

**EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL
EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
A propósito de un caso**

Glòria Foz Gil
Master Salud Laboral 2008-09
UPF-UD "Mateu Orfila"
Tutor: Miquel Mira
Director: Pau Gràcia Alonso



ACEPTACIÓN DE TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Estudio de aplicación: MÁSTER EN SALUT LABORAL
CURSO 2008-2009

Nombre del alumno: LA GLÒRIA FÈLIX GIL

Título del Trabajo Final de Máster: EL SÍNDROME DE
DESGASTE PROFESIONAL EN UN MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
A PROPOSITO DE UN CASO.

Nombre del Director: PAU GRACIA ALONSO

El alumno se **COMPROMETE** a realizar su Trabajo de final de Máster en el formato y el tema acordado con sus tutores y el Director del Trabajo, así como a presentarlo en el plazo establecido en el calendario académico de la UPF.

El Director del Trabajo de final de Máster, después de valorar la factibilidad y el interés del tema consensuado con el alumno y sus tutores, se **COMPROMETE** a orientar al alumno en la elaboración del protocolo del Trabajo, a asistir a la sesión de presentación y discusión de protocolos, así como a dirigir y supervisar la investigación de manera que se cumpla el plan de trabajo y el calendario académico de la UPF.

Por su parte, la dirección del Máster en Salud Laboral se compromete a acreditar su tarea como director del Trabajo final de Máster, para que así conste en su currículum vitae a efectos académicos, y a remunerar económicamente este trabajo en concepto de colaboración docente y de acuerdo con el presupuesto del Máster para el curso 2008-2009, aprobado por la Universitat Pompeu Fabra.

Alumno

Director del Trabajo

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Fernando G. Benavides
Director del Màster

Barcelona, 4 de octubre de 2008

RESUMEN

OBJETIVO: El SDP es un problema social y de salud pública que afecta a los profesionales dedicados al servicio de los demás, siendo uno de ellos el sector sanitario. Tiene consecuencias en la salud y calidad de vida de los trabajadores, en las organizaciones sanitarias, e influye en la calidad asistencial, conllevando un crecimiento de costes económicos y sociales. Pese a numerosos estudios, es difícil consensuar e integrar los elementos de la investigación. La información es confusa y dispersa y se presta poca atención a los instrumentos diagnósticos y a la evaluación de las intervenciones.

El objetivo de este trabajo es recoger los aspectos descritos en la literatura sobre los factores relacionados con el síndrome y los instrumentos diagnósticos, y analizar un caso práctico del ámbito de atención primaria.

METODO: Se describe la metodología respecto a la búsqueda de la información tanto del material clínico como de la literatura científica.

RESULTADOS: Se describen los factores favorecedores y protectores del síndrome que aparecen en la literatura; la satisfacción en el entorno laboral, un elemento que se asocia a una mejor salud mental y se resumen los instrumentos diagnósticos usados en las diferentes áreas a explorar, rasgos de personalidad y características de la organización.

Los aspectos anteriores se aplican en un caso clínico, observando la complejidad del manejo tanto clínico como laboral del síndrome.

CONCLUSIONES: Es importante tener en cuenta la relación entre satisfacción y estrés laboral, tanto a nivel individual como institucional. Es necesario unificar criterios sobre la conceptualización y medición del síndrome. Conviene encontrar instrumentos de evaluación para medir el clima organizacional antes de que esta enferme y por tanto lo hagan sus trabajadores.

La prevención debe incluir dos niveles, el individual y el organizacional, mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento y garantizando un ambiente laboral más humano y adaptado a las necesidades de los profesionales.

Palabras Clave: Burnout, Desgaste profesional, estrés ocupacional, satisfacción laboral, Salud mental, atención primaria

“Una vocación es un acto de amor: no es una carrera profesional. Cuando el deseo muere, es imposible seguir haciendo el amor. He llegado al fin del deseo y al fin de mi vocación.”

Graham Greene (1961, p.64)

INTRODUCCION

El Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional fue definido por primera vez por el psicoanalista Freudenberg en 1974, al observar voluntarios que trabajaban con toxicómanos que, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, agotamiento y desmotivación, y lo conceptualizó como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surgía en aquellos profesionales dedicados al servicio de los demás¹. Sin embargo fue Maslach en 1982 quien primero empleó este concepto públicamente para referirse a una situación que cada vez se hacia más frecuente entre aquellos profesionales que por su trabajo mantenían un contacto directo y continuado con las personas, y después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente². En la literatura especializada, este cuadro sindrómico, se puede encontrar con diferente terminología, pero en nuestro país, se suele denominar Síndrome de desgaste profesional (SDP) o Síndrome del profesional quemado (SPQ).

La necesidad de estudiar el síndrome viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como la reciente preocupación de la calidad de vida laboral de los empleados, ya que tiene claras repercusiones en el estado de salud física y mental y sobre la organización. La relación del estrés laboral y la salud constituye pues, un novedoso tema de discusión en el campo de la medicina preventiva y la promoción de la salud. Los cambios experimentados debido al progreso técnico, el desarrollo económico mundial, la emigración y la cambiante estructura demográfica de la población activa son algunas de las razones de la aparición de nuevas situaciones que conviene analizar³. En los **Países Bajos**, por ejemplo, un 58% de los problemas de salud mental diagnosticados, están vinculados con el trabajo. En el **Reino Unido** se

ha calculado que entre el 30 y 40% de absentismo puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental⁴. En Europa, un 28% de los trabajadores afirma estar expuesto a condiciones de estrés negativo. En España, según los resultados de la VI ENCT, el estrés es uno de los principales problemas de salud atribuido al trabajo. Un 27,9% de los trabajadores que piensan que el trabajo afecta a la salud, dice sufrir estrés. Otro dato relevante es que el 50-60% del total de días perdidos se vincula al estrés⁵.

Se trata pues de un problema social y de Salud Pública entre los profesionales de algunos sectores, en especial los de la salud, ya que tiene consecuencias importantes en la salud y a la calidad de vida de los facultativos, en las organizaciones sanitarias e influye en la calidad del servicio asistencial prestado, conllevando además un crecimiento de costes económicos y sociales.

Un problema que tiene gran relevancia en el ámbito de la Salud Laboral y que requiere de un profundo análisis y un esfuerzo de integración para entender los factores que pueden estar relacionados con su aparición, para el posterior enfoque preventivo. Pero también de una gran complejidad tanto por la multitud de elementos implicados, como por la dificultad de aplicar los conocimientos teóricos a la situación real y particular del trabajador que sufre el trastorno.

A pesar de los numerosos estudios en torno a este tema, hay dificultades no solo para consensuar la manera de denominarlo, sino también para encontrar una definición operativa⁶. La mayoría de estudios hablan de la falta de un modelo teórico sólido y de la necesidad de explicar el episodio del SDP desde un modelo integrador. Hay una dispersión entre un gran número de autores y centros de investigación, con una proliferación de estudios dedicados a factores de riesgo basados en diseños transversales, con el resultado de un acumulo de datos, pero con poca finalidad integradora. Por otro lado se presta poca atención a los instrumentos diagnósticos y es bajo el porcentaje de estudios de evaluación de intervenciones⁴. Esto genera una gran controversia y confusión.

De ahí el interés de este trabajo, que parte de la descripción de un caso clínico y el análisis del mismo, observando en particular los factores de riesgo a los que está expuesto el trabajador, los factores que hayan influido o podido desencadenar el trastorno y los instrumentos usados para llegar al diagnóstico, sin entrar en la posterior intervención, que sería motivo de un futuro trabajo. Para ello, se hace necesaria una lectura y recogida de información de los aspectos más relevantes descritos en la literatura científica en referencia a estos puntos. Por tanto el trabajo contiene una parte teórica, necesaria para sustentar el trabajo, y una parte más clínica. Con ello se pretende relacionar y aplicar los conocimientos obtenidos de la literatura, en un caso clínico, en concreto un profesional de la salud en el ámbito de la atención primaria, con la complejidad que supone el estudio y manejo de una situación particular. Para terminar se realizan algunas reflexiones y conclusiones posteriores.

Para enmarcar el problema, es de interés definir y diferenciar dos perspectivas del SDP, que se han venido desarrollando a lo largo de estos años: la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial. La perspectiva clínica entiende el síndrome como un estado al cual llega la persona producto del estrés laboral que padece. La perspectiva psicosocial lo considera un proceso, que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales. El primero analiza el problema en tanto estado personal y el segundo lo analiza en tanto proceso dinámico, producto de la interacción entre varios factores.

