

El desgaste en los profesionales de la salud. Estrés y burn out

> Dr. José Carlos Bermejo, M.I.
Dtor. del Centro de Humanización de la Salud

El estrés y el burn out, el desgaste en los profesionales de la salud es una realidad cada vez más palpable. Probablemente el contacto constante con el mundo del sufrimiento y del dolor así como las condiciones estructurales sanitarias y las motivaciones individuales, hacen que asistamos a un aumento constante de este hecho en los profesionales de la salud.

El artículo que ahora presentamos hace un estudio clarificador del tema definiendo los conceptos, incidiendo en las raíces y en las causas del problema, presentando los distintos pasos que conducen al burn out y sus consecuencias. Especialmente importante resulta el apartado que se refiere a la prevención, invitando a crecer en la empatía como regulador del estrés. Como dice el autor *“si el burn out conduce a la apatía hacia los enfermos y familiares y hacia la enfermedad laboral del profesional, la empatía lleva a la humanización, a la encarnación del profesional en la realidad de las necesidades de los usuarios con sano equilibrio relacional”*. ▶



Dr. José Carlos Bermejo

En los últimos años se está hablando cada vez con más insistencia sobre la *“Humanización de la asistencia y los programas de salud”* y uno de los signos de la conciencia de la necesidad de humanizar es la insistencia en el cuidado del cuidador a partir de la constatación de que el trabajo sanitario comporta un particular desgaste en los profesionales.

Si la denuncia de la deshumanización parece referirse sobre todo a la falta de encuentro humano auténtico en la práctica sanitaria y a la despersonalización que se produce junto al progreso de la tecnología utilizada en los diagnósticos y en los tratamientos cada vez más complicados, también se refiere, en muchas ocasiones, a las consecuencias que sobre el agente de salud tiene el modo de realizar el trabajo, un modo que puede llevar a desgastarle física, psicológica y espiritualmente.

En efecto, cada vez se habla más del estrés en las profesiones sanitarias. Cada vez somos más sensibles al coste emocional que este trabajo tiene sobre los profesionales de la salud. Y un estrés que no siempre es eu-estrés, estrés saludable, buena dosis de tensión, llega un momento en que genera malestar, sufrimiento y desmotivación. De hecho,

especialmente en los últimos treinta años, se habla del síndrome del burn out llegándose a considerar una de las más importantes enfermedades asociadas a los riesgos laborales de los trabajadores de la salud, de la intervención social y de la educación.

Querámoslo o no, estar en constante contacto con el mundo del sufrimiento y del dolor, desencadena reacciones no indiferentes para el profesional, que repercutirán en su estado de ánimo y en su misma salud en sentido global. El influjo del sufrimiento que se deriva del ejercicio de la profesión sanitaria, la personalidad del agente de salud y las condiciones en que el trabajo se realiza, son tres elementos que pueden ir desgastando al profesional de la salud hasta el punto de poder llevarle a enfermar de eso que hoy conocemos con el nombre de burn out y que sería una situación patológica del natural desgaste profesional.

Para comprender el significado de este complejo fenómeno, podemos citar a uno de los autores que ha contribuido de manera más notable al estudio del tema (en realidad considerado como padre del estudio del fenómeno del burn out), Freudenberger, que describe así el síndrome del burn out:

“Si ha visto un edificio destruido por el fuego, sabe hasta qué punto puede ser devastadora una tragedia similar. Lo que antes era una estructura llena de vida, ahora no es más que una estructura desértica. Allí donde antes había un edificio bullente de actividad, ahora no quedan más que escombros para recordarnos toda la vida de la energía que allí reinaba. Puede que aún quede algún trozo de pared en pie, puede que aún se distingan algunas ventanas; incluso puede que permanezca intacta toda la estructura exterior, pero si se asoma al interior se quedará impresionado por la gran destrucción que allí existe. (...) Me he dado cuenta de que la gente a veces es víctima de un incendio, como los edificios. Bajo la tensión producida por la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos se consumen

como bajo la acción de las llamas, dejando sólo un inmenso vacío en el interior, aunque la envoltura externa parezca más o menos intacta"¹.

Pues este es el efecto devastador de un trabajo duro realizado en circunstancias a veces duras y vivido por algunas personas como causante de un desgaste de alta intensidad.

1. La comunicación interpersonal como terapia y su coste emocional

La consideración de la naturaleza de la profesión sanitaria nos puede permitir darnos cuenta de las características que la hacen particularmente capaz de ir desgastando a las personas. El profesional utiliza su comunicación y su persona como elemento terapéutico tanto con el paciente como con la familia, con el consiguiente coste emocional para el profesional.

En efecto, si miramos la definición que el diccionario terminológico de ciencias médicas da de terapia o terapéutica, podemos leer: "*parte de la medicina que se ocupa en el tratamiento de las enfermedades; ciencia y arte de curar o aliviar, que comprende el estudio de los medios propios para este fin*", y bajo la voz tratamiento, leemos "*conjunto de medios de toda clase que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades*"².

Bajo este paraguas conceptual, creo que nadie pondrá en tela de juicio que la comunicación interpersonal es un medio terapéutico, es decir, un

arte puesto al servicio del enfermo para acompañarle en el proceso de curación o de alivio de la enfermedad. Diríamos que no sólo consumimos recursos sanitarios técnicos (lo que conocemos tradicionalmente como tecnología), sino que consumimos también la "*tecnología humana de la comunicación*"³.

En realidad, todo tipo de terapia o tratamiento que se realiza con el enfermo, tiene lugar mediante la comunicación interpersonal.

En cierto sentido se podría decir que la comunicación interpersonal, el encuentro humano, es el medio primero y fundamental para realizar un diagnóstico y para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento.

Unas pruebas diagnósticas, sean del tipo que sean, son realizadas -por muchos aparatos y medios técnicos que se utilicen- gracias a la comunicación previa con el paciente y en el mismo acto de realizarlas se produce comunicación, aún en el caso en que el que lleve a cabo la prueba mantenga absoluto silencio. La comunicación, pues, es un medio inevitable para el tratamiento de los enfermos y gastamos y nos gastamos en la comunicación como también gastamos inyecciones, vendas, aparatos radiológicos, etc.

1- FREUDENBERGER H.J., "L'épuisement professionnel: la brûlure interne", Gaëtan Morin de Québec, 1987, p. 13.

2- Diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat, 1974.

3- Cfr. BARBERO J., "Humanización, ¿tecnología punta?", en: BERMEJO J.C. (Ed.), "Salir de la noche. Por una enfermería humanizada", Santander, Sal Terrae, 1999, pp. 44-57.

Por otra parte, cuando hablamos del valor terapéutico de la comunicación humana, queremos hacernos eco de la importante afirmación del Dr. Ballint, médico conocido por los grupos que creó para la autoayuda de los mismos profesionales de la salud, que dice: *"la primera terapia es la persona del agente de salud"*. Entendemos, pues, que antes de cualquier información que el terapeuta pueda dar, antes de cualquier intervención que tienda a procurar confort, a aliviar el dolor, a luchar contra los agentes patógenos o a restaurar los efectos de los traumatismos o procesos degenerativos, antes de todo, la misma persona del agente de salud y su significado es terapia para el enfermo. Ello hace también que esta misma comunicación sea susceptible de experimentar un desgaste y de tener diferentes grados de calidad, llegando incluso a deteriorarse y poder convertirse incluso en agente patógeno en lugar de sanador. Pero no sólo patógeno para el destinatario, sino patógeno para ambos miembros de la comunicación: profesional y usuario.

El hecho de ser la misma persona del ayudante y su interacción terapia, hace pues, que su aplicación tenga un coste no indiferente para el terapeuta, hace que éste experimente la tensión propia de quien quiere alcanzar su objetivo -el cuidado y la curación- y se encuentra con los límites y resistencias de la naturaleza humana y de las personas enfermas y de quienes las rodean, que, con frecuencia se muestran exigentes debido a que un ser querido lo pasa mal y reconocen efectivamente el valor terapéutico de la relación del profesional con ellos.

El coste emocional del despliegue de la profesión sanitaria con la conciencia de que la persona del profesional es terapia, es, ciertamente, elevado. De hecho, algunos autores denominan al resultado de esta permanente implicación **cansancio de compasión** o cansancio de empatía.

2. El encuentro con la fragilidad ajena y la impotencia propia

Compartiendo un poco de tiempo con un grupo de enfermeras que trabajan en una unidad de cuidados intensivos de un hospital público, pude constatar cómo en el contacto con los enfermos graves, surgen numerosas situaciones en las que efectivamente se requiere de nosotros una particular atención al mundo interior del paciente y que se refieren a los sentimientos, las relaciones, los significados, la historia personal y única (¡no la historia clínica precisamente!).

