

¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos?

J.L. Tizón

LECTURA RÁPIDA

Al tiempo que el tema se va generalizando algunos tendemos a sentir una cierta desazón.

Promover que se re-piense el tema de forma más global y podamos reinformarnos asimismo de manera más amplia y global.

¿Por qué hablamos de *burnout*, o de «profesionales quemados», y no de «trastornos psicopatológicos de los profesionales»?

Si ustedes se detienen a pensar sobre los «síntomas» que componen el «síndrome», verán que pertenecen trastornos depresivos, trastornos «por ansiedad excesiva», trastornos adaptativos y trastornos de personalidad, fundamentalmente.

El tema del *burnout*, de los «profesionales quemados», está cobrando cada día más actualidad³⁻⁶ desde los primeros estudios de Maslow^{1,2}. Y no puede ser menos, dadas las situaciones en las que nos vemos obligados a trabajar cada día los «profesionales asistenciales» en gran parte de los países del mundo, incluso en los países «tecnológicamente avanzados». Posiblemente, en estos países se nota más la situación, por la aparente paradoja que puede suponer un nivel tecnológico que, a pesar de su aparente «desarrollo», desdén los cuidados comunitarios, los personales, la solidaridad, la equidad o, si se quiere, la aplicación al ámbito laboral de otro tipo de tecnologías diferentes de las mecanizadas: las tecnologías de lo psicológico y lo psicosocial. Pero, al tiempo que el tema se va generalizando con la publicación de estudios científicos en las revistas profesionales y en los medios de comunicación en general, algunos tendemos a sentir una cierta desazón que vale la pena comunicar como reflexiones compartibles. Reflexiones que hoy día preferimos no dedicarnos a basar en «evidencias» y «pruebas», pues se trata, por un lado, de promover su discusión y, también, de facilitar el que se re-piense el tema de forma más global y podamos reinformarnos asimismo de manera más amplia y global.

Psiquiatra de Atención Primaria. Psicólogo.
Psicoanalista. Unidad de Salud Mental de Sant Martí.
Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Correspondencia:
J.L. Tizón.
Unidad de Salud Mental.
Pza. de la Infancia, s/n.
08020 Barcelona. España.
Correo electrónico: jtizon.pbcn@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 15 de diciembre de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 15 de diciembre de 2003.

Además, quiero dejar claro desde el principio que para discutir estos extremos no nos mueve ningún criterio «de escuela» o «sectario»: de hecho, nosotros mismos hemos contribuido a difundir el interés por el tema, preocupándonos por éste desde al menos 1976. Y tanto en escritos⁷⁻⁹ como en actividades formativas y de apoyo a los profesionales asistenciales de diversos campos: con técnicas como los grupos Balint, los grupos de reflexión, las técnicas observacionales y de supervisión, la docencia, la tutoría... O, más directamente, ayudando a difundir los primeros estudios autóctonos sobre el tema, como los de Mingote^{10,11}.

Pero el concepto de *burnout* y los estudios consecutivos creemos que poseen una serie de problemas sobre los cuales nos gustaría reflexionar. Entremos en el primero, al que ya aludíamos desde el título: ¿por qué hablamos de *burnout*, o de «profesionales quemados», y no de «trastornos psicopatológicos de los profesionales»? Se nos dirá que el *burnout*, el «síndrome del quemado» o, como nosotros mismos hemos dicho durante años, el «síndrome del desengaño», —que implica haber estado engañado en un momento anterior, no lo olvidemos—, es un término más descriptivo y específico. O que el *burnout* no tiene por qué suponer un trastorno psicopatológico. Pero si ustedes se detienen a pensar sobre los «síntomas» que componen el «síndrome», incluso por parte de sus difusores²⁻⁴, verán que pertenecen a categorías psicopatológicas bien claras: trastornos depresivos, trastornos «por ansiedad excesiva», trastornos adaptativos y trastornos de personalidad, fundamentalmente. Se nos dirá entonces que por qué hay que calificar los sucesos psicosociales con categorías o conceptos psicopatológicos. Cierto. Pero entonces no se debería hablar de enfermedad, de diagnóstico y de tratamiento..., a menos que el concepto sea más exacto (con mayor intensidad nuclear y

menor extensión nuclear) que los conceptos psicopatológicos. En último extremo, en ambos casos se trata de dos tipos de metáforas: la psicopatológica por un lado y la conductual o conductista por otro. Usar la una o la otra debería depender de las ventajas que cada una suponga para el estudio del tema. Y si bien puede decirse o pensarse que los conceptos psicopatológicos no son tan exactos y precisos como los biológicos (cosa discutible, desde luego), una noción estrictamente metafórica lo es aún menos. Con el inconveniente, no sólo teórico, sino también metodológico, que se deriva de la misma: hacer estudios sobre conceptos poco definidos o metafóricos puede llevar a confusiones y pérdida de información en los estudios... Y, en ese sentido, no se puede dudar de que los conceptos psicopatológicos están mucho más desarrollados, verificados y probados que conceptos como el *burnout* o el «síndrome de Tomás».