Desde la perspectiva psicosocial, se conceptualiza como una respuesta al estrés crónico laboral que se caracteriza por el desarrollo de una idea de fracaso profesional por parte del individuo, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja⁷. Se trata pues de un proceso que se desarrolla secuencialmente, en el que intervienen elementos cognitivos, emocionales y actitudinales, cursando con deterioro cognitivo (con aparición de bloqueos, disminución del rendimiento y del compromiso), deterioro afectivo (con estados de agotamiento, pérdida de interés por actividades sociales, una alteración de la autoevaluación de la

capacidad para el ejercicio de la profesión junto con sentimientos de culpa) y deterioro conductual (en forma de deshumanización, conductas adictivas...). Estos síntomas han sido denominados respectivamente por Maslach y Jackson, baja realización personal (RP), agotamiento o cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y se integran como dimensiones del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) empleado ampliamente para medir el síndrome.

El proceso puede ser reversible si el individuo emplea estrategias de afrontamiento adecuadas para gestionar las situaciones del estrés laboral crónico o de lo contrario puede progresar hasta una situación irreversible, que conlleva el abandono del trabajo e incluso de la profesión y de la que el individuo no puede salir sin la ayuda de un profesional especializado. **Esto hace necesario no solo encontrar elementos que ayuden a detectar los síntomas del inicio de su aparición e intervenir de manera precoz, sino también buscar sistemas de evaluación de las dinámicas de las organizaciones para favorecer un funcionamiento saludable de las mismas.**

Es importante también tener clara la diferencia del SDP con otros conceptos que se pueden solapar, como es el caso de la depresión¹. En este último, el sufrimiento es generalizado y ocupa todas las áreas del individuo, mientras que el SDP es temporal y está relacionado con una vivencia de insatisfacción laboral, apareciendo cambios de conducta, de calidad y desarrollo del trabajo y disminución de la energía para llevarlo a cabo. Tampoco debe identificarse con sobrecarga de trabajo ni con un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva y al abandono de intereses por un trabajo hasta ahora importante y satisfactorio para el individuo. Es una patología que, aunque comporte una adaptación del individuo, difiere del trastorno adaptativo. Y a pesar de tener una relación estrecha con el trabajo, tampoco encaja en la categoría de Problema laboral Z 56 (700) dentro de los trastornos adicionales que puedan ser objeto de atención clínica, de la clasificación del

DSM IV con códigos CIE 10. Esto es una muestra más de la vaguedad en que nos movemos cuando nos referimos a esta patología.

MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo de un caso clínico, que, por su complejidad, puede ser representativo de la población de referencia.

POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población de estudio son los Médicos de Familia de Barcelona Ciutat, que cumplen los siguientes criterios:

- Asistencia voluntaria a la Unidad Básica de Prevención (UBP) del I.C.S., por tanto, con cierta conciencia de dificultad, ganas de colaborar y deseo de recibir ayuda
- Trabajo como mínimo 5 años en ésta especialidad, y con un contrato fijo y un mínimo 1 año en el mismo Centro de Atención Primaria, por lo tanto, integrado en la dinámica del Centro y conocedor del funcionamiento del mismo y de las relaciones interprofesionales.
- Con clínica compatible con el Síndrome de Desgaste Profesional, sea su primer episodio, es decir, que acuda por primera vez a la UBP con estas manifestaciones clínicas y esté expuesto a factores de riesgo psicosociales.
- Atendido en la UBP del ICS hace menos de 5 años, con evaluación finalizada, ya que esto nos permitirá tener una visión más global del proceso y poder hacer una revisión y evaluación del mismo.

El caso clínico elegido cumple estas características, aunque es interesante destacar, que a pesar de la elevada prevalencia del síndrome, en la práctica nos encontramos con una escasa cantidad de profesionales que piden ayuda, de manera que a la hora de buscar un caso para el análisis, nos hemos encontrado con un número muy reducido de ellos.

SUJETO DE ESTUDIO

Se describe a continuación el caso clínico, con lo que se conoce de la historia, la sintomatología, los factores desencadenantes, la situación e historia laboral así como el proceso diagnóstico al que ha sido sometido. Creo que es suficientemente representativo como para llegar a conclusiones interesantes y a la vez, aplicables a otros de la población de referencia.

Se trata de un médico de 53 años, que trabaja en una Área Básica de Salud de Barcelona, y acude a la Unidad Básica de Prevención (UBP) por presentar sintomatología de tipo digestivo, un aumento de un cuadro migrañoso anterior, y sobretodo un importante agotamiento emocional. Él lo relaciona con horarios alimentarios y de sueño, a consecuencia del trabajo y del estrés que éste le genera. Refiere tener antecedentes de cefaleas migrañosas y episodios depresivos anteriores.

El médico del trabajo de la UBP, tras una entrevista con el trabajador, considera que el cuadro puede ser compatible con un SDP y programa una visita con el psicólogo, recomendando una mejora de las condiciones del puesto de trabajo.

El psicólogo lo valora y le administra los siguientes test:

- El **SCL-90R**, Inventario de Síntomas de Derogatis revisado, que constituye un procedimiento válido para detectar patrones psicopatológicos (Derogatis, 1994) obteniendo unas puntuaciones

significativas en las dimensiones de OBS (obsesiones y compulsiones), DEP (depresión), PAR (ideación paranoide).

- El **MBI-HSS** (Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey), que está dirigida a los profesionales de la salud y está considerada la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986), con los siguientes resultados:

CE- Pd 31, Pc.80. Fatiga emocional superior respecto al término medio

DP- Pd 1, Pc.10. Puntuaciones por debajo del término medio

RP- Pd 38, Pc.55. Puntuaciones dentro del término medio

Las pruebas ponen de manifiesto el agotamiento emocional sin conductas de despersonalización o baja realización personal, concluyendo la presencia de un síndrome depresivo de intensidad entre leve y moderada, con componentes obsesivos y paranoides asociados, descartándose la presencia de un SDP, y recomendando un estudio de personalidad y un estudio organizacional para reajustar los horarios del evaluado.

La situación del trabajador no se modifica, y al año realiza una **Incapacidad Temporal por contingencia común** (ITcc) por estrés, con diagnóstico de cefaleas migrañosas, momento en que se deriva a la USL (Unidad de Salud Laboral). Se reevalúa mediante:

- El **PSQ CAT21** , cuestionario de Evaluación de riesgos psicosociales en el Trabajo (adaptación para el Estado Español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ), donde aparece:
 - Aumento de exigencias psicológicas (cuantitativas, cognitivas, emocionales, sensoriales)
 - Falta de control sobre el ritmo de trabajo y tiempo de trabajo
 - Falta de predictividad
 - Falta de claridad de rol
 - Baja calidad en el liderazgo

- Falta de soporte social
 - Bajo refuerzo
 - Pocas relaciones sociales
- El **CBI** (Copenhagen Burnout Inventory), citado anteriormente como un nuevo instrumento de evaluación del síndrome, obteniéndose los siguientes resultados:
- Escala Burnout personal: mediana de 70 (referencia en trabajadores de servicios: mediana de 35)
 - Escala Bournout relacionado con el trabajo: mediana de 65 (referencia en trabajadores servicios a las personas: mediana de 33)
 - Escala Burnout relacionado con los pacientes: mediana de 41,6 (referencia 30,9)
- El **GHQ-12** (General Health Questionnaire, Goldberg) –versión corta-, cuestionario de salud general ampliamente usado en contextos comunitarios y ocupacionales. El punto de corte para asignar una alteración en la salud mental, está entre 11 y 13 y en éste caso da un resultado de 12 ítems positivos sobre 12 posibles.

La conclusión de la evaluación realizada indica que una relación directa entre el sufrimiento emocional del profesional con la exposiciones a riesgos de carácter psicosocial. Por ello se considera necesario hacer una serie de modificaciones y recomendaciones tanto en el ámbito personal como el organizacional.

FUENTES E INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Para analizar el caso anteriormente descrito, se ha hecho primero una revisión de diversos artículos relacionados con el tema, en su mayoría realizados por autores españoles, e intentado resumir los aspectos mas relevantes y que pueden ayudar a pensar sobre los factores asociados a

la aparición del síndrome, su relación de la satisfacción laboral y los instrumentos mas usados en la practica para medirlo.

Se han escogido algunos artículos publicados en países europeos para tener alguna referencia de datos de Europa (aunque este no era el objetivo del trabajo). Pero la mayoría de ellos son publicados en España ya que la organización sanitaria, los problemas que derivan de ella y el manejo de la práctica clínica es mas cercana a la nuestra y por tanto el análisis puede ser de más utilidad.