Una compañera, enfermera, al iniciar su tarea un día, al dirigirse al Sr. Luis, (paciente que había ingresado la tarde anterior) con la pregunta *"¿Cómo se encuentra, ha dormido bien esta noche?"*, al recibir como respuesta *"¿Cómo quiere que me encuentre si tengo un cáncer y me voy a morir?"*, no supo qué hacer ni qué decir y, sintiéndose violenta y bloqueada, se dio media vuelta y se marchó⁴. Otro paciente, en otra ocasión, le decía: *"¡Dios mío, ¿por qué me tiene que suceder esto a mí?, ¿por qué no me habré muerto en el quirófano?, ¿por qué a mí?"*

La pregunta, compartida, nos aproxima a la experiencia del encuentro con el misterio, algo que nos envuelve y que hay que vivir -como diría Gabriel Marcel-, a diferencia del problema que, al estar fuera de nosotros, puede encontrar una solución.

Y en el encuentro con el misterio nos percatamos de nuestra impotencia, porque no siempre somos capaces de vivirlo sanamente y por su gran poder interpelador.

La extrema vulnerabilidad del paciente ingresado en unidades de cuidados intensivos, cuidados paliativos, urgencias, etc., la frecuente reacción de

4- Cfr. BERMEJO J.C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", Madrid, San Pablo, 1996, p. 50.

sumisión y abandono⁵ a los criterios y pautas de los profesionales, hace que el poder que adquiere el profesional de la salud sea muy elevado y que, por lo mismo, la competencia que se requiere esté adecuada a tal situación para evitar el mayor riesgo de caer en los extremos del paternalismo y del directivismo infantilizante como defensas de lo que supone manejar el misterio, la fragilidad ajena y la impotencia propia.

“Mientras estamos hablando -me cuenta una enfermera- me doy cuenta de que tenemos un poder en la relación con los pacientes ingresados en cuidados intensivos y en urgencias del que no siempre somos muy conscientes y que podemos hacer con ellos lo que queramos porque están a nuestra merced”.

La conciencia de esta responsabilidad y riesgos, hace que aumente la tensión y el estrés, precisamente

por el elevado nivel de gravedad de las situaciones, la ansiedad experimentada por parte de todos y la dependencia de los pacientes y familiares de los profesionales.

Entresacando algunas intervenciones de una enfermera que escribía la conversación mantenida con una enferma, con la intención de analizar su estilo relacional, compruebo cómo resulta fácil caer en la tentación de distribuir imperativos y decir qué es lo que tiene que hacer el paciente, pasando por alto, con frecuencia, la acogida de su mundo interior, que sería más comprometido. Entre las cosas que decía encuentro: *“no te preocupes, que no pasa nada, hay que animarse, tienes que hacer un esfuerzo, tienes que ver lo positivo, no seas tan susceptible, no te tiene que costar pedir las cosas, no tengas miedo, no llores...”*. Me parece éste un conjunto de frases

5- Cfr. TURNOCH Ch., "Problemas psicológicos en la UCI", ZENECA, p. 6.

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90
08022 BARCELONA

que reflejan un modo de hacer, un modo de relacionarse con el enfermo que, movido por muy buenas intenciones, no acepta incondicionalmente la experiencia única e irrepetible que hace el enfermo. Me doy cuenta que todos los verbos están en imperativo; todo son órdenes o expresiones que pretenden consolar, en lugar de muestras de comprensión de la experiencia por la que estaba pasando la enferma. Este estilo imperativo en la relación de ayuda puede ser fruto del desgaste profesional o incluso del burn out que lleva a protegerse del impacto del mundo más personal del paciente. Esas expresiones pueden ser dichas, en parte, porque ayudan al que las pronuncia.

Una enfermera me refería las consecuencias que tiene una comunicación impersonal con los pacientes. Me refería cómo algunos pacientes mantienen posturas físicas rígidas y permanecen inmóviles durante mucho tiempo porque las enfermeras les dicen que *"no tienen que moverse"*, sin aclarar bien la naturaleza de este comportamiento y dejándolo en un simple imperativo.

Otra me refería: *"algunos pacientes no tienen coraje para preguntar sobre su enfermedad porque se sienten como expropiados, como si no fueran ellos mismos y todo dependiera de nosotras"*.

Quizás son demasiadas las veces que no captamos el mundo de los significados y sentimientos de las personas a las que cuidamos y nos centramos únicamente en el mundo de los datos, los problemas y las soluciones técnicas, despersonalizando el ejercicio de esta noble profesión. Piénsese en el rito del agente de pastoral de la salud cuando está exclusivamente centrado en las fórmulas, las rúbricas, despersonalizado totalmente. Son estas situaciones indicadores de desgaste del profesional, quizás de burn out o de defensa de la implicación emocional que, como veremos, son diferentes manifestaciones del burn out.

Una investigación realizada por Benner identificó diferentes fases a través de las cuales cualquier enfermera de una Unidad de Cuidados Intensivos progresa desde el nivel de principiante al de experto. Al parecer, según él, la acción del principiante es garantizar que la tecnología esté funcionando correctamente, dejando el cuidado no fisiológico del paciente en un pobre lugar⁶.

**Centrarse en el
paciente supone superar
la obsesión de la técnica
y del éxito así llamado
siempre "terapéutico"
para acompañar
procesos humanos
de afrontamiento de las
dificultades a la medida
de cada persona.**

Y esto requiere un buen manejo del grado de implicación emotiva con el sufrimiento ajeno para no reaccionar con estilos estereotipados y despersonalizados, fruto más del agotamiento y del modo negativo de vivir el estrés que de una buena competencia relacional, emocional, ética y espiritual.

Y es que, implicarse emocionalmente en situaciones intensas como las que se viven en el mundo de la salud, nos pone irremediamente ante nuestra radical limitación e impotencia. Y esta experiencia es, sin duda, desgastadora emocionalmente.

6- Cfr. TURNOCH Ch., "Problemas psicológicos en la UCI", o.c., p. 9.

3. La relación con el que sufre requiere una particular competencia

Entre algunos profesores se dice hoy que la tradicional obra de caridad formulada con la expresión "enseñar al que no sabe" se ha convertido en una nueva obra de caridad formulada ahora con la expresión "enseñar al que no quiere aprender". Con esto se describe lo arduo que resulta un trabajo siempre difícil, pero que puede terminar desgastando a quien lo realiza si no se encuentra en la atmósfera necesaria para mantener un sano equilibrio, especialmente en el mundo de sus motivaciones.

Pues bien, si esto sucede en el mundo de la docencia, si intentar enseñar en circunstancias adversas produce desgaste, tensión y estrés, cómo no va a generar tensión y estrés, por ejemplo, "cuidar a quien no quiere vivir" o atender a personas en situaciones agresivas o de urgencia que lo único que quieren es que desaparezca el mal propio o de su ser querido, cuando este mal es la enfermedad grave o síntomas que angustian a quien los padece y a los que las contemplan. Cómo no va a desgastar trabajar en lugares como cuidados intensivos, cuidados paliativos, urgencias, salud primaria, etc. Cómo no va a desgastar trabajar durante años en medio del sufrimiento y de la muerte.

En efecto, la relación con el que sufre interpela nuestra competencia relacional, emocional, ética y espiritual y nos llama a entablar una comunicación que no se reduzca a la mera atención de las necesidades fisiológicas o a los meros tratamientos

farmacológicos o quirúrgicos. Esto requiere del agente de salud una competencia en el terreno social de la que depende mucho la eficacia de su intervención porque cada vez está más clara la relación entre la enfermedad, las causas de algunos traumatismos y el mundo de las relaciones interpersonales, así como la relación entre el desarrollo de la enfermedad o los procesos terapéuticos y la calidad de las relaciones interpersonales en general y de las relaciones de los agentes de salud en particular.

El desarrollo de la psicopatología y posteriormente de la psicobiología⁷ y la psicoimmunología y finalmente el incipiente progreso de la psiconeuroinmunología nos van acercando a la toma de conciencia de que lo que tenemos delante cuando prestamos nuestros cuidados no es un cuerpo destrozado por los traumas o por el malfuncionamiento de sus órganos, sino que es una totalidad afectada que se refiere también a otros, como son miembros del entorno: la familia, etc.

