

EL MÉDICO Y EL BURNOUT

Jesús J. de la Gándara

Jefe de Servicio de Psiquiatría, Área de Burgos

Ramón González Corrales

Centro de salud de Piedrabuena (Ciudad Real)

Grupo de salud mental de SEMERGEN

INDICE

INTRODUCCION

¿QUÉ ES EL *BURNOUT*?

- Definiciones y características generales
- Delimitación del concepto de *burnout*

¿QUÉ LES SUCEDE A LAS PERSONAS QUE PADECEN *BURNOUT*?

- Repercusiones personales y familiares
- Repercusiones laborales

¿CÓMO SE DETECTA Y SE MIDE EL *BURNOUT*?

¿CUÁNTAS PERSONAS PADECEN *BURNOUT*?

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL *BURNOUT*?

- Factores relacionados con el trabajo clínico
- Factores dependientes de las características individuales
- Factores relacionados con el puesto de trabajo y la organización

¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA PREVENIR EL *BURNOUT*?

1. Manejo y adaptaciones personales
2. Manejo social e institucional
3. Técnicas cognitivas para el autocuidado emocional
4. Tratamiento farmacológico del *burnout*
5. El médico enfermo

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El síndrome *burnout* está de moda y, en el ámbito de la medicina, son muchas las publicaciones que últimamente están apareciendo sobre el tema, tanto en forma de revisiones como de trabajos de investigación. En ellos suelen preponderar los aspectos teóricos, en los que se especula sobre las posibles causas o soluciones de una forma bastante general, pero se presta menos atención a lo que el médico puede aprender a hacer, personalmente, para prevenirlo. En este pequeño manual hemos tratado de darle mayor peso a reseñar recursos prácticos que el médico puede cultivar para cuidarse a sí mismo. No hemos obviado los aspectos teóricos básicos, ni tampoco la importancia que los aspectos laborales tienen en el desarrollo de síndrome, pero nos ha parecido importante resaltar que, en una profesión como ésta hay un oficio necesario, un aprendizaje de recursos psicológicos y humanísticos que tienen que formar parte de la profesionalidad de todo médico. Va en ello, probablemente, la satisfacción personal y parte de la eficacia profesional. Evidentemente en esta extensión de páginas es

imposible aportar toda la información relevante, pero hemos intentado mostrar algunas actitudes y recursos que pueden ejercitarse y que, por desgracia, no nos enseñaron de forma sistemática, en nuestro proceso de formación en la mayoría de los casos.

La actitud principal para prevenir el *burnout* es la de tratar de ser activos y no caer en el victimismo. “*Siempre está oscuro antes de encender la luz*” decía Paul Watzlawick en su *Teoría de la comunicación humana*. Hay que intentar buscar salidas, utilizar el conocimiento para indagar nuevas perspectivas de abordar los problemas, con alta tolerancia a la frustración y mucho sentido del humor. Hemos tratado de utilizar nuestra propia experiencia, lo que hemos sentido, lo que hemos sufrido, lo que hemos compartido, para buscar un efecto de identificación que pueda ser alentador, porque a casi todos nos ocurren las mismas cosas y tenemos emociones similares.

Ofrecemos algunos consejos que se sabe son eficaces, pero que a menudo olvidamos practicar, y mostramos algunos recursos provenientes de la psicoterapia cognitiva que pueden ser útiles para desarrollar un método de “autocuidado” que, es sobre todo, un entrenamiento entretenido. No basta con leerlos: hay que llevarlos a la práctica con constancia e insistencia, pero sin agobios ni disciplinas excesivas. Si nos quedamos solo en leerlos es como si hubiéramos leído un manual de cómo jugar al fútbol, y pretendiéramos con ello saber regatear y meter goles.

A pesar de todo lo que podamos aprender siempre puede haber situaciones que nos desborden o emociones que no podamos controlar. Si eso ocurre ha llegado el momento de pedir ayuda, y para eso están los propios compañeros, la familia, o los profesionales de la salud mental.

El manual ha surgido de la colaboración entre un médico de familia y un psiquiatra que además trabajamos en escenarios muy distintos: un pueblo pequeño y un hospital grande. Ambos vemos enfermos todos los días en condiciones reales y llevamos muchos años de profesión, lo que supone que “no vemos los toros desde la barrera”. Hemos experimentado muchas de las emociones de las que hemos escrito y somos conscientes de haber estado a veces al cabo del síndrome, aunque ambos hemos logrado aprender a evitarle o superarle. Llevamos años reflexionando sobre el *burnout* y eso nos ha ayudado a percibir las dificultades que sufren los médicos en la actualidad, pero a la vez hemos apreciado más si cabe la grandeza que implica ser médico. Uno de los aspectos esenciales es la comunicación. Lo poco o mucho que sabemos, lo sabemos entre todos y lo que ignoramos nos perjudica a todos. La comunicación es solidaridad entre nosotros. Construir un entramado de ayudas, para que cada uno pueda actuar de médico de sí mismo y de sus compañeros es un gran reto, pero también una generosa tarea que nos ayudará a contemplar el futuro con optimismo.

¿QUE ES BURNOUT?

Definiciones y características generales

El término "*Burnout*" no existe en español, ni hay ninguno que pueda sustituirle. Se trata de una palabra que se utilizaba frecuentemente por los deportistas, para describir una situación en la que, en contra de las expectativas favorables, un atleta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. La traducción al castellano podría significar algo así como "estar quemado". En el contexto de la medicina, fue utilizado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, un psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario en una clínica para toxicómanos de Nueva York, y que debía ser muy buen observador, ya que se percató de que sus compañeros de trabajo, la mayoría jóvenes idealistas, repetían con mucha frecuencia el mismo proceso. Al principio llegaban llenos de ilusión, con ganas de cambiar el mundo en forma de entregarse a los demás de una forma altruista. Sin

embargo, poco a poco, esas ilusiones se iban perdiendo al contacto con la realidad del mundo de la droga y, aproximadamente al año, un porcentaje importante de ellos tenían trastornos emocionales. Se sentían tristes y con otros síntomas de cansancio emocional. Además mostraban conductas poco comprensivas hacia los pacientes y, en algunos casos, mostraban distintos grados de hostilidad hacia ellos, a los que tendían a culpar de su estado. Eligió el nombre de *burnout* –el mismo que utilizaban para referirse a los efectos del consumo crónico de drogas sobre sus pacientes- para definir *un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo*.

Creía que las personas idealistas, optimistas e ingenuas y que se entregaban en exceso al trabajo para conseguir “una buena opinión de sí mismos” tenían más riesgo de desarrollarlo. Este tipo de características podían producir una alta motivación y compromiso profesional al principio, pero también una pérdida posterior de los elevados y costosos ideales en forma de mal rendimiento laboral, baja autoestima, diversos tipos de perturbación emocional y un aislamiento en las relaciones. Lo fundamental sería un *trastorno adaptativo por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas del trabajo con personas*. Habría un fracaso en la búsqueda del sentido existencial personal a través del trabajo y se produciría un *desequilibrio prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto entre unas excesivas exigencias laborales (que generan un esfuerzo crónico) y una falta de refuerzos adecuados*.

Por la misma época (1976) **Cristina Maslach** también estudiaba las respuestas emocionales que se producían entre las personas que trabajaban en profesiones de ayuda. En 1977 dentro del congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos usó el término *burnout* -que también utilizaban los abogados californianos para referirse a los compañeros que habían desarrollado cinismo sobre la profesión y habían perdido responsabilidad – para describir una situación que se producía, cada vez con mayor frecuencia, entre los trabajadores de los servicios humanos consistente en el hecho de que, después de meses de trabajo y dedicación, terminaban agotándose emocionalmente. Junto con Jackson (1986) creó la definición más conocida y aceptada:

El síndrome de burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar.

En España se viene usando una denominación, sin autor conocido de la misma, muy poco rigurosa pero muy cierta e ingeniosa de este síndrome. Lo llamamos “Síndrome de Sancho”, y tiene tres fases: Sancho el Bravo, Sancho el Fuerte, y Sancho Panza...

Pues bien, a nivel científico se ha evidenciado que el *burnout* se compone de tres factores o dimensiones:

- **Agotamiento emocional.** Es el rasgo fundamental y supone síntomas de pérdida de energía, de agotamiento físico y psíquico y una sensación de estar al límite, de no poder dar más de sí mismo a los demás. Puede incluir síntomas indistinguibles de los depresivos.
- **Despersonalización.** Para protegerse el sujeto puede desarrollar un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los demás, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, mostrándose distanciado, cínico, utilizando etiquetas despectivas para referirse a los demás, o tratando de culparles de sus frustraciones y del descenso de compromiso laboral.

- **Baja realización personal.** Es una sensación de inadecuación personal profesional para ejercer el trabajo. Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso. Sería una dimensión relativamente independiente de las anteriores.

Hay **otras definiciones** que incluyen algunos matices distintos:

En 1984 **Brill** lo conceptualiza como *un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto en el ámbito de su rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas.* Así las personas que son capaces de superarse por su propio esfuerzo no podrían considerarse “quemadas”. Este es un matiz muy importante porque trataría de crear una frontera (difícil en la práctica) entre el “realmente quemado” -que ya no puede ayudarse a sí mismo y precisa ayuda externa- y el que aún puede luchar personalmente por salir de una situación de cansancio profesional que no podría ser diagnosticado de “quemado” aunque él pudiera considerarse como tal. El síndrome podría desarrollarse en cualquier trabajo.

En 1988 **Pines y Aronson** lo definen como *el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la implicación crónica en el trabajo en situaciones especialmente demandantes.* Estas excesivas demandas también se pueden dar en profesiones distintas a las de ayuda o servicio directo al público como la política, el comercio o en puestos directivos. El factor mediador más importante serían las condiciones laborales objetivas.

Diversos autores han estudiado el **orden en que se desarrollan las distintas fases del burnout.**

- Golembiewsky y cols postulan que la *despersonalización* se daría al principio de tal forma que se vería a los clientes como culpables de sus propios problemas. A continuación vendría un *descenso en el sentimiento de realización o competencia* personal y profesional; finalmente esto llevaría a un *cansancio o agotamiento emocional*. Para ellos la dimensión cansancio emocional sería la más característica del *burnout* avanzado.
- Leiter propone como fase inicial el *cansancio emocional*, al cual se reaccionaría con el aislamiento, mediante la *despersonalización* ejercida hacia los clientes, repercutiendo todo ello en una *baja realización personal*, llegando así al síndrome de *burnout*.
- Samuel H. Klarreist define el *burnout* como un proceso de progresivo deterioro emocional que podría describirse en cuatro fases, cuyo orden no tiene que ser necesariamente el que se ilustra a continuación, si bien parece el más plausible.

1ª fase de ilusión o entusiasmo. El sujeto se encuentra preparado psicológica y físicamente para “comerse el mundo”, transformarlo, hacerlo mejor, triunfar en suma. Todos sus pensamientos están dirigidos a conseguir el gran éxito de su vida. Esta fase podría coincidir con el comienzo del trabajo y es la de las grandes ilusiones, energías, expectativas y necesidades.

2ª fase de “desilusión”. Comienza a aparecer insatisfacción por la confrontación de las exageradas expectativas con la realidad. Aunque el sujeto esté desorientado y confuso y al mismo tiempo impaciente por conseguir el éxito, sigue manteniendo la idea de trabajar duro. Se encontrará irritado, desilusionado, más inseguro y habiendo perdido algo de su confianza, pero sigue pensando en trabajar.

3ª fase de “frustración”. Se caracteriza por la desesperación, la irritabilidad, la falta de moderación y la frustración. Comienza a culpar a otros de su falta de éxito y a la vez que pierde el entusiasmo, comienza a ser más escéptico, duro y cínico,

desatendiendo las responsabilidades del trabajo. Gradualmente pierde confianza en su propia capacidad. A veces trata de superar esta fase trabajando todavía con más ahínco lo que hace que sus compañeros no sospechen su problema.

4ª fase de "desesperación". En un determinado momento tiene la sensación de que todo está perdido de que sus expectativas y sueños nunca se realizarán. Aparece un tremendo sentimiento de fracaso, apatía, sensación de desgracia, aislamiento y soledad. En este momento puede llegar a tener un cuadro indistinguible de depresión clínica.

Delimitación del concepto de burnout

Debido a que el término *burnout* ha surgido en relación con otros conceptos ya existentes, es difícil establecer claras diferencias entre ellos, como sucede con el estrés y la depresión por ejemplo, pero también con el aburrimiento y la insatisfacción laboral. A pesar de las muchas investigaciones y de la gran importancia del concepto, dado que afecta a gran número de profesiones (en concreto Silverstein en 1982 documentó 25 campos diferentes), existen serias dudas acerca de la validez del término. Se señala que los métodos de estudio del *burnout* han sido en ocasiones disertaciones descriptivas carentes de verdadero apoyo empírico y sin precisar conexiones teóricas. El mismo término ha sido criticado por su elevada correlación con tedio, estrés, insatisfacción en el trabajo, ansiedad, presión, fatiga, etc.