La búsqueda se ha realizado a través de pubmed mediante las siguientes palabras clave: burnout, desgaste profesional, estrés ocupacional, satisfacción laboral, salud mental, atención primaria.

También se ha obtenido bibliografía a partir de literatura referenciada en artículos consultados y que trata sobre los aspectos que son de interés en este trabajo.

RESULTADOS

Dado que el objetivo del trabajo es el análisis de un caso a partir de la información encontrada en la literatura científica, los resultados obtenidos tienen dos apartados, una parte teórica que resume los aspectos relevantes que aparecen en la bibliografía consultada, y una parte práctica, que explica el análisis del caso.

REVISION DE LA LITERATURA

La revisión bibliográfica remarca y coincide en valorar tanto los aspectos externos (organizacionales y laborales) como los internos del individuo (factores socio demográficos y personales) a la hora de pensar en los elementos que pueden influir en la aparición de SDP. Así, hay un amplio apartado que trata sobre los factores que influyen en la aparición del síndrome. A través de la lectura, se ha observado que numerosos estudios analizan de manera conjunta el desgaste profesional y el bienestar, y hablan de la necesidad de medir la satisfacción laboral para evaluar la calidad de la atención y de sus servicios internos. De manera que se ha incluido otro apartado que trata sobre la satisfacción laboral. Y hay un tercer punto que trata sobre los instrumentos de medida del SDP que se remarcan en la bibliografía y pueden ser de interés.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DEL SDP

El stress en las profesiones de riesgo de sufrir el SDP, en particular las del sector sanitario, donde se trabaja con aspectos emocionales intensos, esta compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales². En este tipo de profesiones intervienen unos estresores determinados, como la

escasez de personal, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, etc. Lo que a menudo supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. factores han sido identificados en la literatura como antecedentes del Síndrome.

Se habla también de la existencia de un perfil de personalidad que genera una cierta vulnerabilidad para desarrollar el Síndrome, como es el caso de un alto grado de autoexigencia y baja tolerancia al fracaso, una búsqueda de perfección, una necesidad de control, etc. Aspectos que proporcionan una sobrecarga emocional que lleva al agotamiento⁸

Esto supone considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual. Las variables ambientales (ambiente físico y contenidos del puesto, dimensiones estructurales de la organización) han sido consideradas como variables desencadenantes, mientras que las personales (variables demográficas y de personalidad) han sido consideradas como variables que cumplen una función facilitadora o inhibidora en el desarrollo del síndrome.

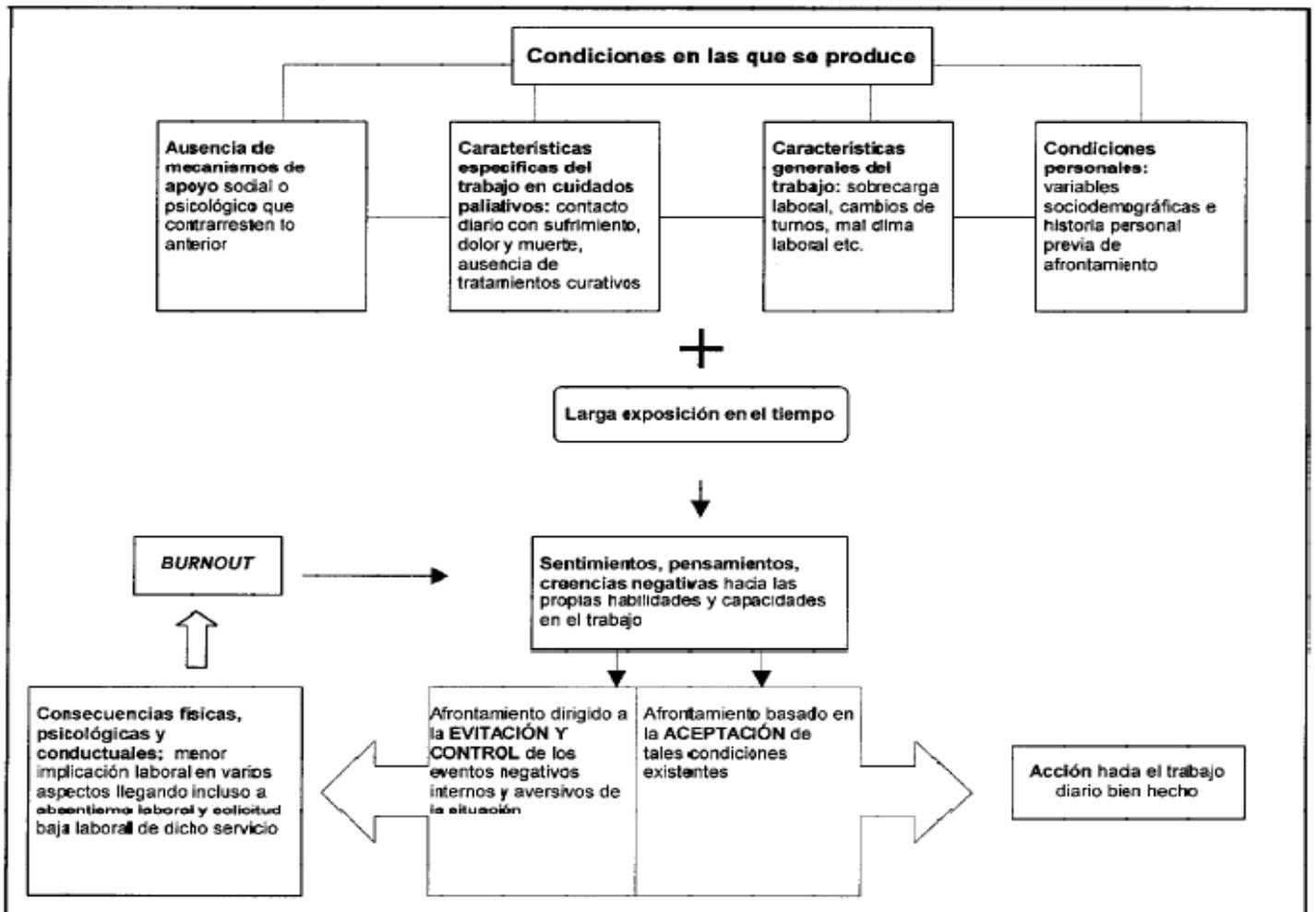
Otra variable que ha contribuido al desarrollo del síndrome es la nueva demografía poblacional, que se ha visto afectada por los movimientos migratorios, aumento de demanda cuantitativa y cualitativa de los servicios, masificación en la atención y rápido avance tecnológico, y la lentitud que, en ocasiones, las administraciones dan respuesta a los problemas, potenciando su desarrollo.

Nos encontramos pues, delante de un cuadro clínico-laboral, ya que las manifestaciones clínicas se producen principalmente en el marco laboral, y por sus características, presenta unos estresores específicos (alta implicación emocional) y una organización del trabajo determinada.

Dentro de los modelos considerados psicosociales, se pueden diferenciar tres grupos que quedan incluidos en el marco de las siguientes teorías: la teoría socio cognitiva del yo, la teoría del intercambio social y la teoría organizacional. El equipo de Gil-Monte y Peiró 1997, entiende este trastorno como una

respuesta al stress laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto, conllevando esto al fracaso profesional y al fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos hacia los que destina el trabajo. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal (RP) en el trabajo y cansancio emocional (CE). Ante estos sentimientos, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización (DP) como nueva forma de afrontamiento. Así, el eje fundamental es el CE, la DP sería una estrategia de afrontamiento y la baja RP un efecto del agotamiento. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés percibido y las respuestas actitudinales y conductuales Figura 1.¹

FIGURA 1. Modelo propuesto para el *burnout* en los profesionales sanitarios.



El modelo descrito recoge, por un lado, las condiciones que favorecen la aparición del síndrome, que sumado a la larga exposición en el tiempo, desencadena sentimientos y pensamientos negativos. En tales condiciones, los profesionales pueden actuar para eliminar tales sentimientos directamente (estrategias de evitación) o bien, pueden adaptarse a las condiciones laborales, aceptando las consecuencias emocionales de su exposición desarrollando la tarea del modo mas adecuado posible, o bien pueden desarrollarse estrategias destinadas a evitar y controlar los sentimientos que inquietan. Una de las consecuencias de la evitación es la aparición de conductas que van en contra de la labor asistencial, como una menor implicación y contacto emocional, una perdida de interés por las necesidades y preocupaciones de los pacientes, y en ultimo término, absentismo y baja laboral.