**En este sentido,
la comunicación con el
paciente y de modo particular
la relación de ayuda, no es
un opcional para el ejercicio
de las profesiones sanitarias,
sino un verdadero
instrumento terapéutico.**

7- "En el uso del término psicobiología es central la conciencia o experiencia total de la persona, implicando al pensamiento, al sentimiento y a las sensaciones corporales. Tanto si manejamos condiciones emocionales que conllevan ansiedad, depresión, estrés, trastornos de dolor crónico como enfermedades mortales, tratamos de identificar experiencias muy sutiles dentro de las personas que puedan ser intervenidas directa o indirectamente para lograr cierto grado de manejo personal de los síntomas y para mejorar la salud. De hecho, nos referimos a la conciencia individual de la integración o unión de los pensamientos, sentimientos, sensaciones y reacciones corporales de la persona. Muchos factores impiden la conciencia de este estado pero no hay ninguna duda sobre su importancia en el mantenimiento de la salud en un mundo complejo". Cfr. BAKAL D.A., "Psicología y salud", Bilbao, Desclée De Brouwer, 1996, p. 21.

Pero en su ejercicio nos encontramos con la realidad más cruda de la vida, con su cara gris, donde está presente el sufrimiento y su significado de muerte, así como con la muerte misma. Es inevitable que en la interacción con el que sufre nos sintamos interpelados a nivel personal. Nos surgen las preguntas por el sentido de la vida y del sufrir, preguntas que nos revelan nuestra condición humana que trasciende lo que ve y busca el sentido, y revelan también nuestra debilidad al sentirnos incapaces de encontrar un significado definitivo a los numerosos porqués con que nos encontramos.

En realidad la concepción holística aplicada al mundo de la salud ya no se reduce a la consideración de la persona del ayudado en todas sus dimensiones (física, intelectual, social, emotiva y espiritual), sino que nos lleva a tomar conciencia de que la relación afecta también a la totalidad de la persona del ayudante. Un todo se encuentra con un todo. Y todo resulta transformado por la relación. Por eso, el efecto de la relación profesional es importante también sobre los profesionales, quienes quedan afectados personalmente por la misma.

De hecho, es sabido que la satisfacción en este ámbito laboral específico no viene solamente por la vía del éxito en relación a la curación o bienestar físico de los destinatarios, sino que, como también en otros ámbitos, es necesaria una combinación de experiencias exitosas, de reconocimiento, de sentimiento de autorrealización y la sensación de formar parte de un grupo o institución que integra⁸. Muchos de los satisfactores, por tanto, están en relación con refuerzos relacionales y con la experiencia de la vivencia de los valores y del sentido en el desarrollo del trabajo.

4. Estrés y burn out

Si el trabajo de los profesionales de la salud está hecho de conocimientos, habilidades y actitudes que son capaces de contribuir a generar bien, a prevenir el mal o a aliviar, éste es, como vamos viendo, generador de tensión y de cansancio en el mismo. Es un trabajo, en cierto sentido "hemorrágico", susceptible de generar altas dosis de estrés en los profesionales.

Concepto de estrés

Hablar de estrés popularmente suele hacer referencia a una sobredosis de tensión y, en algunos casos, a un estado patológico del organismo. El estrés, según Hans Selye, pionero en los estudios sobre el tema, es "*una respuesta inespecífica del organismo a toda estimulación o demanda efectuada sobre él*"⁹. El estrés podría ser considerado como la tensión existente en el organismo entre la demanda que ha sido efectuada sobre él y los recursos que posee para hacer frente y responder a ella.

La positividad y negatividad del estrés depende sobre todo de la cantidad de energía empleada para la satisfacción de la demanda y de la duración en el tiempo del estado de estrés. Ante la intensidad y duración de los estímulos estresantes, las reacciones del organismo se suelen desarrollar en tres fases fundamentales: alarma, resistencia y agotamiento¹⁰.

Clásicos en el estudio del tema, como Lazarus y Folkman definen el estrés como "*una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*"¹¹.

8- Cfr. POLDINGER P., "Depresiones larvadas, depresiones por agotamiento y síndrome de burn out", en "El enfermo psicosomático en la práctica", Barcelona, Herder, 1997.

9- SELYE H., "The stress of life", New York, McGrawhill, Rev. ed., 1976.

10- Cfr. GÜNTHER K.M., H., "Stress y conflictos. Métodos de superación", Madrid, Paraninfo, 1986 (2), p. 31-43.

11- LAZARUS R.S., FOLKMAN S., "Stress y procesos cognitivos", Barcelona, Martínez Roca, 1986. 12- STEFANILE C., "Cristina Malasch: a proposito di burnout-sindrome", en "Bolettino di psicologia applicata", 1988 (187-188), pp. 25-28.

En principio, el estrés cumple una función positiva en el ámbito motivacional y una buena dosis de estrés (“eustrés”) favorece el rendimiento y provoca un aumento de atención sobre las necesidades y los recursos.

En principio, pues, el estrés no es generador automático de desgaste en el profesional sino que para que se produzca desgaste es necesario que se den cita más elementos personales y contextuales.

Del estrés al burn out

A diferencia del estrés, el término burn out, en cambio, utilizado por primera vez por Freudenberger en 1974, sin definirlo exactamente, se refiere a cansancio, apatía, agotamiento, estar al límite de las propias energías. El psiquiatra Freudenberger (psiconoanalista alemán) identificó un grupo de jóvenes que trabajaba en el Departamento de Atención a Toxicómanos de un hospital neoyorquino desmotivado y con síntomas de depresión. A partir de ahí se interesó por esta población (profesionales que ofrecen ayuda) y encontró que eran víctimas de la autoexigencia.

En 1976, la Dra. C. Maslach lo define como pérdida de interés por la gente con la que se trabaja,

y en 1982 amplía esta concepción considerándolo como *“síndrome de agotamiento, de despersonalización (hacia el usuario), de reducida realización personal, que puede aparecer en personas que trabajan en contacto con la gente”*¹².

Cristina Chernis entiende por burn out *“un proceso transaccional, un proceso que consiste en estrés laboral, agotamiento del trabajador y acomodación psicológica (...). Un proceso en el que un profesional, anteriormente comprometido, se descompromete del propio trabajo como respuesta al estrés y a la tensión experimentada en él”*¹³.

Danesi y Mariani, en 1987 definen el síndrome del burn out como *“un tipo de defensa patológica frente al estrés y a la frustración”*¹⁴. Como puede verse, ya no es sólo un punto de llegada por agotamiento sino que es considerado también como un punto de partida frente a una amenaza, una defensa ante el riesgo.

Podríamos decir, pues, tras el análisis de las diferentes definiciones, que el burn out es un tipo de defensa patológica frente al estrés, que se manifiesta fundamentalmente en un estado de intensa frustración, apatía, agotamiento, despersonalización y reducida realización personal y en una pérdida de interés por el usuario, pérdida de consideración respecto a los compañeros y el servicio y distancia emotiva del trabajador.

Si uno busca en internet imágenes bajo la voz burn out no encontrará un edificio quemado, pero sí comprobará cómo la mayoría de ellas están relacionadas con el *“echar humo”*, que también popularmente son imágenes que utilizamos para referirnos al desgaste profesional (*“estar quemado”*). En efecto, las imágenes son coches y motos de las que está saliendo humo, sin estar en llamas y de los que, con mucha frecuencia,

12- STEFANILE C., "Cristina Malasch: a proposito di burnout-sindrome", en "Bolettino di psicologia applicata", 1988 (187-188), pp. 25-28.

13- CHERNISS C., "La sindrome del burnout. Lo stress lavorativo degli operatori socio-sanitari", Torino, Centro Scientifico Torinese, 1986, p. 8.

14- DANESI M., MARIANI F., "La "sindrome del burnout" fra gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze", en AAW, "L'operatore cortocircuitato. Strumenti per la rivelazione del burnout fra gli operatori sociali italiani", Milano, Clup, 1987, pp. 111-124.

el conductor o motorista no se ha retirado, no ha abandonado su vehículo. Los expertos en automovilismo (especialmente en el mundo de las motos) saben bien que burn out es esa situación que se genera cuando con el acelerador se le pide a los motores más de lo normal, hasta el punto de que la gasolina termina yendo al tubo de escape sin haberse quemado, produciéndose allí la combustión con el consiguiente ruido de explosión y riesgo de deterioro severo de la moto.

El mecanismo de la moto está preparado para que antes de que se quemara el motor entero, se produzca una situación que los motoristas llaman "corte de encendido", y que consiste en que se corta la energía eléctrica para que el motor se pare. Es entonces cuando se escucha la explosión que, naturalmente, se está produciendo fuera de su ámbito natural.

Pensando en las personas en burn out, tendríamos que decir que su motor (piénsese en las motivaciones) está que hecha humo, mucho humo, por haber sido sometido a una sobredosis de exigencia o de expectativas del profesional (del motorista para las motos) en relación a sus siempre limitadas posibilidades.