- La **diferencia entre *burnout* y depresión** es la que ha desencadenado mayor polémica y mientras algunos autores, como Pines y Aronson, defienden el *burnout* como un fenómeno social frente a la concepción clínica e individualista de la depresión. Otros, como Freudemberger, consideran la depresión como un síntoma del *burnout*, razón por la que otro autor, Davidoff, manifiesta: "*La relación entre burnout y otros términos es tan alta que podemos estar utilizando un nuevo nombre para una vieja idea*". Las soluciones aportadas a estas duras críticas son diversas. Algunos opinan que los sentimientos son algo global, difícil de manejar con palabras, de modo que cuando una persona experimenta depresión o *burnout* simplemente "se siente mal" y la diferencia entre ambas puede ser demasiado confusa como para ser apreciada en los ítem de un test. Por otra parte, otros autores, señalan que las diferencias podrían estar no en sentimientos colaterales, sino en los patrones y secuencias que se siguen durante el desarrollo de ambas lo que hace probable que depresión y *burnout* aunque se experimenten de modo parecido, tengan distintas etiologías y por tanto merezcan nombres distintos.
- **Diferenciación estrés-*burnout*.** Son muchas las conexiones entre un concepto y otro. La única diferencia (más aparente que real) es que el *burnout* es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral. Algunos autores identifican el *burnout* como una de las posibles respuestas crónicas al impacto acumulativo del estrés.
- **Diferencias con el tedio o aburrimiento en el trabajo** El *burnout* es fruto de repetidas presiones emocionales mientras que el tedio puede resultar de cualquier presión o falta de innovación. Ambos términos son equivalentes cuando se producen como resultado de una insatisfacción de la gente con el trabajo.
- **Diferencias con la insatisfacción laboral,** No son términos equivalentes aunque si fuertemente correlacionados. Cuando el trabajador esta "quemado", podemos suponer que también se encuentre poco gratificado por su labor, aunque Maslach y Jackson son de la opinión de que los altos niveles de estrés y *burnout* pueden coexistir con una buena satisfacción. En su escala de evaluación del *burnout* consideran la insatisfacción en el trabajo como un componente más del síndrome pero no necesariamente ligado a altos niveles de agotamiento emocional.

- **Relación entre los acontecimientos vitales y el *burnout*.** Hay investigaciones que han encontrado que los sucesos negativos de la vida pueden promover o agravar una situación de sobrecarga que ya existía. Los acontecimientos positivos, por el contrario, pueden amortiguar las situaciones de sobrecarga. Los resultados de estos estudios demuestran la importancia de promover condiciones favorables en el contexto social y laboral con el fin de eliminar tensiones.
- **Diferencias entre la crisis de la edad media de la vida (según el Modelo de Desarrollo Laboral del Adulto) y el *burnout*.** Tal crisis puede sobrevenir cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral cuando lleva un número significativo de años trabajando. Por contra la experiencia del "quemarse" puede darse con mayor frecuencia en los jóvenes recién incorporados, según algunos autores, porque no suelen estar preparados para hacer frente a los conflictos emocionales que desde el exterior se les presentan, ni tampoco saben controlar sus propios sentimientos. Aunque sobre todo esto hay estudios contradictorios.

¿QUE LES SUCEDE A LAS PERSONAS QUE PADECEN BURNOUT?

Repercusiones personales y familiares

Las repercusiones personales sobre la salud son variables y pueden afectar a cuatro áreas:

- **Las manifestaciones psicósomáticas** incluyen fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales. Estos síntomas son a menudo manifestaciones tempranas.
- **Las manifestaciones conductuales** más frecuentes son: absentismo laboral, aumento de conductas violentas y de los comportamientos de riesgo relacionados con el control de impulsos, como conducción de alto riesgo o juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares.
- **Las manifestaciones emocionales** comprenden: el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad y los celos por la posibilidad de llegar a convertirse en una persona poco estimada, que pueden degenerar en desconfianza y actitudes defensivas. Suele ser frecuente la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada lo que produce un descenso de las habilidades de memorización de los datos, razonamientos abstractos, elaboración de juicios, etc. Todo ello va a influir directamente en el rendimiento. Pueden aparecer síntomas claramente psicopatológicos de ansiedad o depresión.
- **Las manifestaciones defensivas** surgen de la dificultad para aceptar sus sentimientos. La negación de sus emociones es un mecanismo de defensa frente a una realidad que le es desagradable. La supresión consciente de información, el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas; la atención selectiva y la *intelectualización* son otras formas de evitar la experiencia negativa.
- **Las consecuencias familiares** pueden ser graves. Como hemos visto se produce un cambio de carácter que va desde el aislamiento a distintos grados de irritabilidad lo que afecta al sistema de comunicación familiar. Esto genera un aluvión de conflictos y malentendidos que pueden terminar en la ruptura familiar. En muchos casos son los familiares los primeros que se dan cuenta de que algo está pasando pero, muchas veces, no son escuchados por el profesional con *burnout*, que suele

Tabla 1. Repercusiones del *burnout*

Repercusiones personales y familiares	
•	Manifestaciones psicósomáticas
•	Manifestaciones conductuales
•	Manifestaciones emocionales
•	Manifestaciones defensivas
•	Consecuencias familiares
Repercusiones laborales	
•	Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral
•	Disminución de la calidad del trabajo
•	Absentismo Laboral
•	Reconversión Profesional
•	Abandono de la profesión

tener una postura defensiva que genera problemas de comunicación, hasta que es demasiado tarde.

Repercusiones laborales

- **Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral.** El profesional de los servicios humanos "quemado" participa poco en la marcha del servicio o centro de salud. Sus relaciones interprofesionales son escasas y a veces cargadas de hostilidad. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y la crítica sana. Las órdenes se cumplen con dificultad. En algunos casos el profesional interpreta los síntomas como la evidencia de una formación deficiente, que intenta compensar a través de una formación continuada desordenada y creciente. La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual de esta situación. El profesional insatisfecho malinterpreta los problemas cotidianos y surgen con facilidad los "roces" con compañeros o colegas. La insatisfacción puede agravarse por otras circunstancias como reconversiones, reformas, turnos de trabajo, etc.
- **Disminución de la calidad del trabajo:** El profesional "quemado" dedica menos tiempo a sus clientes, el contacto es más frío y distante llegando a ignorar sus quejas, demandas o necesidades. Por otra parte se toman decisiones a la defensiva o "a reglamento", encareciendo los servicios, y luego se ignoran los resultados de dichas gestiones o exploraciones. El resultado final es que el profesional disminuye la calidad y aumenta el coste de los servicios que presta. La organización se resiente al disminuir la satisfacción de los clientes y la eficiencia del servicio prestado.
- **Absentismo Laboral:** Si el ambiente laboral es la fuente de las tensiones el profesional puede tratar de evitar sus obligaciones. Al principio disminuyendo la actividad en el trabajo y, en último término, faltando al mismo. El absentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral. Como fase intermedia el profesional puede llegar con retraso al trabajo. Se trata en definitiva de disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral, bien mediante retraso sistemático, bien mediante la enfermedad y la baja laboral, o incluso mediante la asistencia a múltiples actividades de formación continuada. Si el proceso avanza puede llevar a la reconversión profesional e incluso al abandono de la profesión.
- **Reconversión Profesional:** Antes de llegar al abandono de la profesión el profesional "quemado" puede reconvertirse. Con frecuencia ello significa pasar a tareas que no impliquen el contacto directo con los clientes, como tareas de gestión o administración, tareas de actividad política o sindical.
- **Abandono de la profesión:** Es la consecuencia más drástica del estrés profesional mantenido. Este abandono puede ser voluntario, pero en algunos casos puede ser también consecuencia de problemas legales, lo que tiene una extraordinaria repercusión negativa en la vida personal, familiar y laboral porque puede sentirse "marcado" lo que supone un gran impacto emocional.

¿CÓMO SE DETECTA Y MIDE EL BURNOUT

En este conjunto de datos y cuestiones que resolver, han surgido gran cantidad de instrumentos de medida o evaluación en esta área. El principal, el más conocido y utilizado es el **Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)**, creado por Maslach y Jackson en 1981. Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del "Burnout". Consta de 22 ítem en total (**tabla 2**) y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden a su vez los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome:

Tabla 2 Maslach Burnout Inventory (MBI)

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

- **Agotamiento Emocional (AE)** conformado por los ítem 1,2,3,6,8,13, 14,16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir a mayor puntuación en esta subescala mayor es el nivel de *burnout* experimentado por el sujeto.
- **Despersonalización (DP):** constituida por los ítem 5,10,11,15 y 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del *burnout*.
- **Realización Personal (RP):** La conforman los ítem 4,7,9,12,17,18,19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*, es decir a menor puntuación de realización o logros personales mas afectado esta el sujeto.

Este sistema de evaluación ha demostrado cumplir adecuadamente los criterios sobre validez convergente y validez divergente exigidos a los instrumentos de evaluación.

La forma más actualizada del MBI y las más utilizada emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el siguiente sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles:

0. Nunca.
1. Pocas veces al año, o menos.
2. Una vez al mes o menos.
3. Pocas veces al mes.
4. Una vez a la semana.

5. Varias veces a la semana.
6. Diariamente.

La relación entre puntuación y grado de *burnout* es dimensional. Es decir *no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad*. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescalas en tres tramos que definen un nivel de *burnout* experimentado como Bajo, Medio o Alto. Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de individuos pertenecientes a diversas profesiones como educadores, trabajadores de servicios sociales, trabajadores sanitarios, personal de salud mental y otros (políticos, asistentes legales, administradores públicos, etc.).

Hay que señalar además que **las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI.**

Para minimizar los sesgos, la sesión en que se aplica la escala a los sujetos debe reunir una serie de condiciones:

- **Privacidad** porque las respuestas pueden ser influidas si el sujeto habla con otros trabajadores o amigos o cónyuges.
- **Confidencialidad:** Debido a la naturaleza sensible de las cuestiones planteadas, es importante que el sujeto se sienta cómodo a la hora de expresar tales sentimientos. Por lo tanto lo ideal es que se complete de forma anónima.
- **Evitar la sensibilización al *burnout*:** Para minimizar el efecto de las creencias o expectativas del sujeto es importante que los entrevistados no conozcan que están contestando un cuestionario sobre el estrés profesional. Se podría presentar mas bien como una escala de actitudes hacia el trabajo que relacionarla directamente con el *burnout*. Por supuesto, una vez administrado el inventario y completado, se podrá suscitar una discusión sobre el *burnout*. Es fácil deducir que en personal sanitario, que suele conocer el síndrome (e incluso puede haber trabajado sobre él) pueden introducirse sesgos con facilidad.

Como ya se señaló anteriormente, en muchos estudios han aparecido reflexiones y críticas acerca del concepto de *burnout* que repercuten, lógicamente, en la validez del MBI como instrumento adecuado de medida. Así por ejemplo, el agotamiento o pérdida de energía es la dimensión sobre la que hay más acuerdo y el punto clave del concepto, pues las otras dimensiones pueden estar asociadas a rasgos de personalidad. En bastantes investigaciones recientes solo la dimensión de agotamiento emocional es considerada válida y relacionada con el *burnout*. Por otro lado, en diversas ocasiones se ha expuesto que no siempre aparecen las tres dimensiones claramente. Esta variabilidad de la estructura factorial se ha encontrado tanto en la escala original, como diferentes adaptaciones. Quizás no es ajeno a esta variabilidad la dificultad de la traducción precisa del argot utilizado por Maslach y Jackson en su escala original.

En nuestro país Moreno y cols (1991) hicieron una versión en castellano del MBI y la adaptaron utilizando una muestra de 235 sujetos. Los resultados encontrados mostraron una gran capacidad de discriminación con todas las variables independientes consideradas (grupo laboral, edad, sexo, años de experiencia y antigüedad en el puesto), en los tres factores o dimensiones. Por contra su estructura factorial no reprodujo exactamente los resultados de los autores originales.

Más recientemente, **P Gil-Monte** ha publicado la siguiente adaptación en castellano de la escala, reduciéndola a 16 ítem, basada en una validación y adaptación del MBI clásico, que a nuestro entender es la versión más recomendable para uso clínico (**tabla 3**):

Tabla 3. MBI versión española de Gil-Monte

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.
--

2. Al final de la jornada me siento agotado.
- 3 Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
4. El trabajo diario es realmente una tensión para mí.
5. Pienso que puedo resolver con eficacia los problemas que me surgen en el trabajo.
6. Me siento "quemado" por el trabajo.
- 7.Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de esta organización.
- 8.Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo el interés por mi trabajo.
9. Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.
10. Creo que soy bueno en mi trabajo.
- 11.Me siento estimulado cuando logro algo en el trabajo.
12. Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.
13. Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.
14. Creo que me he vuelto más cínico en mi trabajo.
15. Dudo de la importancia de mi trabajo.
16. Creo que tengo confianza en mi eficacia para alcanzar los objetivos

¿CUÁNTAS PERSONAS PADECEN BURNOUT?

