiva psico-patológica, que no es forzosa ni es la única, claro está. Insistiré más adelante sobre ese tema.

Todos esos cuadros psicopatológicos, además, pueden enmascarar trastornos de personalidad muy graves, trastornos por dependencia, narcisistas, límites, paranoides o esquizoides y hasta los llamados "trastornos mentales severos" (psicosis, adicciones, trastornos bipolares...). Hoy en día tenemos médicos, enfermeras y hasta directores médicos diagnosticados de "psicosis" e incluso de "esquizofrenia" -y yo soy de los que piensan que, adecuadamente cuidados y atendidos, no tienen por qué dejar ni la profesión ni incluso muchas de sus especialidades. No debiera ser el caso, por ejemplo, de médicos o enfermeras con trastornos adictivos, mucho más numerosos hoy en día --no nos olvidemos que la cocaína, consumida alegremente por un número creciente de compañeros, es una droga adictiva. Y, sin embargo, pocos profesionales les proponen a estos compañeros que dejen de trabajar si no se tratan.

Para poder reflexionar pues sobre el burn-out entre los profesionales médicos, tendríamos que poseer y valorar los datos sobre psicopatología entre esos profesionales. Y ¿cuál es la psicopatología sanitaria típica, según dicen las investigaciones empíricas? Insisto en lo de "empíricas" porque, en ese sentido a menudo se hacen mediante cuestionarios de detección y cribado, y tengo amplias dudas sobre los resultados obtenidos, y más con nuestros profesionales. Un resumen de esos datos empíricos aparece en la tabla 2. ¿Trastornos mentales entre los médicos? El doble que en la población general, aproximadamente. Depresión, el doble que en la población general. Suicidio, casi tres veces más que en la población general. Abuso de tóxicos, tres veces más que en la población general. Automedicación, ¡quién sabe cómo va hoy la automedicación entre la población general...!. Pero, entre los médicos, del orden del 40%. Personalmente, podría decirles que

cada vez veo menos compañeros que, antes de pedir ayuda a un especialista en salud mental, no haya utilizado durante meses o años diversas combinaciones de los “cartuchos de perdigones” de la actual psiquiatría: benzodiacepinas y ISRS. Y es patético y trágico contemplar cómo los compañeros intentan creer tan acríticamente como pueden las promesas sobre las excelsas bondades de los mismos y los ingieren durante meses o años y en dosis crecientes y crecientes, hasta extremos frecuentemente yatrogénicos (y que, desde luego, dificultan enormemente el diagnóstico y tratamiento posteriores de sus trastornos psicopatológicos de base).

**Tabla 1. Epidemiología de los “Síndromes psicopatológicos influenciados por las condiciones laborales”(SPPICL) o “Síndromes del desgaste profesional” (SDP)**  
(\*una difícil síntesis de la bibliografía adjunta)

Profesionales con <i>burnout</i>	Especialidades más afectadas	Dimensiones que aparecen más afectadas en los estudios con el MBI	
3'25 al 30 % de los médicos encuestados	SM APS ++en MIR	“Agotamiento emocional”	46-80 %
30-44% en Enfermería	+++ en Enfermería Psiquiátrica	“Des-personalización” (trato despersonalizado)	22-93 %
		“Falta de realización personal”	16-79 %

**Tabla 2. Un intento de aproximación a la psicopatología de los profesionales sanitarios (\***  
según la bibliografía adjunta, y especialmente, Generalitat de Catalunya, 2006)

Prevalencia en %	Trastornos Mentales	Depresión	Suicidio	Abuso de tóxicos	Automedicación
Población General	15	5	6-9/ 100.000	5	¿
Médicos	28(20)	10	15/100.000	15 (5% adictos)	40

¿Problemas terminológicos observables? Numerosos: Por ejemplo, Olmedo y colaboradores (2001) hablan de si la depresión y la ansiedad producen el burn-out, o si es el burn-out el que genera la depresión y la ansiedad. Pero si recordamos que el burn-out es una metáfora y no una entidad morbosa –y, menos, una enfermedad–, deberíamos preguntarnos si es más útil el concepto de trastorno psico-patológico que esas metáforas novedosas. Y en ese sentido, lo primero que podemos observar es que los conceptos psicopatológicos tienen una ventaja: que están más probados y que tienen probablemente mayor intensidad nuclear, están más definidos, y una menor extensión nuclear (pueden aplicarse a menos campos). Las consecuencias son importantes de cara a la práctica clínica. Me refiero a las consecuencias de escoger metáforas o nociones en vez de conceptos, sobre todo cuando parecen existir conceptos más exactos y más científicos para ese fenómeno. Ahora bien: Podríamos defender que también la ciencia está llena de metáforas- y, de problemas, por supuesto. En ese sentido, tal vez podría ser una noción más pregnante, o más

evocadora, o más útil para la discusión y la diatriba... Ahora bien, existe otra explicación alternativa a nuestra tendencia a hablar del "burn-out" en vez de hablar de "trastornos mentales" o "trastornos psicopatológicos": el narcisismo de grupo. Es decir: nuestros pacientes se pueden deprimir, pueden tener trastornos por ansiedad excesiva, pueden tener trastornos psicóticos, o por estrés postraumático, o adaptativos, pero nosotros, sus médicos, no: nosotros tenemos *burn-out*. Es más que dudoso que convenga hablar y obrar así y, desde luego, las pruebas no remiten a esa fantasía. Como acabamos de decir con respecto a la psicopatología sanitaria, nosotros nos deprimimos, nos enloquecemos, usamos drogas, etc., etc., no igual que los demás componentes de la "población general": parece ser que un poco más que los demás. Para evaluar el desgaste profesional o el "burn-out" habrá que partir de ahí, no de la negación o de-negación de esa realidad.

Por otro lado, existen ciertos intereses conscientes o inconscientes de grupo para crear nuevos conceptos y nuevos tratamientos diferenciados. Y para crear servicios, equipos y tratamientos diferenciados. Una práctica cada vez más extendida entre las disciplinas de la salud mental, pero una práctica que tiene sus problemas, como luego vamos a ver, y cuyas manifestaciones más aparatosas hoy día son la "psiquiatría cosmética", determinadas prácticas psicoterapéuticas "ultra-breves y ultra-milagrosas", en especial cognitivo-conductuales, pero también de psicoterapia breve, que prometen magníficos resultados en brevísimo tiempo y con dosis casi homeopáticas. También, la tendencia a proponer sistemas "terapéuticos" para fenómenos sociales, tendencia propalada por algunos departamentos universitarios y servicios de "investigación" disociados de la atención pública.