Como las motos en burn out, por tanto, las personas "quemadas", tienen con mucha frecuencia el motor parado (diríamos "corte de encendido"), están oliendo a humo, rezumando humo, tras un tiempo de desgaste por consumo inadecuado de mucha energía porque se le ha pedido más de lo que es capaz de dar, porque ha tenido que trabajar o realizar la combustión, es decir, el desarrollo de su actividad propia, en una situación inadecuada para el buen funcionamiento y equilibrio personal. La persona, como la moto, explota y así lo notan a su alrededor.

Hasta tal punto es grave esta situación que existen

ya en España algunos fallos judiciales que han considerado el burn out como enfermedad laboral¹⁵.

Como puede verse, el burn out es un problema social y de salud pública importante, que consiste en un trastorno adaptativo duradero o crónico, que daña la calidad de vida del profesional y la calidad de su labor asistencial, lo que conlleva también un incremento de los costes económicos y sociales¹⁶. Hay que reconocer que estamos ante un problema de salud, ante un problema psicológico, ante un problema ético y ante un problema espiritual de la relación asistencial.

Proceso hasta llegar al burn-out

Podemos describir el proceso para llegar al síndrome del burn out, pasando normalmente por tres etapas:¹⁷

- Una primera fase de entusiasmo idealista en la que el trabajador se siente casi omnipotente, capaz de transformar el mundo y todas sus estructuras; quiere curar a todos los enfermos, ser el compañero perfecto, el profesional ideal, etc. No existen límites en su imaginación. Se infravaloran las dificultades y el trabajador afronta los problemas de una manera simplista, que en ocasiones podría considerarse casi como si no los afrontara con la seriedad que requieren. Asimismo parece que el profesional no tiene límites y se entrega con máxima generosidad y pasión a las tareas.
- La segunda fase estaría determinada principalmente por el conflicto y la tensión como consecuencia del choque y del contraste continuo entre sus ideales y los sucesivos fracasos sufridos. El profesional comienza a sufrir cada vez con más frecuencia frustraciones y estrés. Se siente irritable y cada vez más agotado física y psicoló-

15- Varias de ellas han aparecido referidas en "Diario médico". Cfr. CARRASCO D., "Un fallo dice que el burnout del médico es accidente laboral", Diario Médico, 9 de junio de 2003:8; CARRASCO D., "El burnout del médico puede ser causa de incapacidad absoluta", Diario Médico, 23 de junio de 2003:8.

16- Cfr. AAVV., "Síndrome de burn out en el médico general", en "Medicina General", 2002; 43: pp.278-283.

17- fr. YAGÜE C., "El estrés y el burn out en enfermería", en: BERMEJO J.C., (Ed.) "Salir de la noche. Por una enfermería humanizada", Santander, Sal Terrae, 1999, pp. 213-235.

gicamente. Continúa trabajando con interés, pero a menudo se pregunta por el sentido. El gran compromiso asumido empieza a no verse justificado y soportable, así como sin porvenir. Se experimenta claro cansancio y frustración.

- En un tercer momento, que se hace insoportable, se produce un distanciamiento de la realidad en un intento desesperado por salir de la situación. Es el burn out propiamente dicho y consiste en una serie de cambios en la actitud y en el comportamiento, en un progresivo desinterés en el que predominan la apatía, la desmotivación, la actitud cínica, la rigidez, el uso de modelos estereotipados y procedimientos estandarizados para todo tipo de usuario.

Con frecuencia la persona afectada por burn out es consciente de lo que le sucede, pero niega. En otras ocasiones no es consciente y son otras personas próximas las que identifican su estado en los cambios de conducta.

El modo de detectar el burn out no es fácil, como puede comprenderse. El cuestionario más utilizado es la escala de Maslach, que consta de 22 ítems y que se agrupan en torno a los tres importantes ejes donde se puede detectar el mal, con tres subescalas que pretenden medirlo: el agotamiento emocional, la despersonalización y la percepción de autorrealización personal. Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas en la de logros personales, son índice de un alto burn out. No obstante, existen pocos estudios de campo en España.

5. Consecuencias del *burn out*

La primera consecuencia del exceso de estrés es el cansancio, así como los desequilibrios físicos y hormonales, que pueden llegar a producir lesiones en la persona.

Por todos es conocida también la relación directa entre estrés y enfermedades psicosomáticas. El burn out puede manifestarse en forma de trastornos cardiocirculatorios, accidentes cerebrales, depresión, tendencia al suicidio, alcoholismo, adicciones, insomnio, hipertensión arterial, cefaleas, trastornos articulares y musculares, etc.

Psicológicamente es importante tener en cuenta el sentimiento de impotencia adquirida, según el cual el trabajador observa cómo las cosas ocurren independientemente de sus esfuerzos realizados. Disminuye entonces la estima personal y profesional y se experimenta el trabajo como difícil y agotador, produciendo frustración, ansiedad, cambios frecuentes de humor, tristeza y retraimiento social.

A nivel profesional se produce un tipo de despersonalización en la relación con los usuarios, y un aumento de los errores como consecuencia del nivel de tensión y el modo de vivirla.

En esta situación, disminuye la motivación, aumenta la tensión y los malos tratos (particularmente psicológicos), tanto a los enfermos como a familiares; disminuye la calidad de los cuidados, especialmente cuando la satisfacción es menor (enfermos terminales, por ejemplo).

**Lo que realmente
siente la persona en
situación de burn out es la
dificultad de manejar sus
sentimientos, de tal forma
que ellos se convierten
en los motores del
comportamiento, en lugar
de serlo los valores.**

Y en este caso, los sentimientos negativos son los que predominan, particularmente el desánimo y cuantas emociones se dan cita en la relación con los usuarios al ser impactados por el sufrimiento ajeno y no contar con los recursos necesarios para manejar tal impacto.

La ritualización de los comportamientos como mecanismo de defensa suele ser uno de los síntomas claros de posible burn out, con la consiguiente despersonalización insatisfactoria tanto para el usuario como para el trabajador.

En ocasiones el burn out tiene como consecuencia la conducta conocida como “*respuesta silenciadora*”¹⁸, es decir, la anulación de la sensación de poder responder a las expectativas de los ayudados que resultan abrumadoras.

A nivel institucional, la falta de interés disminuye el rendimiento, aumentan las ausencias laborales, las solicitudes de traslado, los abandonos de trabajo y, consiguientemente, aumentan los costes económicos y los retrasos en la consecución de los objetivos.

Es clásica en la literatura la presentación de las consecuencias del burn out agrupadas en torno a tres ejes o ámbitos, inspirados los diferentes autores en Christina Maslach, una de las primeras psicólogas que han afrontado el problema de manera sistemática y profunda¹⁹:

1. *Agotamiento emocional* experimentado como vacío y falta de recursos emocionales y personales y la consiguiente sensación de no tener nada más que ofrecer a nivel psicológico para los demás. Es lo que más se parecería, por decirlo con la expresión popular al

“*sentirse quemado*”, agotado, sin energía.

2. *La despersonalización*, que lleva a cortar o evitar las relaciones al mínimo. Es un modo de defenderse del compromiso emocional que tiene consecuencias deshumanizadoras para uno mismo y para los demás en la relación. Se muestra indiferencia y frialdad ante las necesidades y los sentimientos de los demás. En algunas situaciones se experimenta de manera bidireccional, es decir, que también el trabajador se siente tratado impersonalmente por parte del paciente y su familia, sin recibir refuerzo positivo alguno.

3. *Una realización personal reducida*, con la consiguiente sensación de inadecuación al trabajo y a las tareas propias del mismo. Con frecuencia disminuye la autoestima y se pierde el deseo de tener éxito. Se experimenta, en ocasiones, culpa porque no se consigue ayudar a los demás y realizar el ideal de la propia vida o lo que llevó a elegir este trabajo. Algunas personas llegan a la convicción de haberse equivocado de trabajo o de haber fracasado como personas, con el consiguiente deterioro sobre la imagen de sí mismo y la consiguiente desmotivación.

6. Causas del burn out:

Sin duda, los elementos que influyen en el burn out son complejos. Las causas no son sólo personales e institucionales, sino un complejo relacional que se da cita en el ejercicio de la profesión, en su naturaleza y su organización.

18- Cfr. <http://www.monografias.com/trabajos11/burn/burn.shtml> "Burn out síndrome de agotamiento profesional. En esta página se indica que el burn out es conocido también en algunos contextos como "Síndrome de Tomás" y llevaría este nombre por el personaje de la novela "La insostenible levedad del ser", del checo Kundera, donde el protagonista "Tomás" era un individuo que había perdido su autoestima, su actitud evidenciaba desánimo, tedio en la labor diaria y ausencia de expectativas de mejoría. Cfr. KUNDERA M., "La insostenible levedad del ser", Barcelona, Tusquets, 2000:13.

19- Cfr. SANDRIN L., "Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto", Milano, Paoline, 2004, pp. 64-68. (En proceso de traducción al español en la editorial San Pablo).