La frecuencia de *burnout* ha sido estudiada en muchos tipos de poblaciones, incluyendo trabajadores sanitarios, servicios públicos, educación, fuerzas de seguridad, judicatura, etc. En España el tema ha sido ampliamente estudiado en los últimos diez años, en diferentes tipos de profesiones y a lo largo de prácticamente toda la geografía. Sin embargo, pese a la profusión de datos, no es posible dar tasas seguras de prevalencia del *burnout*. Esto se debe en parte al carácter dimensional del modelo, pero sobre todo a la disparidad de formalizaciones, criterios, métodos... utilizados. Por lo tanto no es muy riguroso decir "cuántos" médicos o sanitarios sufren *burnout*. No obstante, para dar una idea general del problema haremos a continuación un resumen de los estudios españoles más relevantes sobre *burnout* en profesionales de la salud.

Uno de los primeros grupos que trabajó con el tema fue el del Hospital General de Burgos (De Dios, De la Gándara et al. 1994). En un primer estudio aplicaron el MBI y el GHQ a 46 psiquiatras de forma anónima y los resultados mostraron niveles altos, según los criterios de Maslach y Jackson para agotamiento emocional (AE: 22.6), despersonalización (D:10.4) baja realización profesional (RP: 28.6), con una alta correlación entre puntuaciones en el GHQ y AE(.59,p=.001). Además, entre otras observaciones se vio que los niveles de *burnout* aumentaban con la edad, los años de profesión, y en jefes y dirigentes.

Al año siguiente el mismo grupo (De Dios et al. 1995) aplicaron una la misma encuesta anónima a 311 sanitarios (105 Médicos, 98 ENF., 50 Auxiliares, 58 Otros). El *burnout* global se situó en niveles medios (A.E. 23.7, A.D. 11.1, R.P. 27.1), con correlaciones significativas entre MBI y GHQ (A.E. p=.001; D.D. p=.001; R.P. p=.001). El sentimiento de fracaso profesional secundario al *burnout* fue mayor en auxiliares (p= .02), aumentaba con la edad (p=.001) y a más años de profesión (p=.001).

En otro estudio realizado ese mismo año en Ávila (Díaz & Hidalgo, 1994) en comparando 143 especialistas y 130 generalistas españoles, y confrontándolos con los datos americanos, se observó más *burnout* en especialistas que en médicos AP, y más en los españoles que en los americanos, así como más insatisfacción laboral en especialistas que en AP.

En Zaragoza, De Pablo y colaboradores (1998) estudiaron a 286 Médicos de 37 Centros de Salud, mediante un cuestionario laboral y el MBI y observaron que el 59 % tenía altos niveles de AE, el 36 % niveles altos de D y el 31 % bajos niveles de realización profesional.

Por su parte Olivares y colaboradores en Asturias (1999) analizaron la satisfacción laboral de 810 facultativos de AP (MF, MG, Pediatras), y encontraron que mientras en general la satisfacción era elevada (Cuestionario de la OMS: 73 puntos), el 43 % mostraba un elevado desgaste profesional, especialmente en médicos rurales.

Ese mismo año y en sanitarios del hospital general de Salamanca, Da Silva y colaboradores (1999) aplicaron el MBI, el GHQ y un cuestionario ad hoc a 102 médicos, 168 enfermeras y 93 auxiliares. Los niveles globales de *burnout* fueron de tipo “medio” (AE 20,5; DP 7.3; BRP 35.5), pero en el GHQ superaron el punto de corte establecido para posible “caso” el 23 % de médicos, el 19 % de las enfermeras y el 33 % auxiliares.

Otra población analizada ha sido la de médicos en formación. Así Belloch y colaboradores, en Valencia (2000) estudiaron el *burnout* en 56 MIR de medicina interna, mediante el MBI y un cuestionario. Observaron niveles altos de AE en el 7.1 %, de DP en el 17 %, baja RP en el 23.3 %. Comparados globalmente con los especialistas, los MIR tienen menos *burnout*, aunque los niveles aumentaban considerablemente en solteros, sin posibilidades de elección de la especialidad, y que trabajaban en medios de baja satisfacción y reconocimiento laboral.

La relación entre personalidad y *burnout* es otro tema cardinal que fue analizado en médicos de AP por Cebriá y colaboradores en Barcelona (2001). Para ello aplicaron MBI y 16 PF a 528 médicos de AP. En el 40 % había síntomas de *burnout* y en el 12 % éste era bien definido. Los casos con *burnout* mostraban más inestabilidad, tensión, hipervigilancia y ansiedad en el test de personalidad.

La asociación de *burnout* con otros factores en sanitarios de AP ha sido puesta de manifiesto por Caballero y colaboradores en Madrid (2001). Para ello estudiaron a 354 médicos, enfermeras y auxiliares, mediante el MBI, y cuestionario anónimo. Los resultados mostraron que el 30 % tenía niveles elevados de *burnout*, más en hombres y más en pediatras que en MG. El 44 % se quejaban de trastornos físicos o psicológicos que relacionaban con el ejercicio profesional, y el 38 % asociaban el *burnout* a la excesiva demanda.

Los pediatras españoles también han sido sometidos a observación por Bustinza y colaboradores de Madrid (2001). Aplicaron el MBI y cuestionario 69 pediatras de cuidados intensivos de toda España. El 42 % presentaron niveles medios de *burnout*. El 56 % lo asociaron a conflictos con la gestión sanitaria y el 59 % pensaban en abandonar su trabajo en el futuro por ello.

En Extremadura también ha sido analizado el tema. Concretamente en médicos de AP de Cáceres (Prieto Albino et al. 2002), 157 que respondieron a una encuesta anónima. Se observaron las siguientes puntuaciones de DP (8.3), RP (35.2) y A.E. (22), lo que traducido a una estimación global significaba que el 65% puntuaban alto en al menos uno de los tres factores. Los niveles mayores de *burnout* se daban en varones, de ciudad, con más de 10 años de trabajo, y más de 40 pacientes/día. El 50% de los médicos refirieron algún trastorno psicossomático, y las puntuaciones altas de *burnout* se asociaron a más problemas familiares y sociales.

Se ha sugerido que a mayor responsabilidad profesional más riesgo de *burnout*. Por eso Recio y Reig, de Alicante (2002) estudiaron el *burnout* en coordinadores de CS (médicos y enfermeras). Los resultados del MBI fueron: AE: 29.2 %; DP: 15.6 %; y RP: 18.9 %. El *burnout* fue considerado alto sólo en el 5.3 % de ellos. Los niveles eran menores en casados, con hijos, y con voluntariedad en el cargo; y aumentaban en los que percibían menor reconocimiento, y con menor dedicación a la investigación.

El *burnout* parece ser algo ubicuo. De hecho hasta en las islas afortunadas parece que los sanitarios de AP lo sufren (Cuevas et al. Tenerife, 2002). Para investigar la cuestión pasaron una encuesta anónima a 143 sanitarios, el 53 % médicos, y observaron que el 22 % sufrían un *burnout* bien definido (AE 38 %, D 48 %, BR 46 %). Los niveles eran menos graves en enfermeras que en médicos.

El *burnout* parece estar por todos los sitios, pero hay muchas diferencias entre médicos y otros sanitarios, entre AP y especialistas de hospitales, entre unos centros y otros. Al menos eso se deduce del estudio realizado en el Hospital de Mataró por Pera y Serra-Prat en 2002. Aplicaron una encuesta anónima a 300 trabajadores, incluyendo médicos. El *burnout* se evidenció en grado elevado en pocos casos (AE en el 13.9 %, 11 % en D y BRP en el 6 %). Ningún caso puntuó alto en las tres escalas a la vez, aunque el 27 % tuvieran alta al menos una de las escalas.

Por el contrario, en sanitarios de AP de Salamanca (336 médicos, 260 enfermeras) Moreno y colaboradores (2002), tras pasar una encuesta anónima encontraron AE alto en el 22 %; D alta en el 26 % y BR en el 41 %. La intensidad del *burnout* se relacionó con trabajo urbano, consumo excesivo de alcohol, mal estado de salud general y sobrecarga laboral (Más horas trabajo/día, más pacientes/día).

Otro aspecto estudiado ha sido la relación entre satisfacción laboral y *burnout* en médicos de AP (Sobreques J et al. Barcelona, 2003). Aplicaron un cuestionario (social, demográfico y profesional), y una escala de satisfacción laboral (Font Roja-9), así como el MBI, a 603 MG de 93 CAP. Evidenciaron un buen nivel global de satisfacción (3.02, en un rango de 1-5), y la mayor satisfacción se asoció a menos años de servicio y trabajo en centros con formación. Por el contrario la baja satisfacción se asoció con niveles altos de *burnout*.

Diferentes autores han insistido en el riesgo de presentación de trastornos psiquiátricos en los médicos que padecen *burnout*. Concretamente en Madrid, Molina Siguero y colaboradores (2003) enviaron por mailing un cuestionario general de salud (GHQ), de problemas laborales, y el MBI. Respondieron el 80 % (244 MF y pediatras). Se observó *burnout* en el 69%, siendo grave en el 12%, y posible caso psiquiátrico en el 36.7%, con una fuerte asociación entre ambos ($p < .01$), así como con alta presión y disminución de la calidad del trabajo ($p < .01$), trabajo fijo ($p < .05$), tener más de 1700 cartillas ($p < .05$) y una edad entre 37 y 46 años ($p < .01$).

La comparación entre diversos tipos de profesionales también aporta datos de interés. En ese sentido, la prevalencia de *burnout* en 106 médicos de AP y 129 especialistas de Talavera ha sido recientemente estudiada por Martínez de la Casa y colaboradores (2003), mediante una encuesta anónima con el MBI. Observan *burnout* en el 76%, siendo grave en el 37 %. Asimismo constatan diferencias significativas entre MF (*burnout* en el 85 %) especialistas (*burnout* en el 69 %) no explicable por diferencias en otras variables.

Por último parece interesante resumir los resultados de una encuesta pasada entre los asistentes a una mesa sobre *burnout* en el último congreso de Semfyc 2003 celebrado en Barcelona. A pesar de no ser una encuesta validada y que no tenía pretensiones científicas rigurosas, llama la atención que de los 451 médicos de familia que la contestaron un 52,32% no estaban satisfechos por su trabajo; un 17,51% cambiaría de profesión; a un 65,41% no le gustaría que su hijo estudiara medicina; el 87,58 se había sentido alguna vez agotado emocionalmente o el 67,84% se había sentido alguna vez fracasado profesionalmente. Las principales reivindicaciones incluían: tener tiempo suficiente en la consulta (80,26%); desburocratización (50,55%) y formación en emociones y relaciones interpersonales (39,29%).

Como se observa existe una gran variabilidad y una amplia profusión de datos que, en todo caso, refleja una mala situación general en cuanto a cansancio, satisfacción laboral y realización profesional de una buena parte de los profesionales de la salud españoles.

¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL BURNOUT?

Tabla 4: Factores de riesgo relacionados con el Burnout

Factores relacionados con el trabajo clínico
<ul style="list-style-type: none">• Contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor y la muerte• Cambios de las expectativas sociales sobre la salud• Problemas en el manejo del trabajo cotidiano en la consulta• Manejo de la incertidumbre• Dificultad de la formación continuada• Percepción de falta de apoyo social.• Falta de promoción interna e inseguridad en el trabajo
Factores dependientes de las características individuales
<ul style="list-style-type: none">• Personalidad• Otros factores como la antigüedad en el puesto de trabajo, la edad y el sexo
Factores relacionados con el puesto de trabajo y la organización
<ul style="list-style-type: none">• Condiciones del entorno físico• Burocratización• Aspectos organizativos

El *burnout* puede ser conceptualizado como un trastorno adaptativo por un estrés crónico de tipo laboral. Se trata de una forma especial de estrés. Hay muchas causas de estrés: familiares, económicas, sociales, laborales etc. Hay muchos tipos de estresantes y de reacciones de estrés, pero el *burnout* es una forma especial, motivado por la relación entre una persona y su trabajo, y sólo sucede cuando éste consiste en manejar, en relacionarse, en ayudar a otras personas. A nuestro entender esto es cardinal, pues de no ser así se corre el riesgo de que el concepto *burnout* se extienda como un incendio, se convierta en causa de reclamaciones laborales, de ganancias secundarias, etc. Por eso el burnout lo padecen especialmente las personas dedicadas a trabajos de servicios sociales, asistenciales, educativos etc.

El personal sanitario, junto con el de educación, es probablemente el más afectado. En este sentido, se han estudiado múltiples factores relacionados con el *burnout* del personal sanitario. En general se considera que lo definitivo es la interacción de las condiciones específicas del trabajo (profesión, especialidad, medio de trabajo, expectativas de los clientes, etc.) con las características personales del trabajador (personalidad, actitudes, expectativas, intereses, recursos aprendidos, formación, etc). En diferentes épocas se ha dado más importancia a unos factores que a otros también dependiendo de si los autores acentúan la importancia del medio laboral (lo que incluye reivindicaciones concretas) o los aspectos personales del trabajador. Hay situaciones tanto en lo personal como en las condiciones de trabajo que quizá sean determinantes en un momento dado pero, en general, para un profesional en concreto lo importante es como van interaccionando todos los factores a lo largo del tiempo y como eso se suma a otros factores biográficos ligados a las expectativas o al sistema de creencias de la persona. Eso supone tratar de tener una visión integradora tanto en el análisis de las causas como en las estrategias que se diseñen para mejorar el problema. A continuación se reseñan algunos factores con la esperanza de que permitan una cierta identificación de los lectores y por tanto alivien la sensación de aislamiento que tantas veces tenemos. El mensaje quiere ser claro: no estamos solos; nos suelen pasar las mismas cosas; tenemos similares emociones; podemos ayudarnos intercambiando nuestras experiencias y conocimientos.