Claro que también se entiende que, cuando los médicos nos ponemos mal, temamos que nos apliquen las mismas categorías romas y torpes de algunos dogmas biologicistas. Sin embargo, hay otras perspectivas psicopatológicas diferentes de la biologicista, que hemos de tener en cuenta, tanto para nosotros como para nuestros pacientes. Por ejemplo, la que habla de los trastornos y los síndromes desencadenados por *factores de riesgo*. Es una perspectiva de la psicopatología que hoy resulta aún novedosa. Pero creo que hemos de comenzar a acostumbrarnos a ella porque, probablemente, será la perspectiva dominante en las disciplinas de la salud mental de los próximos decenios. De hecho, ya es una perspectiva que ha pesado de forma notable en la teoría del *Plan Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya*. Hace años vengo refiriéndome a la misma como la *perspectiva de los factores y niveles de riesgo y contención para la psicopatología (figuras 1 y 2)*.

Dentro de esta perspectiva, lo laboral puede pesar mucho. Por ejemplo: en el tratamiento y el pronóstico de las psicosis. En esos trastornos graves, hemos de declararlo abiertamente, el trabajo y el medio laboral, suficientemente protegido y cuidado, es un factor de contención fundamental. Fundamental significa aquí *de fundamental importancia*. En muchos casos, me atrevería a decir, en contra de la falta de reflexión habitual en estos campos, es el más relevante para el pronóstico de ese trastorno y de las personas afectadas por él: los neurolépticos varían poco su evolución. La existencia de puestos de trabajo mínimamente protegidos y asesorados, hacen variar de forma más radical esa evolución... y usando menos neurolépticos, ingresos y, en general, fármacos (¿Será por eso que casi no se cuidan los puestos de trabajo protegidos para estos y otros pacientes y que incluso ni pensamos en que existen por ley?).

Pero esta perspectiva implica también que no hay ningún factor que sea el único y exclusivo en ningún trastorno psiquiátrico. Ningún factor aislado puede producir ninguna psicopatología severa. Ni siquiera el factor genético en el caso de la esquizofrenia y el



autismo; ni siquiera los factores de riesgo psicosociales más extremos, por otro lado, como manifiesta el ejemplo extremo (donde los haya) de los campos de exterminio. Ni siquiera en esa especie de cruel y definitivo experimento contra los seres humanos a nivel biológico, psicológico y social que fueron los campos de exterminio: ustedes saben que en ellos no todas las personas se deprimían, no todos se suicidaban, no todos hacían trastornos psicopatológicos irresolubles. Es decir que para todo trastorno y en toda enfermedad se dan unos factores de riesgo y unos factores de contención que debemos explorar en cada uno de los casos y que son perfectamente aplicables en los así llamados casos de *burn-out*.

Habitualmente suelo representar esas realidades con los esquemas de las figuras 1 y 2, tomadas de Tizón (2004, 2007) y Tizón, SanJosé y Nadal (2000).

**Figura 1. Factores de riesgo y factores de protección (contención y resiliencia) para la psicopatología<sup>4</sup>.**

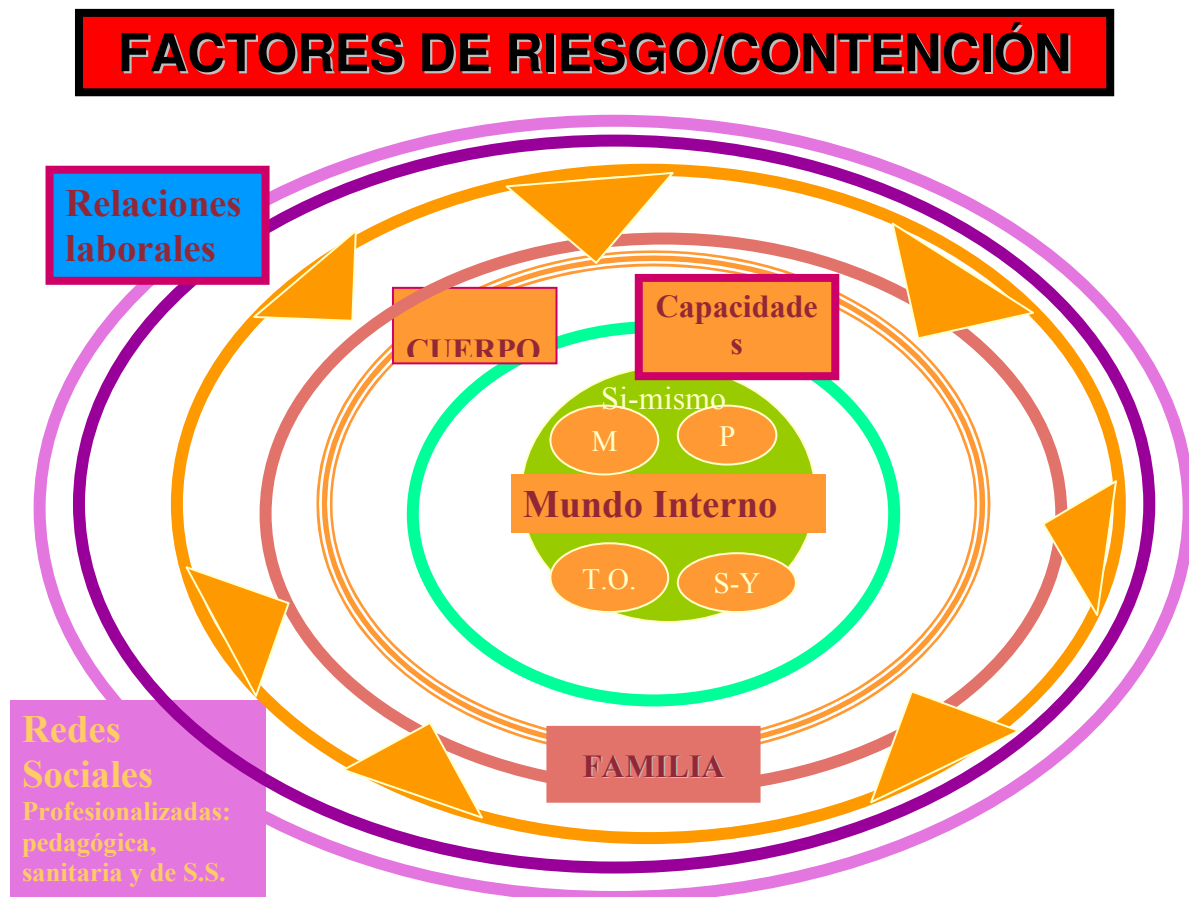
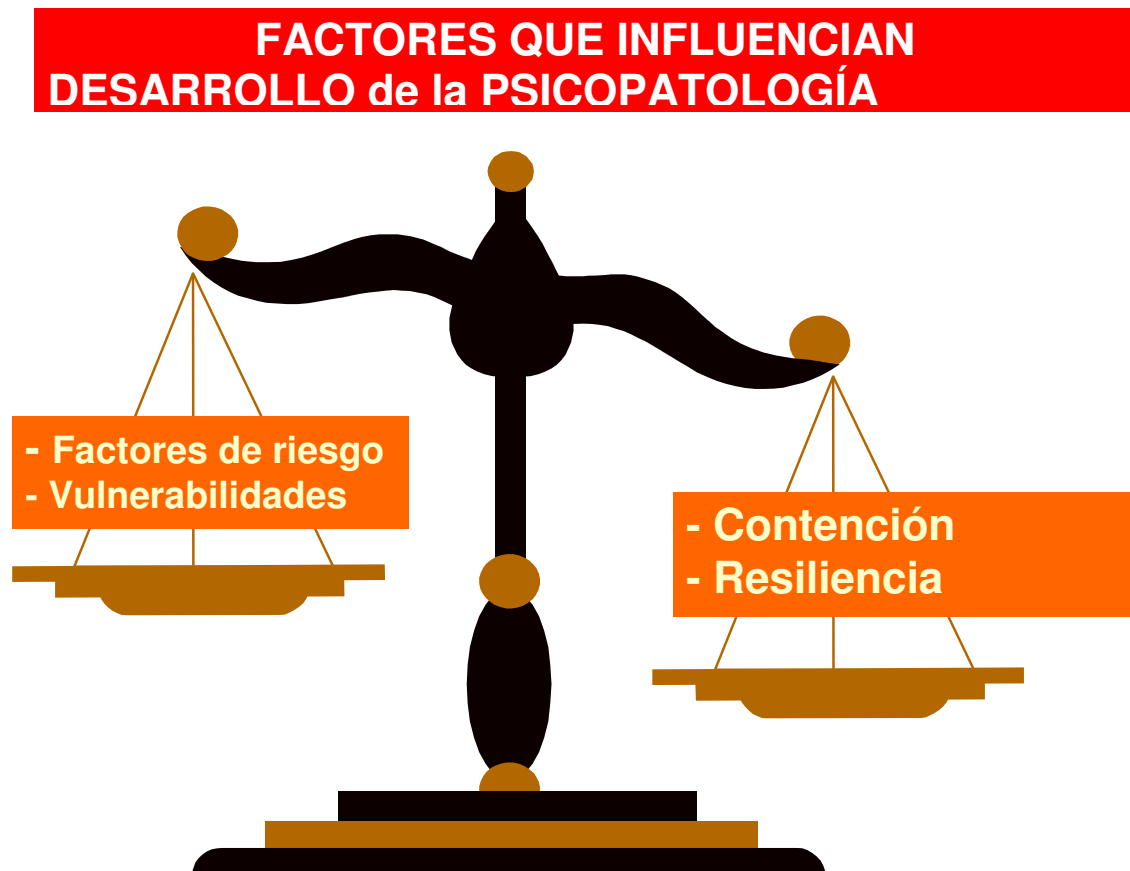