El proceso no se inicia con la vida laboral del individuo, por el contrario su aparición ocurre aproximadamente tras unos años de ejercicio profesional, al tiempo que se alude a la aparición progresiva de los síntomas, transcurriendo un tiempo desde el inicio hasta la confirmación del diagnostico, un cierto periodo de latencia (etapa en la que actúan sus factores desencadenantes)⁹, durante el cual puede enmascarse en forma de trastorno de comportamiento con actitudes negativas hacia el trabajo, poca colaboración, agresividad con los demás⁸, etc. Existe pues, una relación curvilínea entre edad, años de ejercicio profesional y el SDP.

La tabla 1 muestra un resumen extraído de la literatura, a través de los diversos estudios analizados, de los factores que inciden, tanto favoreciendo como protegiendo la aparición del síndrome. Los artículos revisados en este trabajo coinciden en remarcar los aspectos que se describen en la siguiente tabla.

Si analizamos los factores personales, en especial las variables socio demográficas, se observa que el factor edad aparece en todos los artículos como un elemento que favorece la aparición del SDP sobretudo en edades medias de la vida laboral, aproximadamente a los 40-45 años. Pero a partir de esta edad, los datos indican que disminuye el grado de tensión laboral y por

tanto de riesgo de desgaste, hablándose de cierta inmunización en profesionales mayores de 55 años⁸, La relación del síndrome con la edad sugiere pues una distribución de tipo parabólico. Esto puede explicar las discrepancias encontradas en los diversos estudios ya que dependerá del punto de corte con el que se construyan los grupos de edad¹⁰.

TABLA 1. Factores asociados a la aparición del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP). Revisión bibliográfica.

REFERENCIA CIUDAD	n	FACT.QUE PUEDEN FAVORECER LA APARICION DEL SDP				FACT. PROTECT.
		FACT.PERSONALES		CONDICIONES TRABAJO		
		SOCIODEMOG	RASGOS PERS.	ORGANIZ.	LABORALES	
Gil-Monte 1999 ⁷ Valencia	Rev.sis	Sexo (DP) Edad (CE)	autoconfianza		Falta apoyo social Conflicto rol (CE) Ambigüedad rol (RP) Sobrecarga	
Olivar Castrillon,C.,1999 ² Asturias	497	Edad ↑edad-↓SDP Estab.familiar-↓CE Ambito rural-↓CE				
Cebrià,J 2001 ⁹ BCN ciutat y comarcas N	427		Estabilidad (+) Tensión (-) Vigilancia (-) Aprehensión (-) Ansiedad (-) Apertura (+) Afrontamiento(+)			Optimismo Extraversión (afabilidad, atrevimiento)
Sos Tena, P 2002 ⁹ BCN ciutat y comarcas N	586	Edad (37-45a) ↑edad-↓SDP Paternidad (+2hijos) ↓SDP		>40h-↑SDP		
Molina Siguero, A. 2003 ¹¹ Madrid	196	Edad (37-46) (DP) Ámbito rural-↓SDP		Plaza propiedad Antigüedad (+5a)(CE) Nº pacientes (CE)	Presión asistencial	
Ortega Ruiz, C.2003 ¹ Almería	Rev.sis	Edad (40-45a) ↑edad-↓SDP	Baja estabilidad ↓autoconfianza Pers. resistente Tensión/Ansiedad	Antigüedad (5- 10a) Horas trabajo Tipo contrato	Satisf laboral Grado autonomía Ambigüedad rol Falta reciprocidad Apoyo social Ambiente trabajo	
Grau, A. 2005 ¹² Girona	1095	Edad (jóvenes)	Consumo psicofármacos Optimismo (+) No valoración(-)	Años exp.prof (-) Carga laboral	Falta apoyo social ↑grado de control Ausencia equidad Conflicto valores pers/empresa	Optimismo Satisf personal Valoración Sens. de utilidad
Soler, J.K. 2008 ¹³ Europa	1393	Edad (jóvenes) Sexo masculino Hijos	Consumo tabaco, alcohol y psicótropos	Ciudad origen Nº pacientes Horas trabajo Guardias	Falta trabajo académico Falta apoyo social	

Es difícil concluir si estos factores son causa o son consecuencia del cuadro, pero son elementos presentes en éste proceso que quedan confirmados en estudios similares.

No hay asociación significativa entre sexo y desgaste profesional⁹. Un artículo menciona la posibilidad de que las mujeres pueden experimentar con más frecuencia múltiples fuentes de stress, pero sobrellevan mejor las situaciones conflictivas en el trabajo, sugiriendo el sexo femenino como factor de riesgo para el SDP, y el sexo masculino como riesgo para un mayor grado de despersonalización, aunque el autor del mismo comenta que en su estudio esta idea no queda confirmada¹⁴.

La paternidad se relaciona con un menor cansancio emocional, por un mejor afrontamiento a los conflictos y estrés laboral⁹.

Hay una asociación con un mayor riesgo de abuso de alcohol y tabaco. Asimismo, la presencia de desgaste profesional se asocia a mayor consumo de psicótopos, en particular antidepresivos y ansiolíticos, para reducir la tensión que éste produce. Esta respuesta puede ser tomada también como una de las consecuencias conductuales del síndrome.

Los rasgos de personalidad que se destacan como posibles favorecedores son el perfeccionismo, la competitividad, la impaciencia, la vigilancia, la aprehensión, necesidad de reconocimiento, reacciones de ira, ansiedad al no conseguir la meta deseada y baja autoestima. Se describen como personalidades más vulnerables para desarrollar el síndrome, personas caracterizadas por la ambición profesional, la búsqueda de satisfacción personal y un sentimiento de indispensabilidad. Donde su mundo personal se restringe al mundo profesional⁸.

En cuanto a las condiciones de trabajo, es decir, los factores ambientales, y en particular los organizacionales, destaca la antigüedad como factor importante situando los 5-10 años como periodo a partir del cual se inicia el desgaste profesional, coincidiendo con lo anteriormente indicado.

La carga laboral y la presión y la falta de tiempo también son factores que aparecen en todos los estudios como favorecedores de su aparición.

En los Centros que se dedican a la docencia, se ha observado una asociación de esta actividad con la satisfacción en el trabajo (debido a menor carga asistencial, incentivo en el complemento por formación, mayor motivación intrínseca)

Analizando los factores psicosociales, se observa que la falta de apoyo social en el trabajo de los compañeros es predictivo de agotamiento emocional y despersonalización y la falta de apoyo social por parte del supervisor, está asociado a las tres dimensiones.

El conflicto de rol desarrolla una respuesta de carácter emocional (se asocia con el agotamiento emocional), mientras que la ambigüedad de rol, tiene una respuesta de carácter cognitivo-actitudinal (se asocia a RP).

También la sobrecarga laboral tiene una relación significativa con los niveles de agotamiento emocional.

Algunos estudios hacen referencia a factores protectores como aspectos que debemos tener en cuenta sobretodo al pensar en acciones preventivas. El papel de la satisfacción en el trabajo como factor protector del SDP y la morbilidad psiquiátrica, ha sido descrito por diversos autores, identificando una relación entre la insatisfacción laboral y los niveles de SDP¹² Parece incluso que la satisfacción laboral protege del impacto que provoca el estrés en la salud mental. Podemos decir pues, que la salud mental de los médicos de AP parece estar protegida por una mayor satisfacción laboral, siendo más precaria entre los profesionales que presentan más estrés¹².

Asimismo la vivencia de ser valorado por los demás y sentir que el trabajo es útil tiene un efecto protector para el DP¹⁵

Un buen funcionamiento y trabajo de equipo es también, una forma de protección comprobada en la psicopatología vinculada a problemas laborales. En la misma línea, los médicos dan mucho valor a la relación interpersonal aumentando la puntuación de la satisfacción global, pudiéndose considerar por tanto, uno de los factores de mayor protección frente al estrés laboral, y en

contrapartida, podemos pensar que una mala relación en los equipos de AP es un factor de riesgo de desgaste.

Algunos rasgos de personalidad como la afabilidad, la estabilidad, el atrevimiento, el optimismo y la extraversión serian protectores frente al estrés crónico¹⁵. Otro término importante es el ajuste psicológico. Este concepto se asocia al uso de estrategias de afrontamiento que permiten mantener un equilibrio entre las necesidades internas del sujeto y las exigencias ambientales¹⁶. Una adecuada capacidad para utilizar los recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente, puede ser un factor protector para hacer frente a las situaciones que generan tensión.

SATISFACCIÓN LABORAL

Otro factor laboral importante que merece una atención especial es la satisfacción laboral. Son frecuentes los estudios que la analizan de manera conjunta con el desgaste profesional y el bienestar, pero está poco estudiada la relación con aspectos como la productividad o la calidad asistencia a pesar de considerarse un indicador de esta. Y parece claro que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la atención y de sus servicios internos.