Digámoslo directa y un poco crudamente: ¿no será que nos duele decir de nosotros mismos y nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos, con problemas relacionales o de relación en el trabajo irresolubles? ¿O es que el trabajador manual o el ejecutivo de altos vuelos, pueden estar deprimidos, ansiosos o, en general, padecer trastornos psicopatológicos y nosotros, los miembros de las profesiones asistenciales, necesitamos una terminología especial? Y si es así, ¿es por necesidad científica, para describir nuevos fenómenos o por puro narcisismo de grupo, para no sentirnos heridos por la crudeza de la verdad de que nosotros también podemos padecer trastornos mentales, como el resto de la población o, tal vez, con una incidencia ligeramente superior?

En toda depresión, trastorno por ansiedad excesiva, trastorno de personalidad o en todo trastorno psicopatológico hay unos determinantes y factores de riesgo externos, de la realidad externa, y unos determinantes o factores de riesgo de la realidad interna —emociones e impulsos, esquemas cognitivo-emocionales, personalidad o tendencias relacionales básicas—. Es el conjunto de factores de riesgo, contrapesados por los factores de contención o resiliencia, lo que hace aparecer o no el trastorno. En unas ocasiones pesan más los unos y en otras ocasiones, personas o trastornos,

pesan más los otros. Pero son cuadros sindrómicos más que experimentados y valorables, tanto para los estudios científicos como para ajustar nuestra asistencia a los mismos. Ciertamente, hay condiciones de trabajo que pueden facilitar el desencadenamiento o agravamiento de trastornos psicopatológicos. También es cierto que, *in extremis*, existen situaciones laborales que, si no pueden ser cambiadas, producirán una psicopatología segura (por cierto, ya hace decenios que se conoce la necesidad de años sabáticos o cambios de especialidad, temporal o no, para los profesionales de urgencias, de cuidados intensivos, de neonatología, de magisterio, de la enseñanza en general..., sin que se haga casi nada al respecto). Y entonces ¿no sería más útil hablar del trastorno psicopatológico «x» (depresivo, por ansiedad excesiva, adaptativo...) que de *burnout* —que, además, no es término castellano, sino otra facilitación para el desarrollo del «castanglés» y el dominio imperial de lo anglosajón—? ¿Qué ganamos y qué perdemos con ese cambio? Los partidarios del término y el concepto hacen hincapié en su (relativa) especificidad y en que hace referencia directa a las condiciones de trabajo, que si no se pasan por alto a menudo. Pues es cierto. Pero es cierto si (o porque) en nuestra práctica profesional nos dejamos invadir por analogías y supuestos saberes biológicos con gran desprecio de lo psicosocial. Si la genética y los neurotransmisores determinan todos los trastornos mentales, los problemas de conducta (alcoholismo, cleptomanía, tabaquismo y hasta la homosexualidad y el juego patológico), si todo es biología, ¿para qué investigar las condiciones de vida en general, trabajo incluido, que son factores de riesgo sociales y psicosociales de todos los trastornos mentales? ¿Para qué investigar cómo se vive y se relaciona el sujeto en su trabajo, con sus allegados, con sus familiares, es decir, los factores de riesgo psicológicos y psicosociales? Se trata de una secuencia bien conocida: primero admitimos una amputación radical de nuestra perspectiva y, después, ¿intentamos salvarnos a nosotros mismos y a nuestros compañeros de esa amputación? Creemos que ahí los prejuicios tanto teóricos como de clase social desempeñan un papel importante, y como nos sentimos tan distin-

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ No se puede dudar de que los conceptos psicopatológicos están mucho más desarrollados, verificados y probados que conceptos como el *burnout* o el «síndrome de Tomás».