Figura 2



¿Qué es lo que descompensa o equilibra psicopatológicamente a una persona? El primer elemento es su mundo interno, es decir, su engrama interno, consciente-inconsciente y emocional-cognitivo de las relaciones mantenidas con los *Otros* significativos. ¿Qué padre lleva dentro, qué madre lleva dentro, qué relación padre-madre lleva dentro y qué conciencia moral lleva dentro? Es bastante frecuente una conciencia moral, un *super-yo*, sumamente exigente entre muchos de los médicos que se quejan de desgaste profesional en la edad media de la vida.

Las capacidades yoicas, las capacidades de relacionarse con el propio mundo interno, con nuestras necesidades y motivaciones, por un lado, y con la sociedad por el otro, son otro elemento clave, como todos ustedes pueden pensar. El tercer nivel para el equilibrio o para la descompensación es el cuerpo, tanto real como fantaseado. Un cuerpo que funciona bien ayuda a la contención, un cuerpo que tiene enfermedades mal cuidadas o que se vive como malfunctionante, descontiene. Y este elemento debe ser tenido muy en cuenta también el caso de los médicos, que solemos cuidar bastante mal nuestras enfermedades, según dice la investigación (y ahora me refiero a las verdaderas "enfermedades", es decir, a las "enfermedades cuyos factores de riesgo dominantes son biológicos"). La familia, no hace falta que les diga, es uno de los principales ámbitos para la contención (o para la incontinencia) de nuestros problemas y conflictos: cuando tenemos un duelo vamos a la familia, si podemos, si tenemos. Pero también las redes profanas: las amistades, los clubes, las asociaciones numismáticas, filatélicas, colombófilas, deportivas,

recreativas, sociales, etc. pueden ayudar de forma clave en la descompensación o compensación de la enfermedad y/o el trastorno mental.

Ya hemos hablado del valor contenedor y terapéutico del trabajo y las relaciones laborales, el sexto "nivel para la contención", según mi esquema. Por último, a un séptimo nivel, habríamos de considerar las redes profesionalizadas: Toda sociedad humana ha desarrollado esas redes para atender a las necesidades de los grupos e individuos que no pueden ser subvenidas por las otras seis. Las redes profesionalizadas fundamentales hoy existentes son la pedagógica, la sanitaria (que cuida la salud) y la de los servicios sociales. También estas redes profesionalizadas, no lo olvidemos, pueden funcionar como factores de contención de la tendencia al desequilibrio, o como factores de riesgo. Es de todos sabido cómo la asistencia sanitaria está funcionando como un factor de riesgo en algunas situaciones bien concretas: infecciones nosocomiales, difusión de las resistencias a los antibióticos, tratamientos psiquiátricos aventureros o cronicantes, etc.

Si tenemos en cuenta esta perspectiva de los factores de riesgo y contención, enseguida caemos en la cuenta de que hay condiciones de trabajo que facilitan la psicopatología, que son un factor de riesgo para la salud mental. Es más: En mi perspectiva, es uno de los grupos de factores de riesgo más relevantes. Por ejemplo, se sabe del trabajo continuado y no asistido psicológicamente en los servicios de urgencias, las UVI, las UCI, la neonatología... Como se sabe de la profesión de enseñante o de los bomberos y las fuerzas de orden público. ¿Por qué no hablar entonces de trastorno psicopatológico, el que sea, **facilitado (o agravado) por las condiciones laborales**? ¿Tal vez porque la psiquiatría actual tiende a despreciar el influjo de lo laboral? Es verdad, tiende a despreciarlo, como, en general, tiende a menospreciar la importancia a nivel etiológico, patoplástico, pronóstico y terapéutico de lo psicosocial y lo psicológico.