Fueron el profesor Donabedian en 1966 y posteriormente Freebon y Greenlick en 1973 los primeros en interesarse en esta línea de investigación. Avedis Donabedian puso énfasis en la investigación del tema específico de la calidad de la atención en la salud. Él decía que el grado de calidad de los servicios prestados en el sistema sanitario estaba en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y puso de manifiesto que la desmoralización de los mismos es la principal dificultad a la que tienen que enfrentarse los directores y gestores de centros sanitarios².

La relación entre el nivel de satisfacción y las tres escalas que miden desgaste profesional es muy estrecha. Bajos niveles de satisfacción se asocian a altas puntuaciones en las escalas de CE y DP y bajas puntuaciones de RP¹⁷

Datos de diversos estudios reflejan la relación entre numerosas variables y la satisfacción laboral, aunque es difícil concluir si son la causa o la consecuencia, pero son datos que quedan reflejados en los mismos y se deben tener en cuenta. Los resultados de algunos estudios apoyan la satisfacción laboral como un elemento del entorno laboral que se asocia a una mejor salud mental. Y lo describen como un factor protector del burnout y de la morbilidad psiquiátrica¹².

La tabla 2 muestra diversos estudios donde los autores mencionan algunos de los elementos que pueden generar satisfacción o insatisfacción en el trabajo.

TABLA 2. Elementos asociados a la satisfacción e insatisfacción en el trabajo. Revisión bibliográfica

REF. CIUDAD	n	SATISFACCIÓN	INSATISFACCIÓN
Cooper, CL 1989 ¹⁸	1928	Responsabilidad Libertad en la manera de trabajar Variedad en el trabajo Condiciones físicas Oportunidad para usar habilidades Sueldo Reconocimiento Horarios Relaciones con compañeros	Excesivas demandas Interrupciones Burocracia Interferencia en la vida social
Acamer Raga, F. 1997 ¹⁹ Albacete	247	Medio rural Sin titulación No dif. en rel con : sexo, edad, antigüedad o unidad familiar Edad (+40 a)	Falta promoción profesional Salario Falta formación para realizar trabajo
Sobreques, J. 2003 ¹⁷ AP. BCN prov.	603	Edad (jóvenes) Pocos años experiencia Paternidad-maternidad Interinos Centros docentes Deseo de recibir resultados Ámbito rural Relaciones interpersonales	Tensión laboral Estatus profesional Falta promoción profesional Exceso trabajo
Robles G, M. 2005 ²⁰ Cantabria	300	Edad (+44 años) Pocos años de experiencia (-3a) Formación recibida Reconocimiento profesional	
Van Ham, I. 2006 ²¹ Netherlands		Relación compañeros Docencia	Salario Horarios Burocracia Exceso trabajo Falta tiempo Falta reconocimiento

Repasando el listado de elementos asociados a la satisfacción o insatisfacción en el trabajo, nos encontramos con aspectos ya nombrados al hablar de los factores asociados al SDP. Así, factores como la edad, los pocos años de experiencia, la paternidad, o el reconocimiento, la relación con compañeros, la variedad y libertad en el trabajo, están asociados a la satisfacción de la misma manera que, tal como refleja la tabla 1, forman parte de factores relacionados con la aparición del SDP. Los resultados nos sugieren que si se desea incrementar el nivel de satisfacción laboral se deben tener en cuenta las características de las tareas, tales como el horario, el volumen de visitas, la variedad, la autonomía, la organización del trabajo, la valoración y la posibilidad de interrelación personal.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Desde que el concepto del SDP apareció en la literatura, se han propuesto diferentes modelos para evaluarlo. En primer lugar, el síndrome fue descrito a través de la observación clínica. Posteriormente fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación.

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la valoración de síntomas que presenta el trabajador, analizar el proceso de aparición, evaluar la intensidad o frecuencia y diferenciar el proceso de otros similares. También es necesario identificar cuáles son las fuentes de stress que han originado su aparición. Para alcanzar estos objetivos se deberán utilizar procedimientos cualitativos y cuantitativos de diagnóstico y evaluación, tanto con entrevistas como con escalas psicométricas.

Debido a que las escalas de evaluación han sido empleadas de manera más o menos exitosa, el método del cuestionario ha llegado a ser el más empleado para estimar este cuadro clínico. Pero el principal problema para conseguir medidas fiables y válidas a través de cuestionarios ha sido la vaguedad o la amplitud que han sido empleadas para su evaluación.

Hay pues, una gran disparidad de instrumentos para medir el SDP, que está sustentada en el gran número de definiciones conceptuales y modelos teóricos. Nos encontramos comparando puntuaciones estimadas con diferentes instrumentos que miden diferentes constructos, amparados bajo la misma etiqueta.

Analizando éste punto en los artículos revisados, aparecen diferentes áreas a explorar con diversos instrumentos de medida en cada una de ellas. Se observa la necesidad de explorar la clínica de SDP del trabajador para llegar a un diagnóstico, los rasgos de personalidad del mismo y su relación con aspectos psicopatológicos y estilos de funcionamiento, y las características de la organización, es especial, los factores de riesgo psicosocial.

En la tabla 3 se hace una relación de los mismos.

Tabla 3. Relación de instrumentos de medida y su objetivo de evaluación en el Síndrome de Desgaste Profesional. Revisión bibliográfica.

REF. AUTOR CIUDAD	INTRUMENTOS MEDIDA	QUE EVALUAN
Esteva, M 2006 ¹⁵	GHQ MBI Variables demográficas Quest. Satisfacción FontRoja Escalas de stress laboral de Taberca	Morbilidad psiquiátrica Clínica SDP Escala de satisfacción Estrés laboral
Sobreques, J. 2003 ¹⁷	Q. Datos generales Q. de Font Roja MBI	
Sos Tena, P. 2002 ⁹	Q. datos generales MBI	
Acame, F. 1997 ¹⁹	Escala de satisfacción laboral de profesionales EAP (validada por Peiró) Datos sociodemográficos	Escala de satisfacción
Olivar. 1999. ²	Q. de Font Roja MBI Q. variables sociodemográficas de elab. propia	
Cooper, L 1989 ¹⁸	---	
Ortega, C. 2003 ¹ Almería	MBI SBS de Jones TS de Pines GNBI EPB	Clínica de SDP
Soler, J.K. 2008 ¹³ European	Q. datos generales Estilo vida y satisfacción MBI-HSS	
Gaynés 2004 ⁵	MBI GHQ. Occupational Stress Indicator Altres	Estrés ocupacional
Grau, A. ¹²	Q. general de elaboración propia	

	MBI Q. de cia organizacional	
Benomo, J. 2004 ¹⁶	Escala de NR-18 Normalta	Desajuste funcional Grado de ajuste personal
Cebriá, J ⁶	Q. datos generales MBI 16PF	16 fact. primarios de personalidad
Robles Garcia, M. 2005 ²⁰	Q. satisfacción elab. por Pais Vasco de salud	Áreas recomendadas por el modelo EFQM
Caballero Martin, MA ²² 2000	Q. variables sociodemográficas MBI Apartado de opinión abierto	
Moreno Jimenez, B 2006 ²³	CDPM	CE Distanciamiento Perdida expectativas (asp motivacionales)
Moreno, JB 1997 ²⁴	CBB	Clínica SDP
Martin, J 2003 ²⁵	CPV 35	Multidimensional
Mingote Adan, JC ²⁶ 2004	MMPI	Personalidad
Molina, A 2003 ¹⁰	MBI GHQ 28 Q. datos sociodem y lab Pregunta abierta	

Tras la revisión de los mencionados artículos, vemos que los instrumentos de medida que se usan para diagnosticar este trastorno, se podrían agrupar en:

- Cuestionario general con datos referentes a variables socio demográficas
- Cuestionarios que miden los síntomas propios del SDP
- Cuestionarios de satisfacción laboral
- Cuestionarios para valorar el estado de salud general y mental.
- Algunos estudios dejan una pregunta abierta para que el trabajador pueda expresar libremente aquello que no queda reflejado en los cuestionarios.

Los cuestionarios de datos generales, con variables socio demográfica suelen recoger datos relacionados con la edad, el sexo, estabilidad familiar, ámbito de trabajo. Los estudios reflejan en general poca consistencia en la asociación de las variables socio demográficas y el desgaste profesional.