Es fácil caer en un discurso moralizante en virtud del cual entre profesionales e institución se produce un proceso de atribución mutua de la responsabilidad, con sabor a inculpación recíproca.

Sin embargo, una serena consideración de las causas del burn out nos ha de llevar a considerar los elementos personales, los de la organización y los de la naturaleza misma del trabajo.

En primer lugar, a **nivel personal**, influye el potencial motivacional y las expectativas y necesidades personales, así como el tipo de personalidad, la formación recibida, la conciencia del propio rol, etc.

Se considera que la personalidad de tipo A es más propensa al burn out que la de tipo B. La personalidad de "tipo A", definida en 1957 por los norteamericanos Meyer Friedman y Ray Rosenman, es descrita con estas características: hiperactividad, capacidad de atender muchas ocupaciones al mismo tiempo, eficiencia, competitividad, impaciencia, personas que hablan y hacen todo muy rápido. En cambio, la personalidad de "tipo B" es más relajada, reflexiva, y tiene la mitad de probabilidades de infarto de miocardio que la anterior²⁰.

Entre las causas, nos encontramos también con el modo de manejar los conflictos, la capacidad para afrontarlos, negarlos o ignorarlos, que dará como consecuencia la oportunidad de crecer con ocasión de los mismos o de que éstos sean fuente de desgaste, desmotivación, apatía, estrés y burn out.

Algunos autores refieren factores que incrementan la vulnerabilidad al burn out profesional, entre los cuales podemos citar los siguientes:²¹

- _ la ideología de servicio, donde el acento se pone en el bienestar del otro;
- _ las expectativas sobre sí mismo o sobre el trabajo, creadas por el mito de que los cuidados médicos son irremplazables;
- _ el miedo a herir y ser herido;
- _ el idealismo;
- _ las relaciones intensas con el enfermo y la familia, que son rotas por el duelo;
- _ los duelos sucesivos;
- _ las pérdidas personales en el pasado y los duelos no terminados;
- _ sentimientos de impotencia, de soledad y de excesiva identificación con el sufrimiento de los enfermos;
- _ los estresores extra-laborales (problemas familiares, de pareja);
- _ falta de límites entre el trabajo y la vida privada;
- _ la consideración de que la entrega de los cuidados de salud debe ser inmediata;

20- Cfr. "Cómo evitar el burn out", en <http://www.cmsociologia.com/notas/burnout/burnout.html>.

21- Cfr. Comisión Nacional del Sida, 2001, "Documento técnico de apoyo: Estrés laboral y burn out en los servicios de salud", en <http://www.conasida.cl/fono/doctechs/docestres/docestres.htm>.

- _ idea que los profesionales de salud siempre deben estar en condiciones de obtener resultados y responder a las demandas de los pacientes;
- _ la consideración de que los profesionales de la salud no tienen necesidades personales.

En segundo lugar, a nivel profesional, hay que reconocer que en la profesión sanitaria, particularmente cuando su ejercicio se da en unidades de cuidados intensivos, urgencias, cuidados paliativos, atención primaria (y otros), se dan algunas características que hacen que ésta sea vivida como fuente de particular tensión y estrés. Las relaciones son muy particulares y merecen ser observadas para comprender su naturaleza y poder vivirlas como estresores que no se conviertan en anuladores de la personalidad del agente de salud, sino en recursos para que sean realmente de ayuda.

Dificultades propias del trabajo interdisciplinar, estilos autoritarios en la gestión o coordinación del grupo por parte de los responsables, imposibilidad de discutir e influir las políticas de la organización, la falta de autonomía y de poder decisonal, el bajo reconocimiento social de la profesión, la escasa retribución económica y las inciertas posibilidades de superación, el clima de trabajo, el trabajo monótono y otros elementos que caracterizan las profesiones de ayuda, pueden contribuir a generar un entorno favorable al burn out²².

Y en tercer lugar, como ya hemos indicado suficientemente, la misma naturaleza del trabajo es caldo de cultivo para el burn out. En particular, la naturaleza de la relación de ayuda comporta una frecuente atención a cultivar una visión negativa, como dice Sandrin. En el mundo sanitario y social, los agentes se focalizan siempre en los

datos negativos, en los problemas, fracasos, enfermedades. Hay que centrarse en lo que no funciona y todo esto, a la larga, estructura una imagen de las personas en la cual los lados negativos predominan, con el riesgo de invadir el campo circundante del profesional²³.

En el fondo, el rol que desempeña el agente de salud es, en cierta medida, favorecedor del llamado "efecto esponja", en virtud del cual el trabajador absorbe y retiene la ansiedad de los pacientes, sin darle una salida idónea.

Analizar algunas características de la profesión sanitaria nos puede permitir tanto tomar conciencia de las dificultades como de las posibilidades de respuesta al estrés y prevención del burn out.

Pérez Jáuregui cita entre las causas del burn out las siguientes:²⁴

- _ el continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte,
- _ la caída del valor social de la profesión en nuestro país,
- _ la sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria,
- _ la merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo,
- _ la cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis,
- _ el resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías;

22- Cfr. SANDRIN L., "Aiutare senza bruciarsi. Come prevenire il burnout nelle professioni di aiuto", Milano, Paoline, 2004, p. 59.

23- Cfr. Ibidem, p. 66.

24- CFA. PEREZ JAUREGUI M.I., "El síndrome del burn out ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud", <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub02-5-02.htm>. Diferentes estudios muestran que la franja de edad de mayor vulnerabilidad es la comprendida entre 37-45 años, al menos en los médicos, barajándose la hipótesis evolutiva de la vivencia de la profesión o la hipótesis generacional. Cfr. MOLINA A., GARCIA M.A., ALONSO M., "En relación con el burn out", en "MEDIFAM", 2003(13), pp.325-328.

El autor indica como factores inherentes a experimentar estrés laboral: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social), y la variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).

Cuando se habla de estrés laboral, las miradas acusadoras suelen ir dirigidas al jefe, pensando que exige demasiado y que no trata bien a sus trabajadores. Sin embargo, cuando se piensa en el burn out conviene pensar en que el causante de los males es precisamente quien los padece, es decir, que es el estrés fruto más de la autoexigencia que de las condiciones laborales, aunque éstas influyan. En todo caso, la mayoría de autores confluyen en apoyar la hipótesis causal de la interacción entre los factores personales y del propio entorno laboral²⁵, no siendo todos éstos atribuibles exclusivamente a la responsabilidad de las instituciones, sino a la misma naturaleza del trabajo.

7. Manejo sano del estrés y prevención del burn out

No es fácil dar recetas para la prevención del desgaste del profesional, especialmente del desgaste enfermizo o del burn out. Lógicamente, en coherencia con cuanto he presentado hasta aquí, el tratamiento y la prevención del burn out habría de centrarse en tres ámbitos:

- _ el personal,
- _ la naturaleza del trabajo,
- _ el institucional o el entorno laboral, donde entra

el mundo relacional.

Nos centraremos aquí, por enfoque concreto de este trabajo, en la empatía como actitud, por considerar que ésta afecta, de alguna manera, a los tres ámbitos citados: al personal por referir un modo concreto de disponerse en el trabajo y de vivirlo subjetivamente; a la naturaleza del trabajo por ser ésta una actitud que regula el modo de situarse ante el mismo; y al relacional por ser la empatía la actitud propia de lo que llamamos también “**inteligencia emocional**” que permite cualificar saludablemente las relaciones con los usuarios y con los compañeros de trabajo.

Regular el grado de implicación

La actitud empática sería la que se propone como ideal para que la relación sea realmente terapéutica y para regular el grado de implicación emotiva en el contacto con el sufrimiento ajeno manejando el estrés que, no bien vivido, puede llevar al síndrome de burn out. En la medida en que se interiorice esta actitud se manejará con soltura el estrés, siempre que se comprenda bien su significado.

Esta actitud supone ponerse entre paréntesis a sí mismo, despojarse de los propios puntos de vista para adoptar el marco de referencia del ayudado.

La empatía es mucho más que la simpatía, actitud espontánea que hace agradable una conversación por atracción, confianza o identificación emocional. La empatía es otra cosa. Supone hacer el esfuerzo por identificarse con la persona del que sufre haciéndose el esquema mental: *“también yo, si fuera esta persona, en una situación como la que está viviendo, sentiría lo que estoy percibiendo que siente”*, y por eso lo intento comprender, aún a sabiendas de que esto me afecta a mí, repercute sobre mí, hace que también yo tiemble y pueda perder mis falsas seguridades o defensas detrás de

25- Cfr. GARCIA PEREZ M.A., "Burn out: un reto para las instituciones sanitarias"
<http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/07/07%20lafirma/07lafirma.htm>.

las máscaras. Porque la empatía nos hace entrar en contacto con la propia vulnerabilidad y por eso es importante saber retirarse debidamente de esta necesaria implicación emotiva para no quedarnos en la superficie ni ahogarnos con quien se encuentra en el fondo de su pozo, de su sufrimiento, de su oscuridad.