¿O la razón para usar metáforas como el *burn-out* o *el desgaste*, en vez de hablar de "trastornos psicopatológicos facilitados o agravados por las condiciones laborales" (o "trastorno x con manifestaciones añadidas de desgaste profesional") es que así no hay que desmenuzar el vidrioso tema de los derechos laborales y sindicales o de las reivindicaciones políticas o laborales? No me negarán que entonces, en esa situación, la metáfora del "quemado", que además es de origen literario, "suaviza" (aparentemente) las cosas. Pero sólo aparentemente. Algunos mantenemos y mantendremos que es bastante más grave calificar la situación como un cuadro psicopatológico y que, por lo tanto, las responsabilidades por facilitar, agravar o mantener el mismo, provengan de donde provengan, son mayores. Y más si provienen del ambiente, clima u organización laboral. Y eso es hoy difícilmente discutible. Lo que creo que no resulta serio ni coherente es que, como profesionales de la medicina y la psiquiatría, estemos colaborando en la reducción biológica de nuestras perspectivas y nuestras prácticas, y luego intentemos que ese reduccionismo no se nos aplique a nosotros (Lauber et al. 2006). Pero eso es lo que intentamos hacer cuando más o menos mantenemos que no es que estemos ansiosos, deprimidos, disfóricos o drogados, sino que lo nuestro es "burn-out" por las malas condiciones de trabajo. *No es eso, no es eso...* Lo nuestro no es eso, no viene de ahí, hay que tener en cuenta las condiciones laborales. Alguien nos podría contestar: Si lo realmente importante son los neurotransmisores y la genética, ¿qué me vienen ustedes a decir ahora? ¿Qué hay que valorar e incluso investigar cómo las condiciones de trabajo repercuten en la salud (mental)? Si todo es biología, ¿para qué investigar las condiciones de trabajo?. He ahí nuevamente "el retorno de lo reprimido", y esta vez en forma abrasadora para nosotros mismos.

## Algunas reflexiones desde la clínica

Cuatro palabras a nivel clínico: el principal problema de una perspectiva simplista en este campo –a mi entender– es que facilita la proyección, es decir, el culpar al sistema, los compañeros, el equipo, el jefe, el lobby de turno, de lo que nos pasa a nosotros. Y esa atribución puede ser incluso verosímil y cierta, pero el clínico, al parcializar su enfoque, corre el riesgo de facilitar/amplificar la *proyección*. La proyección es un mecanismo psicológico mediante el cual los temas, conflictos o problemas que no podemos elaborar, tendemos a vivirlos en los otros, culpar a los otros de los mismos, ver los aspectos negativos del conflicto no en nosotros, sino en los demás. El problema es que, si se proyecta demasiado, podemos tener graves errores de aprehensión (y facilitarlos como clínicos). En segundo lugar, que siempre que proyectamos en exceso, disminuye nuestro sentimiento de identidad, nuestra identidad como sujetos: todo aquello que vivimos en los demás, por definición de lo que es *proyección* e *identificación proyectiva* (Bofill y Tizón 1994), no lo vivimos en nosotros.

Por causa de la proyección, nuestra aprehensión del problema puede ser fundamentalmente falsa, por parcial y/o deformada, con lo cual, si enfocamos la ayuda por ese lado, lo único que estamos haciendo es dañando al compañero, no ayudándole. Podemos estar realizando una forma de *yatrogenia psicológica*. Sin embargo, la ilusión es que si se apunta a las condiciones laborales, todo parece mucho más concreto y solucionable; de ahí esa tendencia hacia la simplificación de la que estaba hablando, una simplificación teórica, pero que puede tener repercusiones graves a nivel terapéutico.

Hay otras posibilidades. Por ejemplo, tratar nuestros propios puntos ciegos, problemas de relación y problemas psicopatológicos. De entrada, los padecemos al menos tanto como la población general. Somos población y la incidencia y prevalencia de los mismos entre nosotros parece que es mayor. Mucho más si tenemos en cuenta que la investigación epidemiológica ya va apuntando, para todo tipo de grupos poblacionales, que en algún momento de la vida, todos hacemos cuadros psicopatológicos de los clasificables por las clasificaciones psiquiátricas al uso. Otra cosa es que nos convenga tener un "psiquiatra de cabecera" –yo soy de los contrarios a esa idea –, pero que hacemos cuadros psicopatológicos a lo largo de nuestra vida, seguro. Los profesionales que trabajamos en la relación asistencial parece que tenemos más peligro, al menos según algunas investigaciones empíricas.

Es decir, los problemas clínicos derivados de ese simplismo teórico-clínico son múltiples. Enumeraré rápidamente algunos:

1. Puede contribuir a la proyección: *estoy quemado*, en vez de *me engañé, me confundí, soy un cara, estoy mal*. Es una mala forma de seguir la vida profesional.
2. En segundo lugar, ese simplismo teórico puede contribuir a la ruptura de los equipos y de las prácticas asistenciales. Un ejemplo que tal vez a los pediatras les puede molestar, pero que traigo aquí porque conozco un poco el tema y mi interés es ayudar, no molestar. Muchos pediatras, al menos en Catalunya, sienten que han hecho una especialidad hospitalaria –y, en buena medida, así ha sido. Sienten por eso una decepción teniendo que dedicarse "*toda la vida a mocos y cacas. Y a mamás pesadas*". Un resultado contraproducente para ellos de esas perspectivas iniciales erróneas: Sienten que no vale la pena dedicar tiempo a las

entrevistas y exploraciones del "Programa del niño sano" y, menos aún, de su "Protocolo de salud mental". Y encima, con las presiones de frecuentación y brevedad de las visitas que soportan hoy. Un resultado secundario pero no baladí: probablemente se están perdiendo las visitas más descansadas, agradables, productivas, que mejoran más la relación médico-paciente y médico-familia... Están perdiendo una forma comprobada de disminuir la frecuentación. Personalmente, siento mucho lo que se están perdiendo.