Por lo que respecta a los cuestionarios que pretenden específicamente evaluar el SDP, el MBI "Maslach Burnout Inventory" (Maslach y Jackson, 1981/86) diseñado hace más de 22 años, puede considerarse el más usado. Presenta diversas versiones, MBI- HSS (profesionales salud) versión clásica, MBI-ES (profesionales de la educación), En la versión inicial (año 81) la escala

presentaba dos formas, una de frecuencia y otra de intensidad y tenía 25 ítems. En la segunda versión (año 86) quedó reducida a 22 ítems.

Según éste, los niveles altos de SDP son indicados por puntuaciones altas en las subescalas de CE y DP y puntuaciones bajas en la subescala de RP. Además la subescala de RP es independiente de las otras, por tanto no se puede considerar opuesta. El total de la puntuación para cada subescala se categoriza como “baja”, “media” o “alta”, clasificándose mediante un sistema de percentiles. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre 2-75 “medio” y por debajo de 25 “bajo”.

Actualmente se está generando discusión sobre su consistencia interna y validez factorial de este test.. Diversos estudios mencionan la presencia de algunas debilidades psicométricas, aunque los problemas del MBI están también en la concepción teórica del modelo. El ámbito de evaluación es el emocional, incluye pocos elementos cognitivos en su evaluación y no tiene en cuenta los antecedentes y las consecuencias. Solo una de las tres escalas (CE) ha demostrado su buen rendimiento, siendo las otras dos (DP y RP) de significación y aplicación más dudosa. La DP es la dimensión más frágil del cuestionario¹⁶. Algunos autores comentan estar midiendo un fenómeno con un instrumento muy sensible y poco específico que detecta básicamente situaciones de estrés emocional y tal como se ha mencionado, no todo estrés emocional es SDP.

.
El MBI-GS (general Surrey) de carácter más genérico¹, intenta superar algunas de las debilidades comentadas.

Previos al MBI encontramos,

El SBS-HP de Jones, 1980- The staff burnout scale for Health professional – esta compuesto por 20 ítems divididos en 4 factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Tiene una visión más amplia que otros cuestionarios elaborados con posterioridad, como son el MBI

o el BM., ya que incluye las variables como insatisfacción laboral, tensión psicológica y problemas de salud. La fiabilidad es buena.

El TS de Pines (Tedium Scales)1981 que consta de 21 ítems. Entiende el síndrome como un estado de fatiga emocional, física y mental, resultado de la relación de trabajo con personas en situaciones que son emocionalmente demandantes, agotamiento físico, agotamiento emocional, agotamiento mental. El TS pasó a ser posteriormente el BM "Burnout Measure".

El BM "Burnout Measure" (Pines y Aronson 1988) se distribuye en 3 subescalas: agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental. En relación con el MBI, solo evalúa los sentimientos de agotamiento emocional, pero no las otras dimensiones del MBI (despersonalización y baja realización personal), por tanto no mide las variables actitudinales del síndrome.

A nivel Europeo, nos encontramos con una nueva generación de modelos e instrumentos,

El CBB (Cuestionario breve de Burnout) cuestionario breve para la evaluación global de elementos presentes en el síndrome, especialmente factores organizacionales, antecedentes del mismo y efectos y consecuencias. Por su estructura, no parece adecuado para la evaluación directa de los componentes específicos del síndrome, pero si para proporciona una aproximación y evaluación de algunos de los elementos presentes en el síndrome.

El GNBI- The Gillespie-Numerof Burnout Inventory. Cuestionario de 10 ítems que hace referencia a sentimientos del trabajo, pero no se han establecido correlaciones con otras medidas de SDP ni con el MBI

El EPB - Efectos psíquicos del burnout de Garcia (1995). Fue diseñado para la medida del SDP en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 ítems. Está centrado exclusivamente en la dimensión agotamiento emocional para explicar el síndrome.

Shirom y Melamed (2003), proponen un instrumento, el SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure), que cubre los aspectos del agotamiento físico, mental y cognitivo y se basa en la teoría de Hobfoll de Conservación de los Recursos (Hobfoll y Shirom 1993, 2000). De acuerdo a esta teoría, el estrés laboral ocurre cuando las personas se sienten amenazadas en relación a la pérdida de sus recursos personales, pierden efectivamente sus recursos o no los pueden recobrar después de haberlos invertido (Hobfoll y Freedy 1993).

El CDPM(21) Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (Moreno et al, 2004) permite la evaluación específica de las dimensiones del Desgaste profesional médico y una evaluación global del síndrome y manifiesta tres dimensiones: agotamiento, distanciamiento, perdida de expectativas. Incluye factores motivacionales y de distanciamiento la desilusión progresiva, la perdida de sentido del trabajo y las expectativa, y procesos de distanciamiento no solo respecto a pacientes sino de la profesión en general. La evaluación muestra resultados favorables que lo validan como instrumento adecuado para el estudio del síndrome²⁴.

El CESQT (Gil-Monte, 2003-2004), el Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, otro nuevo instrumento que consta de 20 ítems, y presenta una estructura de cuatro dimensiones: Ilusión por el trabajo (deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de placer personal), desgaste psíquico (aparición de agotamiento emocional y físico), indolencia (presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización) y culpa (debidos fundamentalmente al desarrollo de las actitudes negativas hacia los clientes de la organización).

El CBI, Copenhaguen Burnout Inventory (Kristense y cols. 1999-2005) que mide la clínica a nivel personal (Personal Burnout), la relacionada con el trabajo (Work-related Burnout) y con el cliente (Client-related Burnout)

El OLBI, The Oldenburg Burnout Inventory (Demerouti y cols. 2001-2005) que incluye solo dos dimensiones: agotamiento y falta de compromiso en el trabajo.

Pero de todos los instrumentos citados, el más utilizado es el Inventario de burnout de Maslach y Jackson (1986) a pesar de los problemas mencionados anteriormente. Este es un tema que conviene seguir trabajando en el futuro ya que una de las dificultades de manejo del SDP es justamente la evaluación diagnóstica y las herramientas que disponemos para ello.

Respecto a las escalas de satisfacción laboral y estrés laboral, se encuentra el Cuestionario de Satisfacción de FontRoja. Consta de 22 ítems agrupados en 7 factores que permiten explorar todas las áreas definidas como componentes de la satisfacción laboral y que son la satisfacción en el trabajo, la presión en el trabajo, la relación personal en el trabajo, la distensión en el trabajo, la adecuación para el trabajo y la variedad en la tarea. A mayor puntuación mayor satisfacción laboral.

La escala de estrés laboral de Tabarca consta de 11 ítems agrupados en 4 factores.

Escala de satisfacción laboral de profesionales de la salud en EAP validada por Peiró en 1989 (8) incluye 73 ítems sobre diferentes dimensiones de la satisfacción.

El CVP-35 (cuestionario de calidad de vida profesional)²³ consta de 35 preguntas, realiza una medida multidimensional, y resume la percepción de la calidad de vida profesional, permitiendo establecer comparaciones entre diferentes organizaciones y lugares.

El PSQ CAT 21, una adaptación para el Estado español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). Este instrumento está diseñado para identificar y medir la exposición a seis grandes grupos de factores de riesgo para la salud de naturaleza psicosocial en el trabajo. Existen tres versiones:

una larga, una media y otra corta. Esta última se puede usar para valorar, individualmente, la exposición psicosocial en el puesto de trabajo.

La morbilidad psiquiátrica se estudia preferentemente con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) de 28 ítems, diseñada para detectar alteraciones psiquiátricas no-psicóticas en el contexto comunitario y que mide los cambios recientes ocurridos en la salud mental del individuo. Consta de 4 subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión aguda). Se consideran como “probables casos” a los individuos que obtuvieron más de 6 puntos. La escala de Golberg se relaciona bien con las puntuaciones altas de CE, existe una correlación débil con la DP y negativa débil con la RP.

También se menciona el Cuestionario de Personalidad 16 PF-5, versión 1995, de 185 elementos, destinados a medir los 16 factores primarios de personalidad: afabilidad, estabilidad, dominancia, animación, atención a normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión. Permite también recoger información de 4 factores secundarios: extraversión, ansiedad, dureza e independencia.

Un artículo hace referencia al MMPI, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, como test para evaluar la personalidad. Es un test evaluador muy válido, con una interpretación muy fiable, pero muy arduo por su longitud.

ANALISIS DEL CASO

El caso clínico escogido es una muestra de la complejidad sintomática propia del SDP. Aún cumpliendo claros criterios diagnósticos, es difícil definirse por él, ajustar el diagnóstico y en consecuencia, cuesta planificar la intervención terapéutica precisa.