Factores relacionados con el trabajo clínico

- **Contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor y la muerte**

“Ni el sol ni la muerte pueden mirarse fijamente” decía La Rochefoucauld y sin embargo los médicos tenemos contacto diariamente con ella. Y no solo eso. Vemos manifestaciones de la enfermedad, del deterioro y el dolor que puede producir, que son difícilmente imaginables para la mayoría de las personas. Vemos “lo que los demás no ven” y eso crea una extraña sensación de soledad y escepticismo a lo largo del tiempo. Al principio el médico joven vive todo eso desde lejos como si no fuera con él, pero con los años comienza a verse concernido y, en muchos casos, se desarrolla una ansiedad latente que, probablemente, es la causa de la mala fama que tenemos los médicos cuando nos convertimos en pacientes. Generalmente el mecanismo de defensa es la desconexión afectiva, el distanciamiento emocional, el refugio en los datos técnicos, el escepticismo porque se adivina siempre el fracaso final. Pero ese “burladero” tiene su precio porque nunca se consigue del todo y es la base de nuevos conflictos que afectan al propio sistema de significados personal y profesional. Si la medicina tiene una gran tradición humanística no es por casualidad sino porque una profesión como ésta precisa de una reflexión filosófica, de una formación en ciencias humanas que es fundamental para entender a los pacientes pero también para situarnos y protegernos nosotros mismos. Sin embargo en la actualidad cualquier médico puede terminar la carrera o la especialidad sin haber tenido la más mínima formación en estas disciplinas, sin haber encontrado un espacio de reflexión que conecte sus conocimientos científicos con otros de índole humanística. Ni siquiera conocerá la bibliografía que pueda orientarle. Y tendrá que enfrentarse de inmediato, en la primera consulta, a un paciente terminal, a una familia hostil, o a un anciano que se queja sin cesar. Por tanto una primera actitud para afrontar el *burnout* tiene que ver con la lucidez y la cultura, con tratar de comprender lo que significa ser médico en este momento histórico y desde ahí desarrollar un sistema ético que permita ayudar a los pacientes concretos salvaguardando, dentro de lo posible, nuestra propia salud mental y beneficiándonos de la sabiduría y la satisfacción que la medicina puede ofrecer. Para entender lo que puede dar de sí la conexión de lo cultural con lo científico se puede comenzar leyendo un libro de Oliver Sacks, por ejemplo “*El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*”.

- **Cambios de las expectativas sociales sobre la salud**

La enfermedad tiene una historia cultural y en las sociedades desarrolladas, sobre todo, en la segunda mitad de este siglo, se han producido cambios muy significativos en la idea de salud y en lo que los individuos pueden esperar de la medicina. La salud se ha consolidado como un derecho dentro de los países con un estado del bienestar y se ha extendido la idea de que la medicina puede prevenir o curar prácticamente todo (si no ahora en el futuro)¹. Esta medicalización, en el contexto de una sociedad de consumo, ha hecho que se modifique la sensibilidad ante la enfermedad y su ámbito. La idea moderna de que el cuerpo puede estar enfermo aunque se sienta sano, que está en la base de prevención, genera continuas campañas mediáticas (muchas veces contradictorias) que animan a buscar pequeños síntomas o a hacerse exploraciones más

¹ Mientras escribo estas líneas leo un artículo en la revista semanal del diario EL PAIS (18/01/2004 que se titula “Pacientes con derechos” en él se ilustran bien las expectativas sociales que se avecinan. Resume un *decálogo de derechos sanitarios para el siglo XXI* (tabla 5). Como puede observarse la sensación que se produce al leerlos es que el individuo puede exigir a alguien externo la inmediata consecución de ellos (ideas abstractas) sin que él tenga que hacer ningún esfuerzo personal. Pero ¿qué significa tener derecho a la salud mental, por ejemplo?. Podría hablarse, por ejemplo, de derecho a la asistencia sanitaria para enfermedades mentales o a los recursos preventivos en forma de educación. Pero puede haber personas que esto lo interpreten con el derecho a no tener en ningún momento ningún malestar emocional y exigir un profesional, siempre eficaz, para afrontar cualquier problema de la vida. Lo que no parece muy realista ni deseable.

o menos sofisticadas, lo que crea ansiedad y desconfianza en muchas personas y también genera una gran demanda por síntomas menores a los servicios sanitarios. Por otro lado, el campo de la enfermedad, se ha expandido a problemas de la vida o sociales por los que la gente busca, en el sistema sanitario, ayuda que antes encontraba en el sistema de apoyo social.

Tabla 5. decálogo para el s. XXI

1.	Derecho a la información: clínica, terapéutica, en biotecnología y genoma humano.
2.	Derecho a la salud mental
3.	Derecho a la salud laboral
4.	Derecho a la seguridad alimentaria
5.	Derecho a la protección integral del medio ambiente y al desarrollo sostenible
6.	Derecho a la salud sexual y reproductiva
7.	Derecho a la protección de datos relativos a la salud
8.	Derecho a la educación para la salud
9.	Derecho a la atención farmacéutica
10.	Derecho a la participación ciudadana en el acceso a los derechos sanitarios

Fuente: *El PAIS semanal* n°.1.425. pag.82. 18/01/2004

Sin embargo el sistema sanitario no puede responder satisfactoriamente a muchas de éstas demandas. Primero porque, a pesar de los avances, la medicina sigue teniendo límites e incertidumbre y, segundo, porque muchas enfermedades tienen que ver con estilos de vida estrechamente relacionados con la sociedad en la que vivimos. Pero la sociedad exige al médico, en una relación personal, respuestas continuas y éste asume que puede darlas, cuando muchas veces es simplemente imposible. Los sistemas públicos de salud ponen al médico en una tesitura difícil. Por una parte tiene que responder a las expectativas de los usuarios (desde el diagnóstico rápido y preciso de todo tipo de enfermedades a la satisfacción de cualquier demanda menor no necesariamente clínica) y por otra tiene que ponerles límites. Se atiende a una población que se cree con derecho a exigir lo que le prometen y por otro lado tiene que contener el gasto sanitario que ello genera según le exigen los gestores. Cuidador y policía: dos papeles difícilmente conciliables. El médico de familia es el que cumple este difícil papel además con falta de recursos (sobre todo tiempo) porque la demanda crece imparablemente. No es extraño que sea uno de los profesionales más afectado por el *burnout*.

- **Problemas en el manejo del trabajo cotidiano en la consulta**

El trabajo diario consiste en una sucesión de encuentros breves, en los que la interacción es muy ágil y los contenidos muy variados (síntomas tratamientos, educación, ansiedad, problemas familiares o sociales, aspectos burocráticos, etc.). Todo ello requiere una gran atención, concentración, autocontrol emocional y capacidad para organizar el tiempo, que puede ser difícil de conseguir. La relación con los pacientes puede ser uno de los aspectos más gratos de la profesión, pero es también una oportunidad para que surjan dificultades diversas: el temor a hacer daño; al error y sus consecuencias; a invadir la intimidad de los pacientes y ser rechazado; a ser invadido por ellos y perder la distancia interpersonal necesaria para mantener la empatía. La consulta es, además, una oportunidad para que el profesional sea presionado/manipulado/instigado a prescribir, emitir informes, propuestas de incapacidad laboral o a intervenir en ámbitos ajenos a lo terapéutico frente a terceros. A veces la consulta convierte al profesional en blanco de hostilidades, pues es un objetivo fácil al que desplazar agresiones que resultan más difíciles de ejercer sobre otras figuras de autoridad. A veces no es hostilidad, pero el trabajador sanitario se hace depositario de quejas por el malestar social o por problemas de la vida sobre los que el paciente espera que el profesional tenga algo que hacer, aunque escape a su competencia y

este profesional acabe angustiándose ante tantas situaciones en las que "no se puede hacer nada".

Además de sus funciones explícitas, el médico (y en menor medida otros profesionales sanitarios) es figura muy significativa en el imaginario inconsciente de los pacientes, por lo que se constituye en un importante objeto de transferencia de emociones. Los pacientes dirigen hacia el médico sentimientos y afectos diversos. Así existen sujetos hostiles que nunca "mejoran lo suficiente" y se niegan a reconocer los aciertos del médico, amenazando, ante el menor descuido, con denunciarle. Otros que son dependientes y que fácilmente depositan en el profesional la responsabilidad de cualquier decisión. Lo que quiere decir que *tratar pacientes es más difícil que tratar enfermedades* y crea una fuerte sobrecarga emocional con el consiguiente riesgo de "agotamiento". A la larga, las demandas emocionales son imposibles de satisfacer y el profesional requiere de unas capacidades para manejarlas para las que no ha sido preparado, ni advertido, durante su formación. Los *pacientes difíciles* son fuente habitual de tensión y sobrecarga en la asistencia diaria. Estos pacientes son definidos como *los que tienden a producir en el profesional algún tipo de inquietud, malestar, rechazo, desconcierto u hostilidad*. Incluyen a buena parte de los pacientes calificados como rentistas, funcionales, pesados, agresivos, simuladores, que presentan dificultad para el manejo clínico y desbordan la capacidad del profesional. Se ha generado en la literatura internacional el llamado "*síndrome del paciente odioso*" ("*Hateful patient*") para referirse a ellos. Hasta cierto punto, cada profesional, tiende a generar su propia población de pacientes difíciles, ya que cada cual es más susceptible ante ciertos tipos de situaciones que tolera peor. También pueden influir en dicha "selección" la actitud mas o menos paternalista y las características de personalidad del profesional.

Las consultas triviales o innecesarias también pueden ser fuentes de estrés. Si son frecuentes inciden negativamente sobre el ánimo y la imagen de profesional competente que éste desea tener, deteriorando su autoestima y creando una desconfianza que puede ser potencialmente peligrosa en el trabajo clínico ya que se producen mezclas con otras demandas potencialmente peligrosas y en, muchos casos, con exigencia injustificada. Algunas capas de la población han confundido el papel del médico como servidor público dentro de un sistema de salud e intentan tratarlo como "personal de servicio" porque "ellos pagan" y tiene por tanto que satisfacer todos sus caprichos. La masificación y una demanda infinita es uno de los efectos perversos de un sistema, por otro lado muy eficaz y equitativo, que el médico sufre cada día en su consulta.

- **Manejo de la incertidumbre**

La práctica clínica no se basa en certezas y evidencias contundentes. Incluso los problemas más comunes gozan de una variabilidad extraordinaria, que impide efectuar predicciones absolutas. De hecho la formación en clínica consiste en aprender a manejarse con la incertidumbre y los límites del conocimiento médico. En la práctica diaria se toman decisiones importantes con datos incompletos o imprecisos. Esto es especialmente significativo en el médico de familia que tiene que filtrar la demanda y atender muchos procesos en unos estadios iniciales y poco diferenciados. En cada caso ha de valorar la oportunidad de esperar acontecimientos o tomar decisiones mas intervencionistas y, además, ha de tener en cuenta otros aspectos, tanto de la patología como de los costes materiales y psicológicos a que dará lugar. Además, en último término, los medios disponibles siempre serán insuficientes y antes o después los pacientes se convertirán en enfermos graves, envejecerán y morirán. La capacidad para tolerar la incertidumbre, se convierte en un aspecto importante tanto del propio bienestar y satisfacción profesional como del uso de recursos.

- **Dificultad de la formación continuada**

Los conocimientos médicos crecen de forma imparable y especialmente al médico de familia le es muy difícil mantenerse al día. Aunque cada vez está más definido el cuerpo de conocimientos de la especialidad, en la práctica es muy amplio y con facilidad pueden surgir dudas sobre la competencia en un campo en concreto que se pueden ir ampliando a lo largo del tiempo. Esto crea estrés en algunos momentos porque, aunque la derivación al especialista siempre es posible, en la práctica puede ser dificultosa o dudosa. La falta de tiempo en el horario de trabajo hace que sea difícil encontrar un espacio para “reciclarse” porque, además, las sesiones clínicas en los centros de salud tienen más dificultades que en el hospital, por dispersión de los profesionales u otros problemas. Además los aspectos relacionados con el aprendizaje práctico de habilidades de comunicación y de autocuidado de la salud mental están poco desarrollados y son la asignatura pendiente del sistema formativo.