3. Hace decenios que se ha demostrado que determinadas condiciones laborales son patógenas a nivel biológico y psicopatológico: trabajos nocturnos, turnos cambiantes, trabajos con alto nivel de ansiedad o frustración afectiva, trabajo de MIR... Pero, saber eso, ¿ha hecho que desaparecieran esos trabajos claramente patógenos? ¿No será que ahí tropezamos con los poderes económicos y con los poderes fácticos de nuestra sociedad? ¿Y acaso con el *burn-out sanitario* no?.
4. En cuarto lugar, al utilizar una noción de salud y normalidad menos definida, el problema es que encontremos muchos "falsos positivos", cosa que es relativamente frecuente y está sucediendo con otros "supuestos síndromes": hiperactividad, depresión, fibromialgia...
5. El simplismo teórico puede ocultar además los componentes relacionales e interpersonales del síndrome, que siempre existen, aunque en algunos casos predominen los problemas laborales.
6. Además, puede dar lugar a tratamientos excesivamente simplificados, con los riesgos subsiguientes de yatrogenia psicológica y, tal vez, biológica incluso (dependencia de psicofármacos). Desde luego, con eficacia y eficiencia ilusorias. En este campo, como en otros de la salud mental pública, sólo deberíamos considerar "de probada eficacia" los tratamientos cuya evolución se haya seguido un mínimo de cinco años y que hayan podido estudiarse a nivel biológico, psicosocial y psicológico (tanto a nivel conductual como relacional). Y en este campo terapéutico, lo único que les puedo decir con mis limitados conocimientos y experiencia, es que "no es oro todo lo que reluce" .
7. Ese simplismo teórico puede impedirnos un uso adecuado de otros elementos como los sistemas de ayuda en la empresa: reciclaje, formación continuada, clima laboral, autogestión en grupo, trabajo en equipo, tutorizaciones... O de técnicas de ayuda personal psicoterapéutica: las técnicas grupales, las técnicas de apoyo personal, la psicoterapia personal, el *counselling*, las técnicas corporales, deportivas y de *coaching*, etc...
8. Pero así, argumentan algunos, se quita importancia a los condicionantes laborales y sociales del síndrome. Mas ¿no será lo contrario? Si se consideran los trastornos mentales de base, se radicaliza su importancia; se aclara que no se están produciendo metáforas u oscuros síndromes, sino trastornos psicopatológicos reales y graves. Recordemos que las condiciones laborales pueden ser factores de protección, contenedores, o factores de riesgo psicopatológico (figura 3; figuras 1 y 2).
9. La idea más simplista lleva a la creación de servicios super-especializados, disociados de las redes sanitarias generales. Es algo que tal vez sea necesario para algunos casos, pero que no conviene generalizar. En principio, es algo que conviene pensar una y otra vez, al menos desde la perspectiva de la salud

pública. Crear servicios y grupos asistenciales “superespecializados” puede ser un interés legítimo de algunos equipos o grupos profesionales. Un interés que, sin embargo, puede contribuir a impedir una visión general del problema en otras profesiones, en nuestra sociedad; a producir equipos desvinculados y descontextualizados; o a anular las potencialidades de los servicios generalistas adecuadamente apoyados por formación y programas funcionales especializados.

**Figura 3**



En mi opinión, todos esos asuntos no puedan resolverse con el mero “sentido común”, sino que necesitan una formación y, en especial, una formación tutorizada. Necesitan un aprendizaje: no se aprenden con la experiencia y el sentido común. Ya lo decían los clásicos: *el que quiera aprender, que vaya a Salamanca*. Es decir, se necesita un esfuerzo para aprender.

Por ejemplo: un tema que está poco estudiado y sin embargo, muy practicado en nuestros equipos, es la utilización del humor como terapéutica (con los pacientes y entre

nosotros mismos). Es un tema sobre el que he terminado trabajando y publicando un libro (Tizón 2005), no porque tuviera mucho más que decir, sino por presiones de compañeros médicos que (casi) me obligaron a entrar en ese tema.

Otro tema clave para evitar el desgaste profesional es el de los *duelos y procesos de duelo*, tanto personales como de nuestros pacientes. La atención a los procesos de duelo es un momento sumamente creativo de la práctica sanitaria. Es el momento más reparador de las relaciones y de la identidad, tanto para el médico como para el paciente (Tizón 2004). En atención primaria --y en general, en los equipos que atienden pacientes que pueden ser terminales--, suelo decir que *un equipo que no hace sesiones clínicas sobre sus pacientes terminales es un equipo (emocionalmente) terminal*. Y ahora revisen ustedes en cuántos de sus centros hay una sesión clínica entera sobre pacientes terminales. Yo he visto llorar a muchos compañeros en los grupos *Balint*, que como ustedes saben coordino desde hace muchos años (desde 1976). Y entelarse sus ojos, por ejemplo, hablando de pacientes terminales. Creo que tanto a ellos como a mí mismo eso nos ha proporcionado una visión bien diferente y bien alentadora de lo que puede ser la medicina y la asistencia sanitaria.

Es decir: en el ámbito asistencial, podemos trabajar con una perspectiva más o menos paranoide, de "sentirnos perseguidos" (bajo el predominio de lo que los psicoanalistas llamamos *la posición esquizo-paranoide*), o bien poniendo por delante nuestros deseos de reparar, cuidar a nuestros consultantes, teniendo en cuenta siempre sus y nuestros errores (en *posición reparatoria*). Son dos formas globales de ejercer la asistencia, de atender (o inatender) a los procesos de duelo y pérdida... y de usar el humor. Desde esa perspectiva, el humor que usamos en la asistencia puede ser más o menos evacuatorio, más o menos proyectivo, o más o menos introyectivo y reparatorio (Tizón 2005). Y la validez de esa herramienta terapéutica (el humor), cambia enormemente según la forma en que lo usemos, pudiendo incluso tornarse contraproducente.

*En cuanto a las perspectivas clínico-terapéuticas del síndrome del desgaste profesional, suele comenzarse con la propuesta de creación de unidades específicas. Desde mi punto de vista, eso implica una profunda desconfianza en la red de salud mental que hemos puesto en marcha a lo largo de estos decenios, red de la cual, no lo olvidemos, formamos parte médicos y han organizado médicos, políticos y gestores. ¿Significa eso pues que desconfiamos tanto de lo que han/hemos puesto en marcha, que desconfiamos asimismo de que pueda mejorarse la formación en este ámbito? Si es así, un duro motivo para reflexionar. Pero también aquí puede estarnos influyendo ese reflejo corporativista imbuido de "narcisismo grupal": ¿Cómo los médicos vamos a tratarnos en los mismos lugares llenos de "locos", de colas y de listas de espera que el resto de la población?*

Tras esas obligadas reflexiones iniciales sobre la terapia del *síndrome del desgaste profesional*, no hemos de olvidar que también en este síndrome el tratamiento, según proponen tanto especialistas en el mismo, como generalistas en salud mental, ha de ser un tratamiento biopsicosocial: con un componente principal basado en la psicoterapia, con ayudas para los equipos y grupos, con un tratamiento y seguimiento intensivos, y partiendo de un contrato terapéutico bien diseñado y aplicado. Es natural entonces que los profesionales no quieran asistir a la red pública que nosotros mismos formamos, pues en ésta se contradicen casi uno por uno todos esos postulados fundamentales (Priebe et al. 2004; Lauber et al 2006; Tizón 2007).