Disponerse en actitud empática con los enfermos graves o exigentes comporta entonces, una buena dosis de estrés. Prevenir el síndrome del burn out en un trabajo hemorrágico como éste no significa adoptar estrategias de evitación de la implicación cuanto encontrar el sano equilibrio del compromiso afectivo con la persona que sufre, equilibrio que nos viene bien marcado por el concepto de la actitud empática, no siempre bien entendida.

A veces, cuando hablamos de humanización de la asistencia al enfermo y, en concreto, de un trato humano y empático de los profesionales de la salud, es fácil pensar que lo que se espera es profesionales sensibles que sean capaces de sufrir con el paciente y tiernos hasta el punto de comportarse como un familiar o un ser querido. Compartir el dolor del otro, entonces, *“puede ser el despliegue de lo que etimológicamente significa “simpatía” (padecer con), una disposición que llevaría a confirmar o agravar el sentimiento de impotencia vivido por ambos. Sentir dolor cada vez que el enfermo siente dolor, experimentar angustia cada vez que el enfermo experimenta angustia, sería una locura”*²⁶.

El otro extremo, adoptado por quienes en el acompañamiento a los que sufren ya han hecho un largo camino o en quienes dicen abiertamente que no quieren ser afectados por el dolor ajeno porque ellos tienen su vida y tienen que vivirla, sería la neutralidad afectiva, propuesta, por otra parte, a

muchos profesionales como mecanismo para defenderse y poder resistir en el contacto frecuente con las situaciones angustiosas y dramáticas.

La cuestión es que la neutralidad afectiva no es posible para personas mínimamente sensibles y la implicación sale a un alto precio personal²⁷. ¿Dónde está el equilibrio? El equilibrio es la actitud empática y viene dado por la buena comprensión de esta disposición interior que presentaremos en cuatro fases²⁸.

El proceso de la empatía como regulador del estrés

La empatía requiere una introducción en el mundo del enfermo, pero una introducción que no anula nunca la distancia, que no sea una disolución del yo personal en el ajeno, o a la inversa, del yo ajeno en el personal.

La primera fase sería la de la identificación, es decir el agente sanitario, movido por interés sincero hacia su paciente se coloca en la mejor actitud para escucharlo y contemplar su experiencia dejándose llevar por lo que el enfermo comunica, olvidándose de sí mismo, penetrando en su campo, identificándose con él en lo que la expresión *“también yo, en circunstancias parecidas, he sentido las mismas reacciones y he obrado de la misma manera”* pueda contener y suscitarle. Es una identificación pasajera, en la que por instantes, el ayudante, sin dejar de ser él mismo, pero poniéndose entre paréntesis se deja llevar por el torbellino de experiencias del enfermo.

Se trata, pues, de *“penetrar en el mundo de los sentimientos ajenos, permaneciendo uno mismo”*²⁹.

Lejos de “meterse en el pellejo” del enfermo

26- BERMEJO J. C., "Relación de ayuda. En el misterio del dolor", o.c., pp. 53-56.

27- Cfr. BERMEJO J.C., "La relación de ayuda en enfermería", en: BERMEJO J.C., (ed), "Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería", Madrid, San Pablo, 1997, p. 19.

28- Cfr. CASERA D., "Mis hermanos los psicóticos", Madrid, Paulinas, 1983, p.49 ss. Casera resume de: KATZ R., "Empathy, its nature and uses", Londres, The free Press of Glencoe, 1963.

29- Cfr. BIZOUARD C., "De la acogida al diálogo", Bogotá, Selare, 1989, p.85.

para sentir lo mismo que él o sentir con él, se entra con la propia capacidad comprensiva para adoptar su punto de vista. La aceptación de lo que el ayudado vive -dice Rogers- *“no significa nada si no implica comprensión. Sólo cuando comprendo los sentimientos y pensamientos que al cliente le parecen horribles, débiles, sentimentales o extraños y cuando alcanzo a verlos como él los ve y aceptarlos, se siente realmente libre de explorar los rincones ocultos y los vericuetos de su vivencia más íntima y a menudo olvidada”*³⁰.

La segunda fase, a la que se hace referencia con el nombre de repercusión, consiste en la conciencia que el efecto de la primera tiene sobre el ayudante. Al entrar en el mundo del enfermo o del familiar, el profesional de la salud no puede quedar indiferente. Se sentirá afectado, repercutido por el mundo de significados y sentimientos y una simple autoobservación le permitirá darse cuenta de lo que sucede dentro de sí. Algo así como lo que podríamos encontrar detrás de esta expresión: *“también yo, ahora, mientras intento meterme en tu pellejo, experimento sentimientos de...”* Quizás impotencia, inseguridad, absurdo, deseo de refugiarme en la rutina y huir de la verdadera comprensión de tus miedos y tus deseos...

En este deseo de ser dueño de los propios sentimientos, (para que ellos no sean los dueños de nuestro comportamiento), el profesional se descubrirá no sólo vulnerable, sino que se encontrará también con las propias limitaciones personales y aquellas áreas de su vida que tienen que ver de alguna manera, con lo que se encuentra en la experiencia ajena. Dicho de otro modo, el ayudante se verá, de alguna forma reflejado en lo que de su interior hay en común con aquella persona o aquella situación que presenta el enfermo. El ayudante recuerda viejas emociones adormecidas que están en estrecha relación con lo que está viviendo el ayudado que tiene que ver con situaciones reales o imaginarias y posibles. Esta fase,

que denominamos repercusión, se convierte en observación de sí mismo y entonces cobra especial importancia el principio *“si quieres comprender a los otros, mira en tu corazón”*, de modo que el ayudante descubre sus semejanzas con el ayudado. La yuxtaposición entre mi yo personal y mi yo identificado con el del otro, es fuente de intuiciones liberadoras. La autoobservación es fuente de comprensión de la experiencia del otro.

Es el manejo del impacto personal que el sufrimiento tiene sobre uno mismo lo que más influye en la posible situación de burn out. Si es cierto que todos los trabajos pueden *“quemar”* a una persona, en el trabajo sanitario lo es más si cabe, precisamente por la particularidad del efecto personal que tiene sobre uno el encuentro con la propia vulnerabilidad. Del modo como ésta se maneje depende, en buena medida, la satisfacción en el trabajo o el agotamiento emocional.

En cuarto lugar, la fase de la separación. En realidad, la identificación no se confunde con la fusión, por lo que la distancia o separación se vive desde el principio, desde el momento en que el agente de salud decide ponerse entre paréntesis para adentrarse en el mundo del otro. El ayudante ha vibrado ante sus experiencias, se ha implicado, pero manteniendo la distancia que ahora se restablece, si cabe, de manera que interrumpe el proceso de introyección en la experiencia de sufrimiento ajeno. Se restablece así la distancia social y psíquica. Desde la distancia es más posible la objetividad y la reflexión serena sobre la experiencia vivida.

El riesgo de no vivir saludablemente la cuarta fase de la empatía puede llevar justamente a lo que **Carmen Berry** ha llamado la trampa del mesías³¹, es decir de la persona que no sabe separarse saludablemente, pudiendo incluso considerarse imprescindible (con el consiguiente riesgo de codependencia o situación en la que el ayudante termina dependiendo del ayudado por contratransferencia).

30- ROGERS C., "El proceso de convertirse en persona", Barcelona, Paidós, 19866; p. 41.

31- Cfr. BERRY C.R.; "Quando aiutare te fa male a me", Milano, PAN, 1993.

Es necesario, por tanto, tener en cuenta que el comportamiento prosocial requiere un cierto control o mediación cognitiva en los procesos de implicación emocional propios de la empatía³².

Ilustrando esta actitud con un ejemplo, podemos decir que cuando un anciano ingresado nos dice que quiere morirse, si realmente no salimos corriendo del camino que nos abre para recorrer un trozo juntos podemos explorar el significado que tal afirmación tiene para él. Entonces, poniéndonos entre paréntesis y viendo las cosas desde su punto de vista, comprenderemos que está cansado y triste porque sus hijos no vienen a verle, o porque no puede estar con ellos, porque va experimentando cada día con más intensidad la pérdida de sus facultades y de su autonomía, y su identidad empieza a ponerse en tela de juicio porque ya no es el que era. Percibir desde su punto de vista esta triple crisis (de pertenencia, de autonomía y de identidad) pueden despertar en el ayudante no superficial su experiencia de tristeza y su propia sensación de vaciedad ante los propios fracasos o en los momentos en los que sus capacidades cuentan poco. Este adentrarse en el otro y en sí mismo (sin anular la distancia y dispuesto siempre a restablecerla) permitirán comprender el significado de tal expresión del anciano señor.