- **Percepción de falta de apoyo social.**

En distintas publicaciones se resalta que los médicos nos quejamos de que hemos perdido apoyo social, de que hubo otros tiempos en que nos sentíamos más valorados por la especial dificultad de nuestro trabajo. Esto, que probablemente es una percepción compartida por gran cantidad de médicos actualmente, no está claro que sea un dato objetivo. Hay una amplia literatura (basta leer *El médico rural* de Felipe Trigo o *El árbol de la ciencia* de Pío Baroja, por ejemplo) que describe que la realidad de muchos médicos ha sido históricamente muy difícil, salvo algunos casos privilegiados que también existen actualmente. La medicina rural ha sido especialmente dura y muchos de nosotros hemos tenido que tratar a compañeros jubilados con gran deterioro personal y familiar achacable a su profesión. Hay que tener cuidado de no caer en el “bucle melancólico” que supone tener nostalgia de tiempos mejores que nunca han existido, porque llevan a un victimismo que no conduce más que a la melancolía. En la actualidad es innegable que la situación, en concreto del médico de familia, ha mejorado respecto a tiempos pasados en muchos aspectos, aunque han aparecido dificultades nuevas o realidades que no coinciden con nuestras expectativas cuando comenzamos la carrera.

Un cambio importante es la existencia de pacientes cada vez más reivindicativos de sus derechos, que no toleran el error o esperan sacar partido de él y por tanto un aumento de las denuncias y reclamaciones, muchas veces aireadas por los medios de comunicación sin atender a la presunción de inocencia, o dando por supuesto la culpabilidad del médico. Esto ha llevado a que muchos profesionales opten por la medicina defensiva porque el impacto de una denuncia, sea o no posteriormente sobreseída, es devastadora para la autoestima del médico. Sin embargo, el hecho es que los errores en medicina son posibles, y solo no los comete el que no hace práctica clínica en situaciones reales, es decir, con cansancio y con información o medios limitados. Habría que tener un sistema de análisis que los disminuyera al máximo como hacen por ejemplo los pilotos de avión². Pero el miedo a aceptar el error y el riesgo legal que ello podría conllevar, hace que no exista un sistema parecido en la medicina.

Ser médico en la sociedad actual supone asumir realidades que hay que aceptar en parte y desarrollar estrategias que nos protejan de los riesgos de la profesión, lo que incluye probablemente la intervención activa, a través de nuestras sociedades científicas o colegios profesionales en el debate social sobre el papel, los límites y riesgos de la

² Sobre el error en medicina y la diferencia de manejo respecto a otras profesiones como los pilotos puede leerse un magnífico artículo publicado hace algunos años: L.L.Leape. *El error en medicina*. JAMA (ed. Esp.), vol 4, núm. 7, 1995

práctica médica. Algunas de ellas las trataremos en el apartado de prevención del *burnout*.

- **Falta de promoción interna e inseguridad en el trabajo**

Un problema que ha arrastrado el sistema sanitario español es la ausencia de carrera profesional, lo que ha supuesto, al menos hasta ahora, y en último término, una falta de estímulos que termina produciendo tedio porque parece que el ser humano necesita retos, superar la rutina para encontrar motivación. Aunque esto quizá sea el privilegio de los profesionales que tienen trabajo fijo. La otra cara de la moneda es la inestabilidad laboral o, como ocurre con frecuencia en atención primaria, la peregrinación de un centro de salud a otro cubriendo bajas o días de vacaciones. La posibilidad de encontrar un trabajo estable es en la actualidad bastante difícil tras tantos años de estudio (esto también es un hecho para los médicos que trabajan en hospitales), ya que no se sabe con seguridad cuando y con qué criterios se convocaran oposiciones en las distintas comunidades autónomas del estado, lo que inevitablemente es un factor de riesgo para el *burnout* de estos profesionales, porque frustra expectativas legítimas, largo tiempo alimentadas. Se debe estar atento a los cambios, que sobre este particular, se deriven tras la implantación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

Factores dependientes de las características individuales

- **Personalidad**

Existen varios rasgos de personalidad que se han relacionado con el *burnout*. El más frecuentemente reseñado es el **patrón de conducta tipo A** que se caracteriza, según Friedman y Rosenman, por un *afán intenso y constante por conseguir metas establecidas por el propio individuo pero usualmente poco definidas; marcada tendencia a la competitividad; deseo de reconocimiento y de logro; implicación en varias tareas y trabajos al mismo tiempo; tendencia a la realización apresurada de todo tipo de funciones, tanto físicas como mentales y estado de alerta permanente*. Estas conductas se asocian con mayor número de horas trabajadas a la semana, responsabilidad en la supervisión de personas, mayores cargas de trabajo y demandas conflictivas. En el ámbito interpersonal suelen ser exigentes con sus compañeros tendiendo a percibir negativamente su rendimiento, lo que suele afectar a sus relaciones personales. Todo ello generalmente supone mayor estrés crónico en el trabajo y se ha correlacionado mayor riesgo de enfermedad coronaria.

Entre los profesionales sanitarios predominan los **sujetos con una orientación humanitaria**, sensibles a las necesidades y sentimientos de los demás (por lo que suelen experimentar más estrés cuando están expuestos al sufrimiento de otros), que valoran como muy importante la oportunidad de poder intervenir favorablemente en las vidas ajenas (quizá porque de ese modo se satisface su necesidad de experimentar un sentimiento de poder personal, para intervenir en el curso de los acontecimientos del mundo que les ha tocado vivir). Por lo mismo el candidato al "desencanto" suele ser un sujeto con una carga importante de idealismo (ya en lo científico, ya en lo humano) que se siente decepcionado al comprobar lo rutinario de su trabajo diario, los condicionantes externos de su eficiencia y la falta de reconocimiento a su esfuerzo (por los pacientes, por los compañeros, por la "empresa" o por sí mismo). En este sentido conviene insistir en la necesidad de renunciar a la tentación de usar a los enfermos para el logro de satisfacción o seguridad personal. La tarea del médico es ayudar al paciente, no demostrar lo inteligente que es a través del cultivo de la dependencia y de la admiración del enfermo por la actuación de sus fantasías de omnisciencia. Sin embargo lo contrario al idealismo no es el "pasotismo", ni la falta de todo tipo de entusiasmo, valores o de referencias culturales. Para ser capaces de afrontar con éxito los retos de nuestra

profesión tenemos que desarrollar un sistema de creencias abierto y flexible que nos permita adaptarnos adecuadamente y dar sentido a nuestra actividad.

Se han estudiado individuos con **personalidades especialmente resistentes al estrés (*hardy personality*)** que se caracterizan por un compromiso significativo personalmente con su trabajo; por una sensación de control sobre su entorno (*locus de control interno*); apertura a los cambios y tolerancia a la frustración, la ambigüedad y la incertidumbre; auto aceptación personal y un estilo de afrontamiento orientado a la resolución de problemas.

- Otros factores como la **antigüedad en el puesto de trabajo, la edad y el sexo** se han relacionado con el *burnout* con resultados contradictorios, aunque en general se describen tasas mayores de burnout a mayor edad, más años de trabajo, más sobrecarga laboral, más responsabilidad y en el género femenino.

Factores relacionados con el puesto de trabajo y la organización

- **Condiciones del entorno físico**

El ruido, la mala iluminación, los olores desagradables, la falta de espacio son fuente comprobada de estrés. La calidad del entorno físico en que se trabaja tiene una importancia nada desdeñable en la sensación de bienestar y en la autoestima de los profesionales. Por desgracia muchos centros de salud y hospitales no cumplen unas condiciones mínimas y presentan espacios deteriorados cuya mejora no es fácil de conseguir por parte de los profesionales interesados.

- **Burocratización**

Es un hecho que a los médicos no nos gustan en exceso los papeles. Sin embargo nos inundan cada día, sumergiéndonos en una gran frustración porque tenemos la sensación de que bloquean y banalizan nuestra capacidad profesional. En atención primaria, con consultas muy sobrecargadas, el asunto puede llegar a ser angustioso: recetas, informes, peticiones de pruebas, certificados, estadísticas etc. Todo esto mantenido en el tiempo termina produciendo una angustiosa sensación de tedio. La mejora que ya está produciendo la informatización de las consultas y la contratación de personal administrativo deberían ser prioridades que sin duda mejorarían la atención a los pacientes y el bienestar de los médicos.

- **Aspectos organizativos**

Hay multitud de aspectos organizativos que afectan a la calidad de los puestos de trabajo que pueden estar relacionados con el desarrollo del *burnout*. Uno de los más estudiados es el **trabajo a turnos** relacionado con *crono patologías* laborales y que afecta particularmente a muchos profesionales sanitarios. En él se produce un desfase entre la actividad laboral, en horarios no convencionales, y la actividad fisiológica que es fundamentalmente diurna. Por ello el período de reposo se sitúa durante unas horas en las que domina el ruido, propio de la actividad laboral diurna de los demás, comprometiendo seriamente la profundidad del sueño y con ello la posibilidad de lograr un reposo auténticamente reparador, tanto de la fatiga física, como de la fatiga psíquica. Ello encadena unas consecuencias fisiopatológicas que tienden a retroalimentarse. Otro factor de cronicidad es el hecho de que en todo ritmo biológico con fases de signos opuestos y particularmente en el ritmo actividad/reposo, la intensidad de una fase determina la de la fase opuesta: una actividad satisfactoria y eficaz determina un reposo reparador y éste predispone a una buena actividad. Por el contrario el aplanamiento de las fases por disminución de la intensidad de la fase positiva tiende a perpetuarse estableciéndose un círculo vicioso. El resultado final puede ser la *inversión del ritmo sueño/vigilia* caracterizada por somnolencia durante la fase de actividad e insomnio durante la fase de reposo lo que afecta a los ritmos circadianos, con lo que el individuo pierde eficacia en la

función primordial de la periodicidad biológica: la adaptación a los cambios periódicos de su entorno. A esto hay que añadir las dificultades de integración social y familiar. Todo esto se ha relacionado con diversos trastornos conductuales como consumo excesivo de sustancias (café, alcohol y tabaco), trastornos del sueño, trastornos afectivos y enfermedades cardiovasculares. La necesidad de tomar decisiones arriesgadas en un estado de fatiga como ocurre en las guardias (y en el día siguiente tras ellas ya que en atención primaria no se descansa) es lógico que genere una situación de estrés que predisponga al *burnout*.

Algunas situaciones conllevan la presencia de factores estresantes específicos, relacionados con el tipo de especialidad y sus características más peculiares en lo que se refiere al tipo de enfermos asistidos, o al tipo de patología, o a las circunstancias en que ha de trabajar. Probablemente se podría considerar cualquier especialidad pero a modo de ejemplo citaremos la Medicina Intensiva, la Psiquiatría y la Medicina de familia. Respecto a **los intensivistas** y otras especialidades que actúan en las Unidades de alto riesgo, se puede afirmar que no obtienen gratificaciones directas inmediatas en su relación con los pacientes y que, además desarrollan el trabajo rutinario como una batalla contra la muerte. **Los psiquiatras y otros trabajadores de la salud mental**, que soportan ansiedades y depresiones con riesgo de identificación y de transferencia emocional y además su rol profesional está poco definido, rozando áreas y temas extra-médicos (sociología, antropología, sexología, etc.). **Los médicos generalistas**, por su parte, tienen un campo de trabajo, inabarcable, por lo que el manejo de la incertidumbre es casi imposible. Además, tampoco esta claro del todo su perfil e identidad profesional.

La competencia entre profesionales, la abundancia e incluso exceso de profesionales y falta de una definición respecto a la carrera profesional, conlleva una fuerte competencia entre compañeros y también entre profesionales médicos y paramédicos.

Insuficiencia de recursos. El profesional sanitario sufre directamente las carencias materiales y las restricciones en los presupuestos sanitarios. Esta repercusión no solo dificulta el trabajo clínico y crea estrés en el ambiente laboral sino que también disminuye las posibilidades de prevención del estrés.

¿QUE SE PUEDE HACER PARA PREVENIR O RESOLVER EL *BURNOUT*?

Creemos sinceramente que el *burnout* se puede prevenir y resolver. Se puede ser moderadamente optimista, aunque hay que tener cuidado, no es enemigo fácil, sobre todo porque cuando una persona está con *burnout* es peligrosamente contagiosa, es muy fácil entender sus quejas permanentes, sus actitudes negativas, sus recelos y rechazos, etc. De hecho es claramente perceptible que cuando en un grupo hay una persona quemada, los demás tienen más riesgo de quemarse. Por lo tanto es necesario procurar reconocerla y ayudarla en las fases iniciales. Cuando el síndrome esta ya en fases avanzadas, el sujeto se percata de su malestar, lo predica, pero no suele aceptar que lo suyo sea un proceso patológico, simplemente cree que la culpa es del sistema y de los demás. Sin embargo, en las primeras fases, es posible que otros compañeros se den cuenta antes que el propio interesado de que se está quemado. Puede que éste no note los pequeños cambios de humor, en su actitud hacia los demás o hacia el trabajo. Si de todas las maneras notase algún cambio probablemente lo negará o le restará importancia atribuyéndolo a otra causa. Por este motivo, los amigos, colegas o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el *burnout* y por tanto todos los profesionales del equipo deben ser conscientes que ellos mismos representan el sistema de alarma precoz de sus compañeros.