A nivel estrictamente técnico, déjenme destacar dos premisas para ese tratamiento integral de nuestros compañeros "quemados", "desgastados" o "con trastornos psicopatológicos influidos por las condiciones laborales". Ese tratamiento integral:

1. Implica dar más importancia a la psicoterapia de los propios profesionales y a las ayudas psicológicas a los propios profesionales.
2. Implica dar más importancia a los grupos y técnicas grupales al menos a dos niveles: los grupos para la formación y los grupos terapéuticos. Hay universidades en algunos lugares del mundo en las cuales los estudiantes de medicina comienzan su carrera formando grupos sobre "la experiencia del enfermar" (en las propias enfermedades, las enfermedades de la familia, según la experiencia de los pacientes...) y grupos de duelo (los duelos de la familia), en vez de empezar estudiando cadáveres. ¿Es sólo anecdótico o son dos modelos de enseñanza?. Segundo campo: los grupos terapéuticos. Es un tema que hay que tener muy en cuenta, ya que el futuro de la medicina es trabajar en grupo. Además, cada vez serán más importantes las técnicas grupales y familiares en la asistencia en salud mental, pediatría, atención primaria, prevención en cualquier campo... Pero para hacer grupos *"también hay que ir a Salamanca"*, es decir, hemos de invertir tiempo y esfuerzo en formación. En este tema, tampoco podemos descargarnos en el mero "sentido común" sin formación específica: los seres humanos estamos preparados para la relación dual pero mucho menos preparados para la relación grupal.

### Apuntes a nivel sociolaboral y socio-político

Es imprescindible plantearse el tema también a estos niveles. Sobre todo, por la gravedad que está adquiriendo, al menos en los comentarios de los grupos profesionales. Por ejemplo, el *burn-out* de los formadores está avanzando, aumenta la amplitud de los Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria "quemados" (Saura 2005), al tiempo que disminuye la motivación de los MIR con los años de formación (Blanco Ramos et al.2005; Loayssa 2005). Como aumentan los psiquiatras "quemados" (UK; Servicio Catalán de la Salud...), o los enseñantes quemados (Marina 2005), y otros muchos tipos de profesionales.

Pues bien: Para terminar, no querría hacerlo sin apuntar al menos algunos de esos componentes del síndrome de desgaste profesional de este nivel socio-laboral y, en parte, socio-cultural y socio-político. A mi entender, y sigo en esto de cerca de Mingote (1998), que me introdujo en la importancia y vericuetos del tema del "burn-out", en nuestras empresas sanitarias favorecen el SDP al menos los siguientes elementos socio-laborales:

- 1. La falta de identificación entre trabajador y empresa: Indefinición del modelo sanitario futuro visto con perspectiva y aceptado; expectativas de cambio no satisfechas; decisiones gerenciales incorrectas (productividad, carrera profesional, exclusividad, etc.); la falta de comunicación en el sistema, el escaso prestigio de los directivos, la falta de continuidad en las líneas de gestión....
- 2. Deficiencias en el área de las necesidades básicas: Productividad no discriminativa; ecuación anómala entre puesto de trabajo fijo y retribución fija; igualdad salarial con desigualdad de horas y entrega; inexistencia de carrera profesional objetivable y esperable; falta de respaldo directivo ante los conflictos, etc.
- 3. Problemas en el área de las relaciones sociales: Cambios en la posición de clase de los médicos; cambios en su rol social, con el auge de las "tecnologías duras"; incentivos inadecuados por sectores (hospitales/ APS, médicos/enfermería...); disparidad de intereses entre la organización y sus profesionales; negligencias de las



instituciones representativas...

- 4. Problemas en el área de la autoestima: Falta de identificación con el trabajo, aunque no con la profesión; falta de participación en las decisiones, directivas, objetivos...
- 5. Condiciones laborales emocionales: inadecuada incentivación de las funciones emocionales en el trabajo y en los grupos; trabajo de equipo; apoyo a y de la comunidad cada vez menor; cambios "no digeridos" en el rol y posición social de los médicos...
- 6. Qué factores, dentro del trabajo, facilitan el deterioro de la actividad laboral: Por ejemplo, socioculturales o sociales en general (cultura del éxito, presiones...); propiamente laborales, sanitarios, psicopatológicos, etc....
- 7. Apoliticismo: Haber dejado en manos de políticos, sindicalistas y organizadores el cuidado de las condiciones de nuestro trabajo, sin preocuparnos y luchar activamente en ese campo, posee al menos dos consecuencias: Por un lado, somos menos activos en la definición de un área importante de nuestra vida, pasividad que no puede sino tener conclusiones en nuestra salud mental y nuestra autoestima. Por otro, seguramente sentiremos impuestas, ajenas, esas condiciones laborales. ¿Tal vez habíamos creído que el desarrollo de la medicina lo solucionaría todo, incluso esos elementos socio-laborales?. La creencia irracional en los supuestos poderes mágicos de la tecno-burocracia es otra de las manifestaciones del apoliticismo y de una tendencia ideológica pre-modernidad. ¡Y así nos va!
- 8. El apoliticismo corre a menudo de la mano del "simplismo teórico" en nuestras disciplinas: Nos ayuda a postergar la necesidad urgente de actuar en el ámbito formativo (pregrado, postgrado y formación continuada), cambiando las materias y los métodos formativos a favor de las que protegen nuestra salud mental y nuestra relación con los consultantes. Hay fuertes poderes universitarios que llevan decenios oponiéndose activamente a ese cambio. Un cambio formativo que, ya desde el pregrado, habría que incluir con peso docente destacado la formación para mejorar habilidades y actitudes en la entrevista clínica; organizando la carrera de los clínicos para la comunicación; preparándonos para el trabajo en grupos y en equipos... Actualmente, parece como si se pensara cada vez más que lo de la entrevista clínica y la relación asistencial son asuntos del "sentido común" o de "los aspectos humanísticos de la medicina" (Tizón 1998). Por ejemplo, contaba Morowitz, durante decenios responsable del Programa de Tutoría de Yale (Morowitz, 1995), que muy a menudo sus alumnos pasaban temporadas enteras preocupados intensamente por cuestiones tales como: *¿Tendré suficientes puntos, buenos resultados en los test?* Y que nunca o casi nunca le planteaban abiertamente la verdadera cuestión: *¿Poseeré suficiente empatía y sensibilidad como para ser un buen médico?*

Tengamos en cuenta que, si no preparamos para la relación asistencial a los futuros clínicos, los estamos preparando para la "hoguera del burn-out": Sobre todo, en especialidades como salud mental, geriatría (Nordam et al 2005), atención primaria de salud...