En la historia del trabajador, es importante remarcar una serie de elementos que coinciden con aspectos que han ido apareciendo en la literatura, y se van describiendo a continuación. El profesional tiene una antigüedad de 27 años de ejercicio profesional. Es médico general e inicialmente había trabajado en un servicio de urgencias. Desde hace 10 años es profesional de un Centro de Atención Primaria. Inicialmente su horario era de 2h, una plaza común antes de la reforma sanitaria, y a los 3 años, lo trasladaron a una Área Básica de Salud reformada, iniciando un horario de 6h, cambio que se realizó en contra de su voluntad.

La ABS donde trabaja tiene una organización particular. Se trata de dos áreas básicas que comparten local y están dirigidas por una sola persona, con dificultades para poder atender las necesidades de la cantidad de profesionales que trabajan en ella.

El médico atiende un volumen de 37 visitas diarias, con cita cada 6 minutos pero que puede llegar a ser cada 3', con atención urgente y familiar, y con atención telefónica sin espacios de tiempo reservados para este tipo de trabajo. Refiere no disponer de un filtro para las visitas urgentes, de manera que esto genera discusiones con los pacientes por el largo tiempo de espera, tanto de las urgencias como de los pacientes programados. Su jornada se alarga 1-2 h diarias debido al volumen de trabajo, contrariamente a lo que dicen sus superiores, creyendo estos que se pueden realizar mas visitas diarias. Al finalizar su jornada, debe atender las visitas a crónicos, con la sobrecarga añadida que esto supone, y a veces debe perderse reuniones, sesiones clínicas y de coordinación. También aqueja dificultades para derivar a

pacientes al especialista (por la sobrecarga también de éstos), y no estar cubiertos los periodos vacacionales.

El sistema informático que funciona hace dos años, es una carga añadida, comenta no haber estado formado adecuadamente, dispone de poca ayuda informática para los problemas del propio programa, y debe actualizar las historias de sus pacientes ya que en breve desaparecerán las de formato en papel. Menciona también dificultades para organizar su trabajo y comenta que las normas del centro no se aplican de manera homogénea ni transparente. Hay problemas con el circuito de difusión de órdenes del día de reuniones, y no se tienen en cuenta temas de interés por parte de los trabajadores del centro. Aqueja presión de trabajo que afecta a las relaciones interpersonales y complica el trabajo en equipo. El cumplimiento de los objetivos también es un problema añadido por falta de coherencia y de información. Siente que su salario es bajo en relación a la cantidad de trabajo y de responsabilidad.

Su relato está cargado de malestar y cansancio emocional.

En este caso existen antecedentes de depresión pero no se informa si han requerido tratamiento. El SDP no es el resultado de la agudización o reaparición de una psicopatología previa, ni debe ser resultado de la incompetencia profesional del individuo. Pero nos podemos encontrar con personalidades más vulnerables (rasgos depresivos con o sin clínica depresiva) como es éste caso.

La evolución tórpida, la instauración progresiva y la cronicidad del cuadro, son características del síndrome. Inicialmente esta persona refiere molestias de tipo somático, con agudización de una sintomatología ya presente (cefaleas, molestias gástricas), pero expresa un malestar psicológico de desgaste y agotamiento emocional, que relaciona claramente con el ejercicio de la práctica profesional. Poco a poco, va apareciendo un deterioro cognitivo, emocional y de las actitudes, que afecta y se manifiesta en el rendimiento laboral. Se podría hablar de un periodo de latencia, que queda enmascarado por las molestias de tipo somático, aunque en otras ocasiones se manifiesta en forma de actitudes negativas, irritabilidad e agresividad que se evidencia en la relación con las personas.

La disminución progresiva y significativa del desempeño laboral con el transcurso de los meses, también presente en ésta caso, es uno de los principales indicadores del SDP.

El discurso del trabajador muestra elementos que indican un desgaste importante. Manifiesta una carga asistencial y exceso de trabajo que le obligan a trabajar mas horas de lo debe y a no poder asistir a reuniones de coordinación y actividades de equipo. Refiere exceso de trabajo con un aumento de carga por tareas burocráticas y aqueja problemas de ambigüedad de rol, falta de apoyo social, falta de reciprocidad y empeoramiento de las relaciones interpersonales.

El cuadro clínico es claramente sugestivo de un SDP y los instrumentos diagnósticos nos deberían dar la confirmación del diagnostico.

Si analizamos primero los factores sociodemográficos que aparecen en el caso, observamos la edad del trabajador como factor a tener en cuenta (53 años). Tal como se ha mencionado anteriormente, hay una cierta discrepancia en este punto, algunos autores hablan de una mayor posibilidad de aparición en la edad media de la vida hasta los 55 años, que empieza a disminuir. En este caso, el profesional se encuentra entre el grupo de mayor riesgo.

Los años de experiencia profesional (más de 10 años) son un elemento que favorece también la aparición del síndrome.

Los aspectos de personalidad nos vienen indicados por el SCL-90R, donde aparecen rasgos obsesivo compulsivos, depresivos y de ideación paranoide, es decir, nos habla de una personalidad depresiva, meticulosa, perfeccionista, sensible a la crítica, con tendencia a sentirse observado y juzgado y con necesidad de controlar sus emociones con una cierta rigidez. Este tipo de personalidad encaja con los rasgos de personalidad mencionados anteriormente como factores personales favorecedores de la aparición del síndrome.

Si nos fijamos con los factores laborales, destaca de manera especial la carga y la presión asistencial, la ambigüedad de rol, el grado de autonomía, la falta de apoyo social y la dificultad de relación con compañeros. Aspectos que se

encuentran también en los que se recogen a partir de la literatura leída previamente.

Respecto a los instrumentos usados para el diagnóstico, conviene mencionar dos episodios en el proceso. En el primero se utilizan dos tests, el MBI con resultados que reflejan cansancio emocional (CE Pc80), sin afectación en el área de despersonalización (DP Pc10) ni de realización personal (RD Pc55) y el SCL-90R, que es un test que no aparece en los artículos revisados como instrumento para evaluar la morbilidad psiquiátrica, pero es útil tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Tiene 90 ítems y se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. En este caso da bastante información sobre el probable funcionamiento mental del trabajador.

La reevaluación posterior, es realizada mediante el Copenhaguen Burnout Inventory, un nuevo instrumento de evaluación del síndrome que queda poco reflejado en los artículos revisados, pero es interesante ya que mide los síntomas de desgaste a nivel personal, en el trabajo y con los pacientes. Los resultados del mismo reflejan una afectación en las tres áreas de estudio (CE 31/80 DP 1/10 RD 38/55).

En este caso, se han usado instrumentos diagnósticos que no aparecen en la literatura o no son los más usuales, siendo el resultado de los mismos, revelador y una ayuda para confirmar el diagnóstico. Es interesante analizar aquí los dos momentos en que se valora al profesional. Se llega a conclusiones diferentes, siendo la sintomatología muy similar en los dos episodios. Se debería haber diagnosticado de SDP en su primer momento y actuar de manera precoz? Qué tiene más valor, el diagnóstico clínico o los resultados de los test empleados en cada caso? El tipo de cuestionario elegido determina en parte los resultados y por tanto el diagnóstico? Haciendo un diagnóstico precoz hubiéramos evitado el deterioro posterior?

Los cuestionarios deberían ser herramientas diagnosticas que ayudaran a evidenciar el hipotético diagnostico realizado mediante la entrevista y la clínica, elementos pienso que esenciales en el proceso. Podría ser de utilidad como herramienta un tipo de entrevista semiestructurada para explorar, junto con el trabajador (a diferencia de los test en los que solo interviene la persona que los contesta), aspectos importantes a tener en cuenta en el cuadro.

Por otro lado, los elementos diagnósticos que se han utilizado para valorar la exposición a riesgos psicosociales se han dirigido exclusivamente a la percepción del trabajador, pero no se han obtenido datos del funcionamiento de la institución, de manera que el diagnostico es parcial. Para obtener una visión más global, seria interesante valorar la posibilidad de conocer la realidad de la organización a través de alguno de los cuestionarios citados anteriormente.

Creo que hay otro elemento importante que debe formar parte del proceso diagnostico, y puede ayudar a determinar el pronostico y el tipo de tratamiento. El deseo de recibir ayuda, la vivencia de conflicto, la capacidad de introspección de la persona que sufre el SDP, o por el contrario, la rigidez y la evitación, la tendencia a proyectar los conflictos y la falta de deseo de modificar aspectos internos, son datos esenciales para perfilar el diagnostico y pensar en la intervención terapéutica pertinente.

La descripción de este caso clínico es un ejemplo de la complejidad del síndrome y de los déficits que tenemos en su manejo clínico, de manera que debemos seguir trabajando en ello.