▼ En toda depresión, trastorno por ansiedad excesiva, trastorno de personalidad o en todo trastorno psicopatológico hay unos determinantes y factores de riesgo externos, de la realidad externa, y unos determinantes o factores de riesgo de la realidad interna —emociones e impulsos, esquemas cognitivo-emocionales, personalidad o tendencias relacionales básicas—. Es el conjunto de factores de riesgo, contrapesados por los factores de contención o resiliencia, lo que hace aparecer o no el trastorno.

▼ Los partidarios del término y el concepto hacen hincapié en su (relativa) especificidad y en que hace referencia directa a las condiciones de trabajo, que si no se pasan por alto a menudo.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



Con la influencia del psicoanálisis, muchos de los trabajadores de la salud mental pensamos y practicamos nuestra profesión en sentido contrario: partiendo de la idea de que nosotros mismos padecemos trastornos psicopatológicos; que todos o casi todos llegamos a padecerlos en algún momento de nuestras vidas y que en determinadas profesiones, tal vez la incidencia sea incluso mayor.



Partimos, pues, de que los padecemos y de que son similares y comparables con los del resto de la población.



Otro argumento a favor de la noción de *burnout* y similares es que, si se apunta a las condiciones de trabajo, es más fácil determinar el problema y solucionarlo. Lo dudamos: primero, porque apuntar a las condiciones de trabajo puede facilitar la proyección de los propios problemas en temas de trabajo y no cuidar los determinantes psicológicos.



tos del trabajador manual o de otros trabajadores, ¿necesitaremos conceptos diferentes para explicar nuestros sufrimientos?

Hace más de un siglo que, con la influencia del psicoanálisis, muchos de los trabajadores de la salud mental pensamos y practicamos nuestra profesión en sentido contrario: partiendo de la idea de que nosotros mismos padecemos trastornos psicopatológicos; que todos o casi todos llegamos a padecerlos en algún momento de nuestras vidas y que en determinadas profesiones, tal vez la incidencia sea incluso mayor¹². En ese sentido, los profesionales de orientación psicoanalítica y, más tarde, los terapeutas de grupos, los profesionales de orientación humanística y muchos de orientación cognitiva hemos llegado a pensar que se necesitan sistemas para el cuidado psicológico de los profesionales de la salud mental. Y no sólo eso: los profesionales influidos por el psicoanálisis pensamos que la mejor forma de conocer, comprender y empatizar con los trastornos psicopatológicos de la población es conocer y trabajar nuestros propios conflictos y cuadros psicopatológicos. Partimos, pues, de que los padecemos y de que son similares y comparables con los del resto de la población.

Es cierto que las profesiones que se supone que trabajan en las relaciones humanas implican mayores riesgos psico(pato)lógicos. Ciertamente: maestros, médicos de determinadas especialidades, enfermeras, policías... Pero ¿qué me dicen ustedes de los mineros, los marinos, los tripulantes de submarinos, los dos mil o tres mil millones de seres humanos que no tienen un trabajo digno y pasan hambre en el mundo? ¿Sus factores de riesgo no serán parecidos o incluso mayores que los nuestros?

Otro argumento a favor de la noción de *burnout* y similares es que, si se apunta a las condiciones de trabajo, es más fácil determinar el problema y solucionarlo. Lo dudamos: primero, porque apuntar a las condiciones de trabajo puede facilitar la proyección de los propios problemas en temas de trabajo y no cuidar los determinantes psicológicos (intrapersonales y relacionales) de ese trastorno o *burnout*. «*Es por el trabajo, no porque yo no haga/piense/quiera...*» Segundo, porque hay condiciones de

trabajo que se sabe que son patógenas (p. ej., el trabajo a turnos cambiantes con frecuencia) y no parece que hoy día los médicos estemos levantando nuestra voz con fuerza sobre esos temas que sabemos que son «psicosomáticamente» patógenos para todo tipo de profesiones. ¿Tal vez para no enfrentarnos con los poderes económicos que los mantienen, que son los mismos que organizan nuestras condiciones adversas de trabajo? Tercero, porque, si la noción está menos definida, da lugar a mayores errores de determinación, de diagnóstico, a más cantidad de «falsos positivos» y «falsos negativos». Cuarto, porque en el ámbito asistencial, esta noción, tal vez parcial además de metafórica, puede «cegarlos» para atender a los componentes relacionales e intrapersonales del trastorno de ese compañero y, por tanto, para atenderle de forma eficaz —necesariamente globalizadora—. ¿Conocen ustedes estudios que observen 5 años después la evolución de los profesionales quemados «tratados» con supuestos tratamientos específicamente dirigidos a ese síndrome? En nuestra ignorancia, nosotros no los conocemos. Sí a corto plazo, claro. Pero es que, en salud mental, cualquier estudio que exhiba supuestas eficacias o eficiencias de tratamientos y que no las compruebe a nivel biológico, psicológico y social y a un mínimo de 5 años vista tiene hoy día la misma fiabilidad... que la que nos pueda merecer la honestidad de los técnicos que han hecho el estudio; incluso en el caso de los psicofármacos, desde luego, donde esos estudios a largo plazo y biopsicosociales brillan por su ausencia^{13,14}.