Las medidas de prevención y solución del burnout son diversas y son asequibles. Se puede aprender a cuidar y cuidarse a un tiempo, a sufrir estrés sin enfermar de estrés, a sentir y padecer la injusticia o la sobrecarga sin hundirse. Es cuestión de poner en

práctica ciertas normas de higiene mental y física relativamente sencillas, y que casi todos conocemos, pero que casi nunca practicamos.

Veamos algunas.

1. CONSEJOS Y ADAPTACIONES PERSONALES

Tabla 6: Consejos personales para prevenir el *burnout*

Centrarse en el “circulo de influencia”
Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables
Trabajar mejor en lugar de más
<ul style="list-style-type: none">• Establecer objetivos realistas• Hacer la misma cosa de manera distinta• Planificar adecuadamente nuestro tiempo• Permitirse pensar• Tomar las cosas con mas distancia
Cuidarse a sí mismo además de a los otros
<ul style="list-style-type: none">• Acentuar los aspectos positivos• Conocerse a sí mismo.• Establecer límites o fronteras• Mantener la vida privada• Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen• Cambiar de trabajo

- **Centrarse en el “circulo de influencia”**

Hemos visto que en el *burnout* pueden influir muchos factores externos. Ocurre que a veces nos preocupamos en exceso precisamente de los que (por ahora) no podemos modificar, lo que nos crea una molesta sensación de impotencia y bloquea la modificación de pequeños aspectos que sí está a nuestro alcance corregir para mejorarlos. No hay que olvidar que pequeños detalles pueden producir cambios significativos en nuestras emociones. Así ante una situación determinada, en el momento presente, hay que analizar qué nos gustaría (o sería razonable) cambiar para trabajar mejor y que esté, al menos en parte, a nuestro alcance. Así quizá no podamos modificar el sistema sanitario o cambiar a nuestro gerente, pero podemos hacer otras cosas más cercanas y quizá más rentables para nosotros.

- **Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables**

Un resultado indeseable del *burnout* es que comenzamos a abandonarnos. Podemos dejar de colocar los papeles con el resultado de que luego perdemos mucho tiempo y energía en encontrarlos; podemos no prestar atención al aspecto del despacho con el resultado de que tendremos la sensación de que trabajamos en una pocilga; podemos incluso abandonar nuestro aspecto físico o nuestros modales con el resultado de que podemos proyectar una imagen que aumente nuestra sensación de deterioro y los conflictos desagradables. Se podría argumentar que no tendríamos porqué preocuparnos de estas cosas si nuestra empresa fuera “como debería ser”. Pero esa actitud no nos servirá de consuelo y tampoco contribuirá a mejorar nuestro ánimo. Así que conviene que nos dispongamos a hacer una lista de las molestias que nos roban energía y que podríamos eliminar. Tener a mano los papeles de interconsulta y pruebas complementarias; organizar la información de las historias de forma que se visualice mejor; tener una mesa ordenada; conseguir que el despacho tenga un aspecto digno y agradable; detectar a los pacientes hiperfrecuentadores y elaborar una estrategia para manejarlos; decidir conscientemente la imagen que queremos proyectar y cuidarla (en la forma de vestir, en los modales) tener bien ordenados los libros, etc. Se puede comenzar priorizando diez tareas y dándonos un tiempo razonable para abordarlas (de uno a tres meses por ejemplo).

Como tarea complementaria a la anterior podemos crearnos una serie de **hábitos diarios que realmente nos resulten agradables** y que esté a nuestro alcance hacer. Esto es algo muy personal pero puede construir una disciplina del bienestar que puede ayudar a neutralizar situaciones adversas. Podemos tomarnos media hora para desayunar y leer el periódico; podemos escuchar música clásica mientras pasamos la consulta; podemos pararnos un poco con un paciente que nos resulte especialmente interesante; podemos llegar 15 minutos antes a la consulta y leer sistemáticamente un texto o artículo de calidad; podemos charlar un rato con un compañero de forma agradable... Se que mucha gente pensará que todo esto son tonterías que no cambian su consulta masificada o sus conflictos con los pacientes. Pero si lo intentaran quizá descubrirían otra perspectiva. Ciertos hábitos ayudan a sobrellevar la adversidad y a conectarnos con lo mucho que también hay en nuestra realidad de enriquecedor. Sin llegar a la disciplina de aquel oficial inglés de la película “El puente sobre el río Kway”. Sobre todo no convendría que nos arrebataran fácilmente **el hábito de trabajar con una mínima calidad, de sentirnos profesionales competentes y la sensación de que eso depende en una parte importante de nosotros**. Por suerte las nuevas tecnologías nos lo facilitan enormemente respecto a épocas anteriores.

- **Trabajar mejor en lugar de más** significa hacer pequeños cambios que puedan hacer el trabajo menos estresante, más eficiente y más llevadero. Siguiendo a Maslach, una serie de estrategias pueden ser útiles en este sentido.
 - **Establecer objetivos realistas**. Es frecuente en las profesiones humanitarias la presencia de ideales elevados, cuando no utópicos (la injusticia, el hambre, etc.). La mayoría de estas situaciones son imposibles de solucionar en la vida del individuo, por lo que, si no se orientan los objetivos, cada día de trabajo estará destinado a ser un fracaso. Mas que objetivos abstractos debemos procurar conseguir cosas más específicas, más factibles, teniendo en cuenta nuestras capacidades y limitaciones.
 - **Hacer la misma cosa de manera distinta**: Intentar huir de la rutina, siempre será útil, nos proporcionará mayor sentido de autonomía y libertad personal.
 - **Planificar adecuadamente nuestro tiempo**. Es importante ser consciente de cómo estamos utilizando nuestro tiempo. Podemos llevar unos días un registro pormenorizado y a partir de ahí organizarlo de una forma eficiente que permita utilizarlo precisamente en lo que nos interesa sin que “nos lo roben” o tengamos la sensación de que no lo controlamos.
 - **Permitirse pensar**. Proporcionarse la oportunidad de darse un respiro, de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una situación delicada o impertinente. La pausa del café a media mañana, puede ser útil para relajarse. Es importante evitar las prolongaciones de jornada gratuitas y frecuentes (a veces para seguir el ritmo de otros) que pueden contribuir al "agotamiento" y aversión hacia usuarios y colegas. En algunos trabajos se pueden hacer cambios de turno (menos estresante) por un tiempo limitado.
 - **Tomar las cosas con mas distancia**. El *burnout* aumenta cuando el profesional se implica demasiado con la gente. La empatía también supone distancia. No se puede ayudar profesionalmente sin ella. Eso implica asumir que no podemos “satisfacer” a todos nuestros pacientes (la satisfacción depende de variables que, en su mayor parte, no controlamos). También el saber “desconectar” y no llevarnos trabajo a casa (ni en las manos ni en la cabeza).

- **Cuidarse a sí mismo además de a los otros:** Será imposible que ayudemos a los demás si, en primer lugar no nos cuidamos de nosotros mismos. Para ello podemos poner en práctica alguna de estas estrategias.
 - **Acentuar los aspectos positivos.** En las relaciones de ayuda es frecuente la tendencia a los pensamientos negativos, focalizándose en los malos resultados de modo que pasa inadvertido el lado bueno que pueda tener el trabajo, a través de los éxitos y gratificaciones. Pensar en estos puede contrapesar las frustraciones. Esta situación suele acentuarse porque los usuarios no suelen agradecer el cuidado que han recibido; creen que quien les ha ayudado ha cumplido simplemente con su trabajo. Esta ausencia de refuerzo positivo que tanto necesita el profesional puede contribuir a la frustración.
 - **Conocerse a sí mismo.** Es importante tener capacidad de introspección, analizar nuestras propias reacciones y poder reflexionar sobre el por qué de tales reacciones. Este auto análisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, no significa un acto victimista, sino por el contrario, un paso hacia el crecimiento personal. En el apartado de técnicas cognitivas para el autocuidado personal se comentan algunos recursos para trabajar este aspecto esencial.
 - **Establecer límites o fronteras.** Es importante diferenciar lo que es el trabajo y lo que es el hogar. Aunque a veces no es fácil hay que intentar establecer una frontera entre ambos ámbitos. Maslach habla de "descompresión", como en las personas que practican el buceo. Si se ha descendido a mucha profundidad, no se debe ascender demasiado deprisa para evitar accidentes por entrada de nitrógeno en el torrente sanguíneo. Algo similar se puede hacer al volver del trabajo a casa, por ejemplo haciendo ejercicio físico caminando de regreso.
 - **Mantener la vida privada.** Sería una consecuencia de los anteriores. Muchas personas alivian su carga de tensión con amigos o con un cónyuge comprensivo. Es importante tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre, pero ni el trabajo ha de invadir nuestro tiempo libre, ni un "hobby" debe ocupar nuestro tiempo de trabajo pues esto suele ser un signo o consecuencia del *burnout*.
 - **Cambiar de trabajo.** Como último recurso o alternativa para profesionales "quemados" se puede considerar esta decisión que suele ser difícil en la sociedad en la que vivimos pero no imposible. En la práctica así sucede y profesionales afectados del síndrome acaban cambiando de trabajo, incluso de profesión. Si se cambia de trabajo hay que procurar que sea un auténtico cambio de trabajo. Por ejemplo, un médico no solucionará su problema si cambia de hospital para seguir haciendo lo mismo. No hay que olvidar la posibilidad de haberse equivocado a la hora de escoger nuestra profesión. Y si eso se percibe claramente – y es factible- quizá hay que plantarse seriamente un cambio.
 - **Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen.** Como hemos visto los síntomas del *burnout* se solapan con los de trastornos específicamente psiquiátricos como ansiedad o depresión siendo difícil, en muchas ocasiones, determinar si las condiciones laborales son la causa o el efecto de la perturbación emocional. A veces,

por ejemplo, una desmotivación en el trabajo puede constituir una evidencia de la anhedonia que acompaña a las depresiones. Es evidente que estos casos precisan una evaluación psiquiátrica y un tratamiento adecuados.

2. MANEJO SOCIAL E INSTITUCIONAL

- **Manejo social**

Muchas veces, en situaciones de "agotamiento" un buen soporte puede ser el cónyuge, el resto de la familia, o los amigos. Pero casi siempre va a ser más útil la ayuda de los propios compañeros de trabajo, que conocen los problemas que pueden haber conducido a esta situación. Con frecuencia ellos mismos pueden tener o haber tenido sensaciones similares. Los colegas pueden ayudar reduciendo la tensión emocional, actuando sobre la fuente del estrés o induciéndonos a afrontar la situación de forma más eficaz. Un compañero puede suministrar asistencia ante un usuario especialmente estresante, incluso sustituirnos provisionalmente. Un buen compañero, se ofrecerá gustoso como apoyo permitiendo la expresión de estados emocionales, lo cual es a veces muy útil. Es más fácil contar las penas a alguien amigable y que además está familiarizado con la situación. Este conocimiento comparativo, contribuye a evitar la tendencia a auto culpabilizarse y puede ayudar a resolver una situación difícil dándonos una visión distinta de la misma. Muchas veces al hablar con los compañeros, no damos cuenta que ellos tienen problemas similares a los nuestros, y que quizás los hemos magnificado en exceso. Los colegas también nos darán ánimo y con frecuencia son los únicos que reconocen nuestro trabajo bien hecho. Sería una buena costumbre que cuando un compañero hace algo bien se lo dijésemos y sobre todo **institucionalizar reuniones**, habiendo conseguido formación previa en recursos eficaces, para generar una autoayuda efectiva en los equipos o servicios. Estos conocimientos y rutinas deberían formar parte del cuerpo de conocimientos profesional de un médico de cualquier especialidad.

Por desgracia a veces hay entornos de trabajo donde el ambiente se ha deteriorado tanto y donde el porcentaje de "quemados" es tan grande, que no es fácil que se presten mutuamente ayuda sino que por el contrario el propio ambiente de trabajo contribuye aún más al *burnout*. Estas situaciones deberían detectarse y la empresa tendría que tener institucionalizada una ayuda externa. Esto tendría que hacerlo por motivos puramente egoístas. Cada vez hay más evidencia de que los profesionales con *burnout* pueden generar más gasto (últimamente se ha estudiado la relación entre *burnout* y gasto farmacéutico por ejemplo) y todo tipo de pérdidas más o menos intangibles (imagen, satisfacción de usuarios, etc).

Las sociedades científicas y los colegios profesionales pueden cumplir un papel importante generando actividades y foros donde los médicos puedan desarrollarse en todas las facetas incluida la formación continuada, las relaciones personales y las habilidades de autocuidado.