“...Tenemos la obligación moral de cuidar a quienes nos cuidan”

CONCLUSIONES

Debido a la alta prevalencia del SDP, nos estamos enfrentando a un problema de salud pública, de interés social, y del ámbito de la Salud Laboral, siendo el sector salud uno de los colectivos mas afectados, aunque la exposición y el riesgo se amplía a múltiples profesionales con trabajos que requieren contacto directo con las personas o con un nivel de estrés importante.

Debido a la preocupación cada vez mayor por la calidad de vida laboral de los empleados, nos vemos obligados a estudiar la relación entre el estrés laboral, y las repercusiones de éste en el estado de salud física y mental de los trabajadores. Y conviene analizar el problema no solo como un tema individual que afecta al trabajador sino como una cuestión que incumbe a toda la organización.

Tal como se ha ido mencionando a lo largo del trabajo, la satisfacción laboral protege del impacto del stress, del malestar psíquico y del SDP.

En la revisión bibliográfica realizada, observamos la coincidencia de los diferentes autores en valorar tanto los aspectos externos (organizacionales y laborales) como los internos (factores socio demográficos y personales) del individuo a la hora de pensar en los elementos que pueden influir en la aparición de SDP. Conviene por tanto, explorar estos ámbitos para conocer la situación del trabajador y entender que le está ocurriendo y a que se debe. De esta manera se podrá incidir, modificar y tratar aquello que le está perjudicando. Aparecen pues diferentes áreas a explorar con diversos instrumentos de medida en cada una de ellas: la clínica de SDP del trabajador para llegar a un diagnostico, los rasgos de personalidad del mismo y su relación con aspectos psicopatológicos y estilos de funcionamiento, y las características de la organización, es especial, los factores de riesgo psicosocial

Así, además de preguntarnos y mirar que le ocurre al profesional, debemos pensar en que es lo que está ocurriendo a nivel organizacional y grupal, analizando el funcionamiento del mismo y pudiendo enlazar un posible “diagnostico institucional” con el diagnostico del trabajador afectado. Es importante saber cuales son los ítems que reflejan el problema individual y cuales los que reflejan el problema organizacional, no buscando culpables, sino efectos causales en cada uno de ellos. Ante un profesional con síntomas de desgaste emocional, debemos cuestionarnos si nos encontramos pues ante un profesional quemado o es la organización que “arde” y que de alguna manera está provocando el desgaste.

Otro aspecto importante es la necesidad de unificar criterios sobre la conceptualización y medición del síndrome. La amplia utilización del MBI para evaluarlo, ha generado que se conceptualice habitualmente según las dimensiones de esta escala, un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Por contra, las nuevas líneas de evaluación del síndrome hacen referencia a considerar la dimensión de RP mas como un factor independiente que como una dimensión interna del síndrome, es decir, como una consecuencia del desgaste²³. Esto supone modificaciones a la hora valorar los elementos que intervienen en el mismo.

Se debe seguir estudiando pues, sobre los instrumentos de evaluación, debido a los problemas teóricos y psicométricos del MBI. Tal como se ha mencionado, es un instrumento de medida muy sensible y poco específico que detecta básicamente situaciones de estrés emocional y quizás no todo el estrés emocional sea SDP. Actualmente están apareciendo nuevos modelos e instrumentos que pretenden encontrar un método de evaluación con el que se obtenga una puntuación global del síndrome.

A nivel clínico, ya se ha ido hablando de la estrecha relación del síndrome con los factores laborales que favorecen su aparición, pero la sintomatología es

claramente de tipo emocional. Por tanto, conviene preguntarse de quien es competencia su diagnostico, quien puede sospechar su inicio o aparición, y quien se hace cargo del seguimiento, o tratamiento si se considera preciso. Es competencia de salud mental, o forma parte de la atención en salud laboral?

Las organizaciones necesitan también Instrumentos de evaluación con validez psicométrica para poder realizar una evaluación adecuada de los riesgos psicosociales y en particular del SDP. Escasean los instrumentos de medida estandarizados y validados. Deberíamos plantearnos quizás como poder evaluar el grado de salud y satisfacción de los trabajadores en el trabajo, para elaborar un diagnostico del clima de trabajo (medición periódica del clima organizacional), a nivel preventivo, de manera previa a evaluar el grado de enfermedad de dicha organización, antes de que ésta enferme. Para ello, es oportuno conocer el grado de satisfacción de los profesionales para poder actuar sobre las variables que lo condicionan. Al medir pues la satisfacción, se esta comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos. Su conocimiento puede pues, constituir un método en si mismo que permita identifica problemas u oportunidades de mejora que repercutan en la calidad de los servicios prestados.

La prevención de la insatisfacción y el SDP debe incluir pues, dos niveles, el individual y organizacional. Es imprescindible a nivel individual, ya que como dice Donald Meinchebaum² (1987), el estrés es un componente normal de la vida diaria y el objetivo no es eliminarlo, sino responder de una forma adaptativa a las situaciones estresantes. Es pues necesario el conocimiento de recursos adaptativos eficaces para poder hacer frente a las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol. En este sentido, es importante también hablar de los factores protectores, a través del desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan mantener un equilibrio entre las necesidades y exigencias internas del sujeto y las ambientales. Y es esencial señalar la importancia del cuidado de las organizaciones hacia los equipos de profesionales, tomando consciencia de las necesidades de los mismos, y según éstas, adoptar las medidas necesarias.

A nivel organizacional, se debe garantizar un ambiente laboral más humano y más adaptado a sus necesidades y aspiraciones. Y para ello es necesario identificar los puntos del sistema sanitario que ponen más en peligro la salud de los profesionales para establecer estrategias de mejora, identificando las aéreas de mejora y seleccionando acciones prioritarias sobre las que se debe incidir.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la ayuda a mi director de proyecto, Dr. Pau Gracia, por el soporte y el material que me ha proporcionado a lo largo del proceso.

También agradecer a mi tutor, el Dr. Miquel Mira, la supervisión y orientación metodológica a la hora de escoger y definir el tema y posteriormente, ordenar las ideas.

Y a todos los profesores del Máster por los conocimientos que me han transmitido y la paciencia durante todo el periodo de formación.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Ortega,C. y López Rios,F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4(1):137-60
- ² Olivar Castrillon,C., Gonzalez Moran,S., Martinez Suarez,M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los medios de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;23(6):352-59
- ³ Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria* 2003; 31: 524-26
- ⁴ Gil-Monte,P.,Peiró,JM. Desgaste profesional en el trabajo: síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997
- ⁵ Gaynés,E.,Gimenez,M.,Portell,M. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7(3):101-8
- ⁶ Cebrià,J. Distres crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten.Primaria* 2003;31(9):564-74
- ⁷ Gil-Monte, P. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*. 1999; 15(2):261-68
- ⁸ Gonçalves Estella, J. Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina General* 2002;43:278-83
- ⁹ Sos Tena,P. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam* 2002; 12 (10): 613-619
- ¹⁰ Molina Siguero,A. y cols. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(9):564-74
- ¹¹ Molina Siguero,A. y cols. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(9):564-74
- ¹² Grau,A., Suñer, R., García, M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* 2005;19(6):463-70
- ¹³ Soler, JK et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 2008; 25(4):245-65
- ¹⁴ Cebrià,J. y col. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68
- ¹⁵ Esteva, M. Larraz,C.y Jimenez,F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev. Clin. Esp.* 2006;206(2):77-83
- ¹⁶ Bencomo, J. Paz,C., Liebster,E. Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Invest.clin* 2004; 45(2) 113-20
- ¹⁷ Sobrequés,J., Cebrià,J., Segura,J. Garcia, M. y Juncosa,S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten.Primaria* 2003;31(4):227-33
- ¹⁸ Cooper, C. L, Rout, U.,Faragher,B. Mental health, job satisfaction, and stress among general practitioners. *BMJ* 1989 ;298 :366-70
- ¹⁹ Acámer Raga,F., López Arribas, C., López Torres Hidalgo,J. Satisfacción laboral de los profesionales

sanitarios en atención primaria. Aten Primaria. 1997;20:401-7

²⁰ Robles-García, M. et al. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac Sanit . 2005, vol.19(2):127-34

²¹ Van Ham, I. et al. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. Europe. European Journal of General Practice.2006;12:174-80

²² Caballero,MA. Y col. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten Primaria.2001; 31(5):313-17

²³ Moreno Jimenez, B. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten. Primaria 2006;38(10):544-9

²⁴ Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Rev Psicol Trabajo Org.1997;13:185-207

²⁵ Martín,J. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) Gac Sanit 2004;18 (2) 129-36

²⁶ Mingote Adan, J.C. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. Med Clínica 2004; 123(07):265-70.