En resumen: tal vez creer que son las condiciones de trabajo por sí solas las que desencadenan trastornos psicopatológicos o el propio *burnout* puede ser una idea excesivamente simplificadora. El problema principal es que puede llevarnos a colaborar en la proyección del paciente-compañero, a ver los problemas sólo fuera y no fuera y dentro de nosotros mismos —en nuestra forma de vivir las relaciones y los problemas—. Eso no debe significar despreciar el influjo de los problemas laborales como factores de riesgo, desde luego. En algunos casos, como factores determinantes o de alto riesgo. Al contrario, debe suponer un contextualizar el tema para

ayudar mejor a nuestros compañeros o a nosotros mismos cuando nos encontremos en esa situación. Significa que necesitaremos ayudas no sólo laborales (sistemas de apoyo psicológico, cambios de trabajo, excedencias, cambios de turnos, años sabáticos...), sino también personales (ayudas psicológicas, familiares, grupos de autoayuda, solidaridad, solidaridad, solidaridad...).

¿Que la perspectiva psicopatológica puede parecer que quita importancia a las situaciones laborales? Al contrario: radicaliza su importancia... y la responsabilidad de quienes mantienen esas condiciones laborales. No sólo producen *burnout*, o «síndrome del desengaño profesional», como preferíamos llamarlo anteriormente, sino que producen depresiones, trastornos adaptativos, trastornos por ansiedad excesiva, etc. Trastornos psicopatológicos, es decir, problemas que afectan a todas las áreas de relación de la persona, del compañero. Por tanto, la responsabilidad de los que no hacen cambios en esas condiciones es mayor, no menor.

En resumen: enfocar los problemas psico(pato)lógicos nuestros y de nuestros compañeros desde la perspectiva del *burnout* o el «síndrome de Tomás» tal vez facilite tres o cuatro tipos de problemas. Por un lado, uno teórico: quizá facilite simplificaciones abusivas de la realidad, simplificaciones de tipo conductual o conductista hoy día ya sobrepasadas por los propios conductistas y sus sucesores, los profesionales cognitivo-conductuales. En segundo lugar, el problema técnico o asistencial del que hemos hablado: la asistencia a nuestros compañeros será más parcial... e ilusoria. En tercer lugar, puede facilitar problemas pragmáticos: con perspectivas así se imaginan y crean estudios y servicios para los que padecen *trastornos de alimentación*, servicios y conceptos sub-sub-especializados en los *anti-como-mucho* y los *anti-como-poco*. Como se crean subespecialidades y servicios para el juego patológico, la adicción a Internet, la adicción al trabajo, la «disfunción eréctil», la adicción al sexo, los «trastornos de memoria», el *burnout* profesional y un largo etcétera. Se crean servicios y no *programas* –para algunos casos especialmente complejos y para formarnos a todos en esos temas–. El primer moribun-

do en esa batalla son los servicios generalistas de atención primaria, salud mental, psicología y psiquiatría clínicas, etc. Por último, el cuarto tipo de problemas consiste en que con esas perspectivas parcializadas tal vez se facilita el *a-politicismo* o, al menos, una serie de errores ideológicos y políticos: gracias a la magia de la «técnica» y la «superespecialización» podemos hacernos la ilusión de que los profesionales no tenemos que hacer política y participar en las preocupaciones sociales de tipo ideológico, político y sindical en la defensa de nuestras condiciones de trabajo y nuestras comunidades.