- **Gestión institucional**

Este es el punto más lejano de nuestro círculo de influencia pero, desde luego, no el menos importante. El que nos hayamos centrado en lo que nosotros podemos hacer no quiere decir, ni muchísimo menos, que las condiciones de trabajo no sean importantes. En una actividad como la sanitaria son esenciales. Y es obvio que en muchos casos no lo son. Y lo que es peor, menudo no existe la sensación de alguien este observando y pensando una estrategia para mejorarlas. No existen los profesionales que, en hospitales o atención primaria, se dediquen precisamente a observar la calidad de los puestos de trabajo y a elaborar estrategias y proveer recursos para mejorarla. La

sanidad pública, mayoritaria en nuestro país, es una estructura muy anquilosada y difícil de cambiar. Pueden coexistir en un mismo hospital la medicina de mayor calidad (trasplantes, última tecnología) con la situación más caótica (por ejemplo, un servicio de urgencias colapsado con profesionales que superan un horario de trabajo razonable, mal pagados, con falta de recursos y sin ninguna sensación de control sobre su situación). Pueden prometerse todo tipo de servicios a la población y luego no proveer los recursos suficientes con lo que los profesionales de atención primaria se pueden encontrar con expectativas a las que no pueden responder de ninguna manera, con masificación, con instalaciones insuficientes, con insuficiencia de recursos.

Es muy importante que la administración sanitaria clarifique los derechos y los deberes de los usuarios del sistema y priorice los servicios que quiere dar tomando las medidas estructurales necesarias. Que provea los recursos necesarios para que los profesionales puedan realizar su trabajo en una situación confortable y adecuadamente reconocida. Que desarrolle instrumentos adecuados de gestión que estimule a los profesionales y coordine a los distintos niveles asistenciales. Luchar por esto de forma organizada y firme no tendría que ser solo una cuestión sindical, sino una prioridad de todo el colectivo sanitario.

3. TÉCNICAS COGNITIVAS PARA EL AUTOCUIDADO EMOCIONAL

Tabla 7. Algunas técnicas cognitivas conductuales

<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la autoestima • Reestructuración cognitiva • Habilidades sociales: asertividad • Técnicas de afrontamiento • Relajación y visualización • Inoculación el estrés • Aserción encubierta • Inoculación del estrés

Frente al modelo psicoanalítico que ve la perturbación emocional como el reflejo de un conflicto inconsciente ocurrido en alguna fase del desarrollo infantil, la teoría cognitiva, cuyos representantes más conocidos son Albert Ellis y Aaron Beck, la conceptualizan como el resultado de procesar de forma inadecuada la información que recibimos, de tener ciertas *distorsiones cognitivas* o *creencias irracionales* que hacen que el individuo construya un sistema de significados no adaptativo. Por tanto el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a identificar sus pensamientos automáticos o sus creencias irracionales y a cambiarlos por otros más realistas en la hipótesis que “*al cambiar las cogniciones cambiarán las emociones*”. Los recursos cognitivos pueden utilizarse también como prevención de la perturbación emocional o, dicho de otro modo, como cuidado de la salud mental. En los textos médicos son frecuentemente reseñadas pero casi nunca expuestas de una manera lo suficientemente amplia que permita una mínima intervención o la posibilidad de acceder a la bibliografía original. Nos ha parecido que el médico puede beneficiarse de estas técnicas y las hemos aplicado a casos prácticos que suelen crearnos malestar. Esto supone que abogamos por una postura activa de prevención ante el *burnout*. Más adelante comentaremos que es una habilidad esencial saber pedir ayuda cuando estamos muy desbordados, pero también es verdad que no tenemos que sucumbir fácilmente ante la menor frustración y caer en la pasividad y la indefensión. Podemos utilizar la voluntad y el conocimiento para conquistar un estado razonable de bienestar emocional en nuestro trabajo. Los criterios de salud psicológica que se manejan el paradigma cognitivo pueden verse en la **tabla 8**.

Tabla 8. Criterios de salud psicológica

1. Interés en uno mismo
2. Interés social
3. Auto dirección
4. Alta tolerancia a la frustración
5. Flexibilidad
6. Aceptación de la incertidumbre
7. Comprometerse en ocupaciones creativas
8. Auto aceptación
9. Capacidad de asumir riesgos
10. Hedonismo de largo alcance
11. Antiutopías rígidas (no a los sistemas cerrados de creencias)
12. Asumir la propia responsabilidad de las emociones

Técnicas de REESTRUCTURACION COGNITIVA

“Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas.” Epicteto

Una paciente le dice a su médico que quiere ir al especialista por un dolor de espalda que le comenzó hace 24 horas. El médico la invita a sentarse y comienza a preguntarle por las características de su dolor pero la paciente aparenta estar muy tensa y al momento vuelve a pedir el volante para ir al especialista. El médico trata de explicarle que tiene que hacerle una mínima historia pero ella se levanta y se va dando un portazo, amenazando a voces con poner una reclamación y llamándole “gilipollas”.

Vamos a imaginar que esta situación la sufren tres médicos diferentes. **El médico A** siente una gran sensación de cólera, nota como se le calienta la cara, como todo su cuerpo se llena de tensión, comienza a tener una gran sensación de hostilidad que mantiene toda la mañana lo que le procura algún conflicto con otros pacientes y del que luego se siente culpable. **El médico B** se siente muy triste y tiene ganas de llorar. **El médico C** siente miedo, observa como le invade un sudor frío y cómo se le pone un nudo a la altura del epigastrio. **El médico D** se siente un poco frustrado pero también con curiosidad por la verdadera demanda de la paciente y así lo anota en la historia.

Según los psicólogos cognitivos Albert Ellis y Aaron Beck la diferencia en las emociones de los cuatro médicos depende de cómo están interpretando lo que les ha ocurrido, de cómo procesan la información que tienen. **El médico A pensó:** *“La mayoría de la gente es estúpida e insoportable, esto es injusto no lo aguanto más, se van a enterar”*. **El médico B pensó:** *“ Si fuera un médico competente no me pasarían estas cosas, soy un fracasado, no valgo nada, me falta carácter, soy débil”*. **El médico C pensó:** *“Me va a poner una reclamación, seguro que le dan la razón, me va a llamar el gerente y me van a quitar la interinidad”*. **El médico D pensó:** *“ Esta mujer me ha proyectado una gran hostilidad. Debe estar perturbada por algo, quizá esté deprimida o muy asustada o haya tenido una mala experiencia o cualquier otra cosa (puede ser simplemente una maleducada). Si vuelve trataré de abordar directamente sus expectativas. Si insiste en su actitud cortaré la relación y le diré que se cambie de médico”*.

En cada caso la emoción del médico fue consecuencia de la forma en que fue juzgado, interpretado y etiquetado el suceso. A veces los acontecimientos que nos ocurren los interpretamos de una forma racional, flexible, concreta y entonces tenemos **emociones adaptativas** como tristeza, si hemos perdido a un ser querido; enfado si nos han perjudicado en algo; miedo si nos vemos envueltos en una situación amenazante; o alegría si nos ha ocurrido algo agradable. En otras ocasiones, dependiendo de múltiples variables en las que influye de forma determinante el proceso de aprendizaje, los eventos los interpretamos de forma irracional, inadecuada, cometiendo errores lógicos

en el procesamiento de la información que nos pueden llevar a tener **emociones perturbadoras y poco adaptativas (tabla 9)** en el sentido de que no nos ayudan a cambiar para vivir mejor, sino que por el contrario nos hunden en actitudes que nos perjudican como la depresión, la ansiedad o la irritabilidad. La hipótesis es que podemos darnos cuenta de nuestra forma de procesar la información y podemos hacer algunos cambios para sentirnos mejor y relacionarnos más adecuadamente con los demás. Podemos aprender que detrás de una emoción hay siempre unos **“pensamientos automáticos”** que nos creemos acríticamente y que algunos de ellos pueden tener **“distorsiones cognitivas”**, errores lógicos contenidos en los pensamientos automáticos, que podemos cuestionar y modificar, de tal forma que nuestras emociones se sitúen en un margen adaptativo o racional. También podemos darnos cuenta de nuestro estilo de relacionarnos con el mundo, de algunos de nuestros **“esquemas cognitivos”** que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno.

Tabla 9: Distinción de emociones negativas	
RACIONALES	IRRACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Tristeza • Responsabilidad • Desilusión • Disgusto <p><i>Son adaptativas y suponen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar como negativo 2. Tolerancia a la frustración 3. Auto aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Culpabilidad • Vergüenza/apuro • Ira <p><i>No son adaptativas y suponen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tremendismo 2. “No soportar” 3. Auto condena

Así cuando tengamos una emoción perturbadora tenemos que aprender a seguir los siguientes pasos:

1. Prestar atención a los pensamientos automáticos

Todas las personas tenemos continuamente una “autocharla” (*self talk*) con nosotros mismos o, dicho de otra manera, una *corriente de conciencia* en forma de “*pensamientos automáticos*” que son los que producen las emociones y que tienen las siguiente características:

- Son mensajes específicos y parecen taquigrafiados. Suelen estar compuestos por pocas y esenciales palabras o por una imagen visual breve que, a veces funciona, como el encabezamiento de un grupo de recuerdos temidos, auto reproches o temores. Son como relámpagos, a veces, muy difíciles de percibir. **El médico B** se decía: “*soy un fracasado, me falta carácter, soy débil*” y se imaginaba viejo y abandonado.
- Se viven como espontáneos y suelen ser creídos acríticamente no importa lo irracionales que sean. Como generan emociones muy rápidamente “se sienten y evalúan como verdaderos” (razonamiento emocional), no tenemos la necesidad de probarlos. Muchas veces se confunden con “la intuición” (cosa con mucho prestigio para algunas personas). **El médico A** se decía: “*la mayoría de la gente es estúpida...*”
- Tienden a ser dramáticos, predicen catástrofes, ven peligros por todas partes. **El médico C** se decía: “*me va a denunciar, me van a echar...*”
- En muchos casos se expresan en términos de “*debería o tendría que*”. Albert Ellis dice que tras una emoción perturbadora siempre hay un debería, una exigencia absoluta hacia algo: “*debería haberme tratado bien*”, “*no debería haber cometido*

este error”, “no debería tener problemas”, “todos los pacientes deberían ser correctos conmigo”.

- Son difíciles de desviar porque forman un flujo de conciencia muy rápido que crea emociones que, a su vez, desatan otros nuevos en una espiral cada vez más intensa. Las expresiones “*comerse el coco*” o “*tener un nudo en la cabeza*” es ilustrativa
- En general los pensamientos automáticos dependen de “**esquemas cognitivos**” (tabla 11) que son aprendidos. Pueden derivarse de experiencias infantiles y de las actitudes de los padres y compañeros y forman parte del sistema de creencias del individuo. Muchos de los esquemas cognitivos desadaptativos están reforzados culturalmente y suelen activarse en situaciones que afectan a áreas relevantes del individuo como aceptación-rechazo, éxito-fracaso, salud-enfermedad o ganancia-pérdida. Por ejemplo algunos de los que predisponen a depresión y que, cuando existen, se pueden activar fácilmente en el trabajo médico (Beck 1967) son:
 - Para sentirme bien tengo que tener éxito en lo que me proponga.
 - Para sentirme bien, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
 - Si cometo un error significa que soy un inepto.
 - Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
 - Mi valía personal depende de lo que otros piensen de mí.

Tabla 11 : Esquemas cognitivos adaptativos y desadaptativos	
ADAPTATIVOS	DESADAPTATIVOS
No importa lo que ocurra, ya saldré adelante Si me esfuerzo en algo puedo llegar a dominarlo Soy un superviviente Los demás pueden confiar en mí La gente me respeta Puedo resolver los problemas Si me preparo con antelación, generalmente hago mejor las cosas Me gustan los retos No hay muchas cosas que puedan asustarme Lo normal es que las cosas me vayan bien	Debo ser perfecto en todo para ser aceptado Si elijo hacer algo debo tener éxito Soy un fracaso Sin una mujer (u hombre) no soy nadie No importa lo que haga, no triunfaré No se puede confiar en los demás Nunca puedo sentirme cómodo entre la gente Si cometo un error lo perderé todo El mundo es demasiado aterrador para mí Aunque ahora las cosas me vayan bien terminarán yendo mal

Por tanto ante cualquier situación (o recuerdo) que nos cause una emoción desagradable tenemos que tener la actitud de buscar activamente los pensamientos automáticos que se nos rondan en ese momento la cabeza. Con un cierto hábito esto se puede hacer de una forma rápida, bien en el mismo momento o mejor en un tiempo que se dedique específicamente a ello. Se trata de recordar la situación y escuchar el dialogo interno. A medida que se van detectando se los anota y entonces ya puede pasarse al paso siguiente.

2. Identificación de distorsiones cognitivas y su reestructuración

¿Puede afirmarse con un grado de probabilidad aceptable, como hizo el médico A, que *la mayoría la gente es estúpida* porque una paciente hubiera tenido un comportamiento inadecuado?. ¿Puede el médico B afirmar con una lógica racional que *un médico competente no tiene conflictos de relación con los pacientes* y de ahí dar el salto a que él es una persona débil y sin carácter?. Evidentemente no. Pero si nos acostumbramos a observar nuestros pensamientos automáticos nos daremos cuenta que en muchas ocasiones nos decimos, en algunas facetas de nuestra vida, cosas igual de tremendistas e ilógicas que nos hacen sentirnos muy mal. La causa de ello es que algunos pensamientos automáticos presentan algún tipo de errores lógicos que Aaron Beck denomina **distorsiones cognitivas**. Son errores sistemáticos que se producen en el

procesamiento de la información, lo que nos produce un sesgo en la interpretación de las relaciones con los demás, de los sucesos que nos ocurren o de nuestra propia auto imagen, haciéndonos llegar a conclusiones absolutas, exageradas y excesivamente generales. Tendría un pensamiento primitivo frente a un pensamiento más maduro que podría tener. (Tabla 12).