Cuando el profesional de la salud desea comprender a la persona que no quiere estar completamente desnuda o tener que hacer sus necesidades en la cama o lo que significa para él que su pareja no pueda entrar y estar con él o estar poco tiempo, quizás la propia experiencia del pudor, de la indefensión, de la inseguridad, de la distancia de los seres queridos experimentada por el ayudante sobre su propia piel en alguna ocasión, pueda ser fuente de comprensión de los significados que tales situaciones tienen para el enfermo.

Tal actitud, pues, supone un verdadero interés por la persona a la que se atiende, superando

la rutina en la que los trabajadores de la salud pueden caer al hacérselos familiares las situaciones que para quien las vive por primera vez y en la propia carne son muy estresantes e impactantes. Es sabido cómo el tiempo es vivido de manera muy distinta por el trabajador y por el paciente o familiar. El usuario vive el tiempo en subjetivo en clave de espera; siempre espera, y las manillas del reloj caminan lentas. En cambio para el profesional el tiempo transcurre normalmente o velozmente, viviéndose de manera muy distinta la cronología. Por eso es muy importante que el profesional pueda captar empáticamente la experiencia subjetiva del tiempo para el usuario.

Pensemos entonces, por ejemplo, en la importancia que adquirirá la información de la naturaleza del ruido propio de una Unidad de Cuidados Intensivos que tanto sorprende a los pacientes como a los profesionales nuevos, y que puede pasar a no percibirse y dejar de informar a los pacientes de la naturaleza de tal tecnología relevante, viviéndose de manera más estresante de lo necesario. Pensemos en la necesaria información de los familiares y la posibilidad de compañía de los enfermos en los servicios de Urgencias o esperando a ser intervenidos, así como en la dificultad para aceptar el deterioro progresivo de un ser querido que se acerca a su fin, o el tiempo de espera de los resultados de los análisis o del propio turno para cualquier cosa.

Burn out y profesionales nuevos

Teniendo como tiene el riesgo de encontrarse con la propia vulnerabilidad y caer en la identificación emocional, o el riesgo del burn out, la empatía ¿vale la pena como actitud terapéutica o es un plus al ejercicio de la profesión que debería realizarse en la neutralidad afectiva a la que parecería sugerir la abundancia o complejidad de la tecnología? Creo que podemos afirmar sin miedo que la actitud empática tiene efectos terapéuticos suficientes y es lo suficientemente saludable y

32- Cfr. BONINO S., LO COCO A., TANI F., "Empatia. I processi di condivisione delle emozioni", Firenze, Giunti, 1998, pp. 7-61.

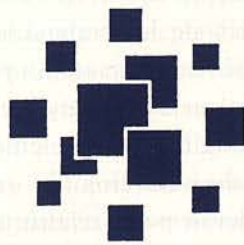
necesaria para el profesional, como para justificar el riesgo que conlleva y que -por otra parte- es la actitud que regula la sana implicación emotiva del profesional de la salud con el sufrimiento ajeno.

No deja de sorprenderme cómo al describirme una enfermera entrada en años a las jóvenes, se refiere a ellas diciendo *“son muy conocedoras de las últimas técnicas, tienen mucha cabeza, pero parecen incapaces de dirigir la mirada a los ojos del enfermo, de cogerles la mano y de hablar con ellos”*. Seguro que ésta es una visión parcial, pero provocadora para no perder lo más grande de la profesión: el encuentro humano como personas. Si esto reflejara la realidad, habría que decir que las nuevas enfermeras vienen ya defendiéndose de la implicación emotiva y el burn out sería para ellas un simple mecanismo de defensa aprendido. A ellas les diríamos con mucho afecto aquella frase

que humanizaría su trabajo y les daría mayor satisfacción en el mismo: *“poner más corazón en las manos”*, como dijera el gran reformador de la enfermería del siglo XVI y patrono de las enfermeras (junto con San Juan de Dios): San Camilo.

Manejarse en la verdad y en la información constituye una buena estrategia tanto para la relación con los usuarios como para la relación entre los compañeros de trabajo. La información y la verdad inspiran confianza, tanto en medio de los diagnósticos negativos como en medio de los conflictos, y la confianza es el elemento fundamental de la esperanza. Quizá sea bueno recordar con el Dr. Gómez Sancho que *“la verdad es antídoto del miedo”*, que *“lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido”*³³. El paciente grave que consigue establecer una relación de confianza con el profesional de la

33- GOMEZ SANCHO M., "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales", Las Palmas, ICEPS, 1994, p. 287.



agefred

Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

salud vivirá con mayor calidad de vida y la comunicación será terapia, alivio y confort.

El profesional que consigue establecer una relación de confianza con sus compañeros -incluidos sus superiores-, afrontará de manera sana los conflictos y disminuirá el modo negativo de vivir el estrés que éstos producen y el consiguiente riesgo de burn out.

Los profesionales nuevos, por tanto, fácilmente situados en la fase de la ilusión y en la tecnología, habrán de ser conscientes de su responsabilidad de cultivar el sano equilibrio emocional y la formación permanente necesaria para dotarse de las competencias a las que venimos aludiendo: relacional, emocional, ética y espiritual.

8. La institución que motiva y previene el burn out

Ciertamente, la prevención del burn out no es cuestión sólo de los individuos, de los profesionales, sino también de la institución. El modo como ésta consiga motivar a los profesionales influirá direc-

tamente en su grado de satisfacción, así como el modo de entablar las relaciones de autoridad y las posibilidades de participación en la toma de decisiones.

Una institución de salud que mantenga una buena "higene laboral" en la que los profesionales no tengan motivo de queja por inseguridad laboral, por bajos salarios, por estructuras inadecuadas para el ejercicio de la profesión, por mala organización del trabajo o distribución del tiempo y de los demás recursos, todavía no es una institución que motive.

La motivación requiere incidir sobre los factores motivacionales intrínsecos, no sólo sobre los extrínsecos. Los satisfactores intrínsecos suponen la capacidad de ver realizados los objetivos, la posibilidad de tomar parte en las decisiones, la horizontalidad en las relaciones, el conocimiento de la misión y el carisma de la institución y el protagonismo experimentado en su realización y despliegue.

Movilizar los factores motivacionales intrínsecos requiere que la institución se interese no sólo por la competencia técnica de los trabajadores, sino también por los aspectos más personales y humanos y aquellos relacionados con la inteligencia emocional. Estamos ante los intangibles, ante elementos que muchas "empresas de servicios de salud" no contemplan o consideran poco relevantes y cuyo precio es elevadísimo si no se consigue un buen nivel de motivación gestionando estos intangibles con la sabiduría de quien no mira todo con los números, sino con la inteligencia de quien sabe que cuando se trata de personas, las matemáticas no siempre funcionan.

9. El burn out y la pastoral de la salud

Si el burn out es un síndrome, le interesa a la pastoral de la salud. Si el burn out afecta a los profesionales de la salud, le interesa a la pastoral de la salud. Si el burn out puede afectar a los agentes de pastoral, le interesa a la pastoral de la salud. Lo miremos como lo miremos, el burn out requiere la atención de los agentes de pastoral de la salud y de las instituciones promovedoras del buen hacer en este ámbito de la acción pastoral.

Algunas implicaciones del interés de la pastoral de la salud por el burn out, a mi juicio, son las siguientes:

- En primer lugar hemos de decir que desde la fe se puede proponer un estilo de relación, de trabajo y de ayuda que contribuya a prevenir la patología del burn out. Es la propuesta de la verdadera implicación con el sufrimiento ajeno, siguiendo el modelo de Jesús, nuestro salvador-ayudante, hasta la conciencia de la necesidad de saber separarse sin convertirse en dependiente del dependiente (co-dependencia), recordando las palabras de Jesús mismo: *"conviene que yo me vaya"* (Jn 16, 7).
- Por otro lado, si los agentes de pastoral de la salud³⁴ también son susceptibles de "quemarse", con todas sus consecuencias, éste es un ámbito de interés para toda la Iglesia, de modo que ésta sea lugar de salud y genere salud por contagio, porque los valores tienen un acceso experiencial privilegiado³⁵. Los agentes de pastoral de la salud han de ser testigos de un sano equilibrio entre implicación y separación, apasionamiento por el sufrimiento del prójimo y salud mental suficiente para no hacerlo propio ni quemar las motivaciones cayendo en la despersonalización,

ritualización y deshumanización de las relaciones.