Además, una perspectiva más global, dada la gravedad actual del problema del cual estamos hablando, debería empujarnos a actuar en campos tales como la formación pregrado y posgrado: no es muy aventurado afirmar que, tal como se está haciendo hoy día esa formación en nuestro país, supone una facilitación para que profesionales a los que no se forma y entrena en relaciones asistenciales fracasen luego en las profesiones asistenciales. Una grave responsabilidad de la Universidad y los organizadores de las especialidades medicoquirúrgicas (y, sobre todo, de especialidades como la atención primaria, las disciplinas de la salud mental, la psiquiatría y psicología clínicas...) ^{13,14}.

Esta perspectiva también debería empujarnos a mejorar los sistemas de formación continuada y los sistemas que englobamos bajo el término de «cuidado de los cuidadores». Nos jugamos nuestra salud (mental) en ello, no sólo nuestro trabajo o la satisfacción en el mismo. Si un buen funcionamiento de equipo es una forma de protección comprobada en la psicopatología vinculada a problemas laborales (y su mal funcionamiento, un factor de riesgo, no lo olvidemos), ello debería impulsarnos a reflexionar, formarnos y supervisar nuestro trabajo en grupo y en equipo, tema que no se aprende por «sentido común» y «experiencia», salvo en algunos casos (y con gran sufrimiento entonces casi siempre). Es decir: prevenir nuestro *burnout*, nuestro «desengaño», nuestro «desgaste profesional», significa comenzar a trabajar por una perspectiva mucho más holística, biopsicosocial, de muchas especialidades sanitarias. Y significaría hacer hincapié y trabajos por

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Creer que son las condiciones de trabajo por sí solas las que desencadenan trastornos psicopatológicos o el propio *burnout* puede ser una idea excesivamente simplificadora.

▼ Enfocar los problemas psico(pato)lógicos nuestros y de nuestros compañeros desde la perspectiva del *burnout* o el «síndrome de Tomás» tal vez facilite tres o cuatro tipos de problemas.

▼ Quizá facilite simplificaciones abusivas de la realidad, simplificaciones de tipo conductual o conductista

▼ La asistencia a nuestros compañeros será más parcial... e ilusoria.

▼ Se crean servicios y no *programas* –para algunos casos especialmente complejos y para formarnos a todos en esos temas–. El primer moribundo en esa batalla son los servicios generalistas de atención primaria, salud mental, psicología y psiquiatría clínicas, etc.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



Prevenir nuestro *burnout*, nuestro «desengaño», nuestro «desgaste profesional», significa comenzar a trabajar por una perspectiva mucho más holística, biopsicosocial, de muchas especialidades sanitarias. Y significaría hacer hincapié y trabajos por mejorar todos los recursos de solidaridad y de autogestión solidaria que sea posible en nuestras relaciones.

mejorar todos los recursos de solidaridad y de autogestión solidaria que sea posible poner en marcha en nuestros servicios, en nuestras sociedades, en nuestras instituciones, en nuestras familias y, en general, en nuestras relaciones. Todo un programa de trabajo que, si se hace desde la esperanza solidaria en grupo, ya puede suponer en sí mismo una resistencia contra el «desgaste profesional» o la «psicopatología del profesional facilitada por las condiciones laborales».

Bibliografía

- Maslow C. Burned-out. *Hum Behav* 1976;5: 16-22.
- Maslow C. *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1982.
- Saura J. Factores desencadenantes del desgaste profesional. *Humana* 2002;6:12-21.
- Cebriá J. El burnout como fracaso de los recursos de adaptación internos. *Humana* 2002; 6:12-27.
- De Pablo R. ¿Se puede prevenir el síndrome de burnout en Atención Primaria? *Humana* 2002;6:27-33.
- García S. La qualitat de vida profesional a la Divisió d'Atenció Primària. *Primàrics* 2001;12:9-10.
- Tizón JL. Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de la salud mental. *Revista Mensual/Monthly Review* 1981;4:39-55.
- Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1988.
- Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria* 2000;26:111-9.
- Mingote JC. Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, 1995.
- Mingote JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998;5,8:493-503.
- Bofill P, Tizón JL. Qué es el psicoanálisis: orígenes, temas e instituciones actuales. Barcelona: Herder, 1994.
- Tizón JL. Investigación y docencia en salud mental (I): reflexiones para el clínico antes de la autoinmolación. *Rev Esp Neuropsiquiatr* 2001;21:69-96.
- Tizón JL. Investigación y docencia en salud mental (II): ¿queda algún futuro para la «Asistencia Centrada en el Consultante» y el pensamiento clínico? *Rev Esp Neuropsiquiatr* 2001;21:73-101.