Desde el *punto de vista terapéutico-institucional*, es decir, desde el punto de vista de cómo la propia institución ha de intervenir en la prevención y terapia del síndrome de desgaste profesional (y de los "trastornos psicopatológicos agravados por las condiciones laborales"), siguiendo parcialmente a Mingote (1998), les expondré muy sucintamente mis ideas al respecto. A mi entender, en el momento actual, para frenar el crecimiento del síndrome del desgaste profesional entre nuestros profesionales (visible, por ejemplo, en el

escaso interés manifestado por muchos de ellos en actividades formativas que no vayan acompañadas de agasajos y diversiones pagadas por cuenta ajena), se necesitaría incidir en aspectos empresariales y organizativos tales como los siguientes:

- 1. Cambios en la cultura empresarial dominante en las empresas de servicios: Prioridad a la recapitalización de los recursos humanos.
- 2. Paso de un sistema administrativo a uno gestionado, con órganos de dirección más horizontales, profesionalizando la gestión, mejorando los sistemas de información inter-niveles, mejorando la adecuación de la relación jurídico-laboral a la realidad de la prestación de los servicios...
- 3. Potenciar la participación: Mejorar los canales de comunicación ascendentes-descendentes, descentralización organizativa y presupuestaria, incentivos en función de objetivos y eficiencia, dotar de autoridad a los agentes implicados...

A nivel de medidas terapéutico-organizativas concretas en ese sentido, hoy habría que añadir al menos las siguientes:

- 1. Potenciación de las Unidades de Salud Laboral-medicina preventiva, también en nuestras empresas.
- 2. Creación de consultas de Salud Mental laboral.
- 3. Desarrollar un servicio ágil y confidencial de inspección laboral, con una orientación preventiva más que sancionadora.
- 4. Incrementar la relación Recursos Humanos – Unidades Docentes-Investigadoras: también se puede investigar en este ámbito.
- 5. Potenciar supervisiones, tutorizaciones, aprendizaje en grupo, recambio generacional...
- 6. Sensibilización de las organizaciones colegiales y sindicales al servicio de sus representados.
- 7. Actualización y desarrollo del marco legal defensor de los trabajadores y la eficacia de la inspección-promoción de la salud laboral.
- 8. Programas eficaces de ayuda al profesional afectado.
- 9. Aumentar la valoración e importancia de implementar ayudas psicoterapéuticas, tanto preventivas como terapéuticas y tanto para lo personal como para lo profesional.

A nivel técnico eso habría de significar al menos dos ámbitos docentes fundamentales:

1. Formación para el trabajo en equipo: Formar y ayudar a trabajar en equipo. Intentar que los equipos o subequipos mantengan un número idóneo de componentes, que hoy se sabe que gira alrededor de lo que llamamos "grupo pequeño" (menos de 20 miembros), y con miembros estables; organización basada en objetivos, con integración medios y objetivos; espacios de reflexión conjunta de la dinámica de equipo, sesiones clínicas, sesiones teóricas; consultoría y supervisión de las dinámicas de grupo y equipo con profesionales externos si es preciso; interés gerencial por los aspectos emocionales de los individuos y el equipo; incentivos

basados en los resultados globales del equipo y no sólo en los individuales...

2. Aumento en la formación y utilización de Técnicas Grupales: Grupos de sensibilización; grupos sobre la enfermedad, los propios duelos, la dinámica de grupo y las dinámicas comunitarias en el período formativo; grupos sobre pérdidas familiares; Grupos "tipo Balint" (Balint 1969, 1978; Tizón 1993); grupos de reflexión; grupos de formación activa...

Muchos podrán pensar que todo lo anterior es pedir demasiado, que es "utópico". Pero, si estamos hablando nuestra salud y salud (mental) y de la de nuestros compañeros, de grupos enteros de trabajadores ¿por qué no pedirlo, por qué no exigirlo, por qué no comenzar a trabajar en ese sentido?

***En resumen, y para terminar: En mi opinión, el síndrome del desgaste profesional (SPD) o del "burn-out" designa una situación psico(pato)lógica vista desde una perspectiva psicosocial y conductual. Hay otras perspectivas para observarla y tratarla pero, en cualquier caso, hay que evitar el simplismo teórico y clínico. Entre otras cosas, porque son situaciones complejas que afectan a numerosos profesionales y poseen amplias repercusiones, tanto sobre los cuidantes como sobre la población. Sobre todo, en su atención hay que evitar el riesgo de yatrogenia psicológica y cuidar especialmente las medidas preventivas, esencialmente psicológicas y psicosociales.***

--¿Quién le enseñó eso, doctor?

-- El sufrimiento, respondió enseguida el médico.

Albert Camus: "La peste"

## REFERENCIAS

- Artemán A. Programas especiales dirigidos al médico enfermo. *Jano* 2004;1514:1119-1128.
- Balint, E., y Norell, J.S. (Comps.) *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
- Balint, M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos; 1969.
- Balint, M. *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós; 1968.
- Blanco-Ramos MA, Prieto A, Gayoso P, Porto P, Güell C. La formación de postgrado en medicina de familia y la calidad de vida profesional. *Tribuna docente* 2005;1: 2935.
- Bofill P, Tizón JL. *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder, 1994.
- Borrell F. *Entrevista Clínica*. Barcelona: Semfyc; 2004.
- Brown S, Gunderman RB. Viewpoint: Enhancing the professional fulfillment of physicians. *Acad Med*. 2006; 81(6):577-582.

- Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burn out entre les généralistes français. *Presse Med.* 2004;33(22):1569-74.
- Cebriá J. El *burnout* como fracaso de los recursos de adaptación internos. *Humana* 2002; 6: 12-27.
- De Pablo R. ¿Se puede prevenir el síndrome de *burnout* en Atención Primaria?. *Humana* 2002; 6: 27-33.
- Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Atención Primaria* 2005;35: 108-118.
- Firth-Cozens J, Payne R. *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley & Sons;1999.
- Freudenberger HJ. Staff Burnout. *J Social Issues* 1974;30:159-165.
- Freudenberger HJ. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J. Psychoactive Drugs.* 1986;18(3): 47-51.
- Fundació Galatea. PAIME: Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Barcelona: Fundació Galatea; 2005.
- García S. La qualitat de vida profesional a la Divisió d'Atenció Primària. *Primària ICS* 2001;12: 9-10.
- Garza ME, de León MA, Estada MT, López MG, Urbano ME, Salinas AM, Villarreal E. Ansiedad laboral en personal de enfermería. *Atención Primaria* 1999; 22(3): 116-119.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Pla Director de Salut Mental i Adiccions (2006-2010)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006 .
- Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) como fenómeno transcultural. *Informació Psicològica.* 2007; 91-92: 4-12.
- Ilich, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral;1975.
- Israel L. *Le médecin face au malade*. Bruxelles: Charles Dessart;1998.
- Lauber C, Nordt C, Braunschwig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients ? *Acta Psychiat Scand Suppl.* 2006 ;(429) :51-9.
- Loayssa JR. ¿Cómo ayudar a los residentes a desarrollar su capacidad de razonamiento clínico y toma de decisiones?. En SEMFYC: *IV Jornadas sobre Actualización Docente en Medicina de Familia*. Madrid: Semfyc 2005 (pp 41-46).
- López JA, Pérez F, Jesús D. Correlato del diseño del puesto de trabajo vs. sistema social: el *burnout* en sector sanitario. *Interpsiquis* 2005 (visitada el 28 febrero 2005).
- Marina JA. *La Nueva Psicología Evolutiva*. Conferencia de clausura de las *VII Jornadas Autonómicas de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental (ACLSM- AEN)*. Organizadas por la AEN y la Diputación de Salamanca. Salamanca: 21 de mayo del 2005.
- Marmot MG, Wilkinson RG (eds). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press; 1999.
- Marmot MG. *Inequalities in health*. *New England Journal of Medicine* 2001;345(2), 134-136.
- Marquet R. *La obsesión por la salud*. FMC 2006;13:507-9.
- Maslach C. Burned-out. *Hum Behav* 1976;5: 16-22.
- Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice Hall 1982.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo alto, California: Consulting Psychologist Press; 1986.
- Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper and Brothers; 1954.

- Mingote JC, Moreno B, Gálvez-Herero M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)* 2004;123(7):265-270.
- Mingote JC. *Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, 1995.
- Mingote JC. *Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional*. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1998; 5,8: 493-503.
- Morowitz HJ. The Pre-Med as a Metaphor of Antipathy. En Spiro HM, McCrema M, Peschel E, St.James D. *Empathy and the Practice of Medicine*. New Haven & London: Yale University Press;1993 (pp. 70-76).
- Morowitz HJ. The secret of life. *Hosp Pract (Minneapolis)*. 1995;30(7):19-20.
- Morse JM, Jonson JL (Eds.). *The Illness Experience*. London: SAGE; 1993.
- Nordam A, Torjuul K, Sörlie V. Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *J Clin Nurs*.2005;14(10):1248-56.
- Nuland SB. *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid: Alianza; 1993.
- Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gómez MD. El síndrome de Burnout: Variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis* 2001;22(3): 117-129.
- Pines AM, Aronson E. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press; 1988.
- Priebe S, Fakhoury W, White I, Watts J, Bebington P, Billings J, Burns T, Johnson S, Muijen M, Ryrie I, Wright C; Pan-London Assertive Outreach Study Group. Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of outpatients in assertive outreach. *Br J Psychiat*. 2004;185:306-11.
- Rabin S, Feldman D, Caplan Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Br J Medical Psychol*. 1999;72: 159-169.
- Rodríguez J, Blanco-Ramos M, Perez I, Romero L, Ganoso P. Relación entre la calidad de vida profesional y el burn-out en médicos de atención primaria. *Aten. Primaria* 2005;36(8):442-7 .
- Saura J. El tutor desilusionado. Prevención del síndrome de burnout docente en Medicina de Familia. En SEMFYC: *IV Jornadas sobre Actualización Docente en Medicina de Familia*. Madrid: Semfyc 2005 (pp13-18).
- Saura J. Factores desencadenantes del desgaste profesional. *Humana* 2002; 6: 12-21.
- Shirom, A. Burnout in work organizations. En C.L. Cooper and I. Robertson (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). Nueva York: Wiley; 1989.
- Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 2002;31:227-233.
- Spiro H, McCrema MG, Peschel E. St.James D. (eds). *Empathy and the Practice of Medicine*. London and Yale: Yale University Press; 1995.
- Stanton J, Caan W. *How many doctors are sick?*. BMJ Career Focus 2003;326:97.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. London: Sage; 1995.
- Tizón, JL. Los "Grupos de Reflexión" en la Atención Primaria de Salud. I. Su origen. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Atención Primaria* 1993;6: 309-314 y *Atención Primaria*. 1993; 7: 361-367.
- Tizón JL: *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: DOYMA, 1988 (6a ed.: Bibliária, Barcelona, 1996).

- Tizón JL. Sobre el "Humanismo imposible" en la Medicina actual. *Humana* 1998,2,1: 5-8
- Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria* 2000; 26,2: 111-119.
- Tizón JL. Investigación y docencia en Salud Mental (I): Reflexiones para el clínico antes de la autoinmolación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2001;21 (77): 69-96.
- Tizón JL. Investigación y docencia en Salud Mental (II): ¿Queda algún futuro para la "Asistencia Centrada en el Consultante" y el pensamiento clínico?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2001; 21, (78): 73-101.
- Tizón JL: *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós; 2004.
- Tizón JL. ¿Profesionales "quemados", profesionales "desengañados" o profesionales con trastornos psicopatológicos?. *Atención Primaria* 2004; 33(6):326-330.
- Tizon JL. *El humor en la relación asistencial*. Barcelona: Herder Ed.;2005.
- Tizón JL. *Psicoanálisis, proceso de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder, 2007.
- Tizón JL. Los cuidados democráticos de las psicosis como indicador de democracia social. *Átopos: Salud mental, comunidad y cultura* 2007; 6: 31-48.
- Tizón JL: Sanjosé J, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder Ed.; 2000.

Original recibido con fecha: 10-1-2010 Revisado: 14-1-2010 Aceptado para publicación: 28-1-2010

## NOTAS

<sup>1</sup> Transcripción aproximada de la conferencia sobre el tema impartida en el Colegio de Médicos de Barcelona y en el Colegio de Médicos de Madrid durante el 2007.

<sup>2</sup> Neuro-Psiquiatra de Atención Primaria, psicólogo, psicoanalista. Institut Català de la Salut. Equipo de Prevención en Salud Mental- EAPPP (Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis) y Universitat Ramon Llull (Barcelona). [jtizon@gencat.cat](mailto:jtizon@gencat.cat)

<sup>3</sup> En mis trabajos trato de diferenciar lo que es un *concepto* (la unidad elemental del discurso científico) con respecto a una *noción* (la unidad elemental del discurso ideológico) y con respecto a las *categorías* (la unidad elemental del discurso filosófico).

<sup>4</sup> Tomada de Tizón 2004, 2007.