- Además, prestando atención en la pastoral de la salud no sólo a los enfermos y sus familias, sino también a los trabajadores, como está definido en las competencias de los agentes de pastoral, se da muestra de la importancia de generar salud en los agentes de salud. A este respecto, es interesante recordar cuanto dice el documento *"La asistencia religiosa en el hospital; orientaciones pastorales"*, de la Comisión Episcopal de Pastoral³⁶ que, en relación a la atención pastoral al personal sanitario dice:

"El agente de pastoral puede ayudar al personal sanitario a:

- *encontrar sentido a su trabajo descubriendo y apreciando los valores éticos y espirituales del mismo;*
- *compartir con él las graves cuestiones que se plantea en el ejercicio de su profesión;*
- *aportar un modelo de verdadera humanidad y de buenas relaciones interpersonales;*
- *impulsar la dimensión fraternal y cristiana entre todo el personal que trabaja en el hospital;*
- *darle a conocer de manera comprensible el servicio que el propio agente presta en el hospital."*

Realizar estas tareas constituirá, sin duda, un elemento generador de salud y contribuirá a prevenir el burn out por todos los elementos que salen al paso de las necesidades de los trabajadores de la salud.

- Si uno de los elementos más relacionados con el burn out es la motivación para la propia acción, es necesario realizar consigo mismo un sano

34- CFA. SANDRIN L., "La Iglesia, comunidad sanante", Madrid, San Pablo, 2000; ALVAREZ F., "El evangelio de la salud", Madrid, San Pablo, 1999.

35- Cfr. BERMEJO J.C., "Relación pastoral de ayuda al enfermo", Madrid, San Pablo, 1993, pp. 150-151.

36- Comisión Episcopal de Pastoral, "La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales", Madrid, EDICE, 1987, n.113.

proceso de purificación de las motivaciones. Es cierto que inicialmente se suelen encontrar motivaciones altruistas en las personas “quemadas”, pero también hay que reconocer que detrás de las motivaciones altruistas puede haber beneficios secundarios a nivel psicológico, no siempre reconocidos. No deja de ser interesante el reclamo que hace la investigación de **Darley y Bastón** “*De Jerusalem a Jericó*”, en la que muestra que en un grupo de estudiantes de teología sometidos a experimento, los que más se paraban a ayudar a una persona con serios problemas de respiración, incluso yendo a dar una conferencia sobre el Buen Samaritano, eran sencillamente los que más tiempo tenían³⁷. Los resultados de la investigación se convierten en un estímulo para purificar las motivaciones en la ayuda y la autenticidad en las relaciones.

– Si bien el reclamo particularmente relacionado con el mundo religioso a la “**vocación por el trabajo**” es importante, no lo es menos el reclamo de la importancia del descanso³⁸, del cultivo del ocio. La vocación por el trabajo es un arma de doble filo: brinda satisfacción si se crece profesionalmente, pero también puede ocasionar desilusión, apatía y burn out si no se sabe regular el grado de implicación en el mismo. No sólo, sino que la aureola idílica de las profesiones de salud (quizá especialmente la del médico) a lo largo del tiempo puede hacer que una cantidad de jóvenes se dediquen a estas profesiones no por lo que tienen de riqueza en diferentes ámbitos, sino por su leyenda sentimental, romántica y de sacrificio, según palabras de **Marañón** (1963). Quizá por eso **Maimónides**, siglos antes, ya recomendaba la necesidad de que el médico conociera otros menesteres y habilidades que pudieran servirle como motivo de satisfactoria distracción, cuando indicaba que “*el que sólo sabe de medicina, ni de medicina sabe*”. El mensaje

cristiano del respeto del descanso puede ser, en este sentido, saludable para equilibrar las energías.

– La misión preventiva o “**generadora de salud global**” de la pastoral de la salud ha de promover que el hacer de los agentes de pastoral de la salud contribuya también a la prevención del síndrome del burn out. Mucho de la prevención tiene que ver con hablar del tema (no se puede curar lo que no se conoce), así como con promover una imagen realista de las personas (con la necesaria integración de sus límites y la lucha contra el sentimiento de omnipotencia), y la promoción de sanos significados y valores asociados al trabajo sanitario. Dar significados nuevos al propio trabajo significa influir en las propias vivencias, en el propio bienestar psicológico y global y prevenir una buena dosis de estrés y de burn out³⁹. Que los verdaderos valores se formulen dentro del trabajo y de las organizaciones de salud contribuye a que puedan ser compartidos y den equilibrio a la tensión entre expectativas y posibilidades reales de respuesta.

– En el fondo, la disposición del profesional en términos de “**sanador herido**”, tantas veces citada en este contexto de humanización y pastoral de la salud, puede ser saludable y preventiva para el burn out. Relacionarse con el otro desde la propia capacidad de ayudarlo, pero haciendo tesoro también de la propia vulnerabilidad, convirtiéndola en fuente de comprensión y de sana implicación personal con el sufrimiento ajeno. De nuestra vulnerabilidad podemos hacer recurso, como dijera **San Pablo** con la expresión “*cuando soy débil, entonces soy fuerte*” (2 Cor 12,10).

37- Citado por SANDRIN L., “Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto”, o.c., p. 19.

38- Piénsese en la valencia saludable del descanso desde la lectura del texto de la creación. Dios mismo descansa e invita a dedicar tiempo a otras cosas distintas del trabajo.

39- Cfr. SANDRIN L., “Prevención del burn out”, en BERMEJO J.C., “Cuidar a las personas mayores dependientes”, Santander, Sal Terrae, 2002, p. 157.

**Si el burn out conduce
a la apatía hacia los
enfermos y familiares
y hacia la enfermedad
laboral del profesional,
la empatía lleva a la
humanización,
a la encarnación del
profesional en la realidad
de las necesidades de los
usuarios con sano
equilibrio relacional.**

10. A modo de conclusión

El desgaste de los profesionales no es una realidad nueva. La atención prestada a esta realidad desde que a ella reclamara la atención **Freudenberger** constituye un elemento humanizador que subraya la importancia de cuidar al cuidador.

Cada vez son más las experiencias formativas, también de iniciativa eclesial y/o cristiana, que promueven en los profesionales la adquisición de capacidades relacionales idóneas para prevenir, o en su caso afrontar, el burn out.

Existe el riesgo, no obstante, de moralizar al hablar de desgaste del profesional o de burn out. Se puede caer en la tentación de reclamar la debilidad valórica de los profesionales, demonizar

el progreso tecnológico o situar en los responsables de las instituciones las causas de este desgaste. No hay que olvidar, como hemos presentado, que tanto la institución como el perfil profesional del agente de salud y la misma naturaleza del trabajo, son elementos que confluyen en la experiencia de burn out.

Si consideramos el burn out como una enfermedad, hay que actuar en consecuencia, aceptando todas sus implicaciones y mirando a los que la padecen como tales enfermos. Esto tiene repercusiones en el estilo relacional con quien se encuentra quemado, en el ámbito laboral y en la conciencia de la responsabilidad compartida.

Es cierto que el burn out genera deshumanización, puesto que provoca un tipo de relaciones despersonalizadas y despersonalizantes.

Pero es cierto que también es, en cierta medida consecuencia de situaciones laborales deshumanizadas en el origen. Por eso, parece oportuno no reducir el burn out y la deshumanización a un simple problema ético, de conductas o actitudes, sino tener en cuenta que también viene determinado por la naturaleza del trabajo y es que es asimismo, un problema psicológico.

El fin de las estructuras sanitarias es la salud, pero no sólo la de los usuarios, sino también la de los trabajadores. No dejaría de ser una paradoja que una institución de salud no se interesara por los riesgos laborales que acarrea la misma para los propios agentes de salud.

El burn out es también una cuestión espiritual y tiene que ver con la libertad y responsabilidad en el modo de vivir las relaciones, así como con el sentido atribuido al propio trabajo. El burn out interpela el sentido último de la intervención y se presenta como crisis espiritual. Por eso, como tal problema espiritual reclama una intervención espiritual, con recursos espirituales que refuercen la personalidad de los profesionales, que contribuyan a purificar las motivaciones, que ayuden a encontrar el verdadero sentido del trabajo.

Uno de los primeros estudiosos del burn out, Chernis, quedó sorprendido por la baja incidencia de burn out en un centro en el que todo parecía indicar que debería ser alta. Pudo identificar la causa en el hecho de que el compromiso en el trabajo nacía de compartir un conjunto de valores morales y religiosos: se trataba de una institución religiosa donde claramente se afirmaban y compartían valores comunes⁴⁰. Esto no significa que las personas religiosas no sufran el burn out, sino la importancia del mundo espiritual en el agotamiento profesional, tanto en su prevención como en su tratamiento.

40- Cfr. SANDRIN L., "Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto", o.c., pp. 141-142.