Tabla 12. Tipos de pensamiento

PENSAMIENTO PRIMITIVO	PENSAMIENTO MADURO
1. No dimensional y global "soy un miedoso"	1. Multidimensional "Soy medianamente miedoso, bastante generoso y e inteligente en algunos aspectos."
2. Absolutista y moralista "soy un despreciable cobarde"	2. Relativo: no emite juicios de valor "Tengo más miedo que la mayoría de las personas que conozco"
3. Invariable "siempre fui y siempre seré un cobarde"	3. Variable "Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra"
4. Diagnóstico basado en el carácter "hay algo extraño en mi carácter"	4. Diagnóstico conductual "Evito en gran medida muchas situaciones y tengo diversos miedos".
5. Irreversibilidad "Como soy intrínsecamente débil no hay nada que pueda hacer con mi problema"	5. Reversibilidad "Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos"

Adaptado de Aarón Beck. *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB1983

Es importante, después de detectar los pensamientos automáticos ligados a una emoción, saber detectar si tienen alguna distorsión cognitiva para "reestructurarla" es decir para detectar su error lógico y de una manera racional cambiarlo por otro aserto más adaptativo lo que, en general, ayuda a cambiar la emoción. Para ello hay algunas **técnicas de reestructuración** que se reseñan a continuación. Cuando se analice más adelante cada distorsión, en el apartado reestructuración se darán algunas sugerencias para neutralizarlas.

- **La interrogación socrática o descubrimiento guiado**

Se trata de hacerse preguntas inductivas que ayuden a cambiar la "percepción rígida" de la realidad por un estado de curiosidad. Se trata de darse cuenta de que hay otras alternativas a la interpretación de lo que le ocurre. En momentos de perturbación puede ser difícil hacerlo uno mismo. Aún así puede desarrollarse el hábito de cuestionar las distorsiones cognitivas haciéndose preguntas por escrito. Puede utilizarse el truco (que funciona) de escribir un diálogo entre uno mismo y un *alter ego* terapeuta (médico K).

Medico K: ¿Qué significa que eres un "desastre"?

Médico: Que hago todo mal.

MK: ¿Cómo puedes hacer todo mal?

M: Si no, no me hubiera pasado este mes en el gasto de farmacia..

MK: ¿Estás seguro de que porque te hayas pasado en los objetivos de farmacia (arbitrarios) que te han marcado eres un "desastre" como persona o como médico.

M: No estoy seguro.

MK: Además ¿puede una persona hacer TODO mal?.¿Se puede ser un "desastre" como persona solo por un incidente profesional?

- **La evaluación de la evidencia**

Los pensamientos automáticos específicos o grupos de pensamientos automáticos, son expuestos como hipótesis y se trata de buscar pruebas tanto a favor como en contra. Se trata de ver si las premisas en las que se basa el silogismo lógico son correctas. Porque la aceptación de una premisa falsa lleva a una conclusión falsa. Esto también conviene hacerlo por escrito siguiendo el mismo sistema. Veamos el médico del ejemplo.

Médico: “ Si fuera un médico competente no me pasarían estas cosas, soy un fracasado, no valgo nada, me falta carácter, soy débil”.

Médico K: Piensa en un medico que tu creas competente, el que más respetes.

M: El Dr. X

MK: ¿Puedes asegurar que nunca ha tenido ningún problema con ningún paciente?.

M: No. Yo mismo he presenciado algunas interacciones problemáticas con algunos pacientes.

MK: Y ¿lo consideras un fracasado?.

M: No en absoluto

MK: ¿Entonces...?

- **Técnicas de retribución**

Es frecuente auto atribuirse la culpa o la responsabilidad de acontecimientos negativos. La técnica de retribución se utiliza cuando nos atribuimos de forma poco realista, las consecuencias negativas de un evento a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o esfuerzo. Se trata de estimular un pensamiento maduro, cuestionando las interpretaciones globales, no dimensionales y referidas al carácter y de una forma lógica, según la información disponible, atribuir la responsabilidad a quien realmente corresponda. Lo importante no es liberarse de toda responsabilidad sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa.

Médico K: ¿Qué error has cometido en concreto para que ese paciente se haya enfadado?

Médico: La verdad creo que ninguno. Solo he tratado de hacerle una historia clínica.

MK:¿No pudiera ser que la paciente estuviera, por ejemplo, perturbada o asustada y que su reacción no fuera, en su mayor parte responsabilidad tuya?

M: Es verdad es lo más probable.

MK: Porque ¿quién es en último término el responsable de una emoción, de una conducta?.

Cuando un paciente está en una terapia cognitiva es el terapeuta el que le ayuda y le enseña a reestructurar. Esto a veces puede ser necesario porque el proceso de comunicación con otro es en sí mismo terapéutico y además el terapeuta tiene una visión externa que puede ayudar a encontrar cogniciones más distanciadas y equilibradas. Esto quiere decir que a veces, si nos sentimos muy perturbados, puede ser necesario pedir ayuda a un profesional competente aunque a los médicos nos cueste bastante hacerlo. Sin embargo también podemos ayudarnos a nosotros mismos aprendiendo algunos de los recursos aquí reseñados. A continuación se describen algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes y se sugieren técnicas para reestructurarlas. Es importante darse cuenta del error lógico, de lo que sería deseable

desde el punto de vista racional y luego convertir eso en una frase clara que nos podamos decir a nosotros mismos, con fuerza, para neutralizar los pensamientos automáticos distorsionados. De lo que se trata es de encontrar el argumento en concreto que para nosotros es relevante y neutraliza la distorsión o el esquema (lo que, en el mejor de los casos, supone un cambio en las emociones). No puede esperarse un resultado inmediato. Hay que tomárselo como un entrenamiento para cambiar hábitos muy arraigados, lo que va a necesitar disciplina y persistencia en el tiempo.

Tabla 13: Algunas distorsiones cognitivas

Abstracción selectiva o filtraje (AS)
Inferencia arbitraria (IA)
Sobre generalización (IA/SG)
Pensamiento polarizado o dicotómico (PP)
Pensamiento catastrofista (C)
Interpretación del pensamiento (IP)
Personalización (P)
Falacias de control (FC)
Falacia de la justicia (FJ)
Falacia de la recompensa divina (FRD)
Falacia del cambio (Fc)
Razonamiento emocional (RE)
Deberías (D)

1. Abstracción selectiva o filtraje (relativo al estímulo)

Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia sobre la base de ese fragmento. Se resalta un simple detalle y todo el resto del evento se ve teñido por ese detalle. *Un médico terminó la jornada con la sensación de que todos sus pacientes eran “unos estúpidos” solo porque una señora le había recriminado a gritos que no la hubiera mandado al especialista que ella quería. Olvidó al resto de pacientes de la mañana con los que había tenido una relación correcta y a una señora que le había hecho unas pastas por mejorarle el dolor de espalda.*

Aquí se filtra la realidad, se ve con una *visión de túnel*, seleccionando solo algunos aspectos. Y cada persona tiene su túnel particular, sus esquemas cognitivos, con los que observa el mundo. Así, por ejemplo, los depresivos seleccionan elementos que sugieren pérdidas, los que tienen ansiedad seleccionan peligros y los coléricos buscan evidencias de injusticia. Además “sentimos” que ese túnel es el verdadero. Por otra parte los mecanismos del recuerdo son también muy selectivos. De una historia completa solo se recuerdan algunos detalles muy cargados de emocionalidad, con lo que un paciente depresivo puede revisar el pasado y sentir que todo ha sido negativo. El resultado es que todos los temores, carencias e irritaciones se exageran en importancia porque llenan la conciencia con exclusión de todo lo demás.

- **Reestructuración:** Hay que utilizar la lógica para **identificar aspectos positivos** que se pasan por alto una vez identificado el tema mental primario. Si el tema es pérdida se prestará atención a todo lo que de valor se tiene. Si el tema es peligro se prestará atención a las cosas del ambiente que representan comodidad y seguridad. Si el tema es injusticia (incluyendo estupidez, incompetencia, etc.) se prestará atención a lo que hacen las personas que merecen su aprobación. Siempre hay que combatir la exageración. Esta suele estar representada por palabras como *terrible*, *repugnante*, “no puedo resistirlo”, etc. La historia humana demuestra que casi todo se puede resistir y uno puede acostumbrarse y afrontar casi todo. Además en cualquier caso siempre “estamos resistiendo” lo que nos ocurre así que se trata de que el problema no haga más daño que el que objetivamente hace. Otra posibilidad

es **centrar la atención en las estrategias de afrontamiento** que el problema puede tener más que obsesionarse en interpretarlo de una manera sesgada.

2. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta).

Consiste en el proceso de adelantar una conclusión sin la suficiente evidencia que la apoye o a pesar de que la evidencia sea contraria a la conclusión. *Si cometo un error en un diagnóstico significa que “soy un mal médico”. Si me suspenden en un examen pienso que nunca seré capaz de aprobarlo porque soy poco inteligente. Si me rechazan en un trabajo pienso que nunca voy a ser capaz de encontrar trabajo porque tengo un carácter débil. Si un paciente es desagradable conmigo es porque no tengo carácter.*

- **Reestructuración:** Hay que *examinar que cantidad de evidencia* existe, en realidad, para llegar las conclusiones que obtenemos. Tratar siempre las premisas como hipótesis Para esto es útil la **técnica de las tres columnas**: pruebas a favor de mi conclusión/pruebas en contra/ conclusión alternativa. También se utilizan las **técnicas de retribución** para combatir la culpa o la responsabilidad incorrectamente atribuida. *El paciente se ha comportado de forma desagradable: ¿qué tiene que ver eso con mi comunicación con él en la consulta?, ¿qué podría haber hecho para evitarlo?, ¿qué sabe el paciente de mi carácter?, ¿Es racional hablar de carácter de forma global?, ¿tengo yo toda la responsabilidad en un proceso de comunicación?...*

3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta)

Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a otras inconexas. Se asume que si algo es cierto en un caso se puede aplicar a otro que sea mínimamente similar. *Si me suspenden en un examen significa que “nunca voy a ser capaz de aprobar nada en la vida”. Si se me complica una técnica significa que “siempre seré un negado para la cirugía”. Si me da miedo afrontar una situación supone que siempre seré un “maldito cobarde”. Si me rechaza una persona que me gusta supone que me van a rechazar siempre y nunca me va a querer nadie.* Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida ya que se termina viviendo como si existieran leyes absolutas que gobernarán nuestra la existencia. Lo peor es que muchas veces esto termina resultando cierto porque los asertos *siempre (seré un fracaso...), nunca (seré apreciado...), nadie (se merece...)*, terminan convirtiéndose en profecías auto cumplidoras que operan en la medida en que uno se las cree y afectan a nuestra conducta.

- **Reestructuración:** Hay que sospechar generalización cuando se utilicen las palabras *siempre, nunca, todos, ninguno, nadie*. lo cual supone no permitirse un lenguaje tremendista en ningún caso. El lenguaje tiene mucha importancia en nuestras emociones para bien y para mal. Hay que **combatir los absolutos**. Así si, por ejemplo, nos decimos *“siempre he sido así”* hay que cambiarlo de inmediato por *“hasta ahora bastantes veces he actuado así*. Esto es una afirmación mucho más adecuada que incluye la posibilidad de cambiar. El médico llevado por experiencias previas puede desarrollar con facilidad, en la rutina de su trabajo, pensamientos automáticos que incluyan la generalización excesiva, lo que le lleva a “profecías autocumplidoras” que le impiden modificar conductas o emociones que le son desagradables.

4. Pensamiento polarizado o dicotómico

Es un pensamiento del “todo o nada”. Consiste en clasificar todas las experiencias en dos categorías opuestas. Todo es “blanco o negro” no existen grises. *Un médico pensaba que sus artículos o eran buenos o eran malos. Otro pensaba que un colega tenía o no tenía talento. Un médico de familia clasificaba a los especialistas del hospital en magníficos o fatales.*

Esto es especialmente peligroso cuando se aplica a cómo una persona se juzga a sí misma o a las demás. *O tiene éxito en algo o es un perdedor. O es brillante o es un mediocre. O es perfecto o es un estúpido.* Pensar así inevitablemente lleva a un bamboleo emocional que habitualmente termina paralizando porque, aunque uno pueda sentirse bien cuando algo le sale bien, terminará sintiéndose muy mal cuando fracase en algo y se sienta inferior a los demás. Estar continuamente comparándose y valorándose respecto a los otros, además de ser irracional, conlleva inevitablemente que esos juicios se vuelvan contra uno mismo. Si una persona piensa que los que se deprimen lo hacen porque son débiles o inferiores, puede sentirse muy mal si algún día se siente deprimido.

- **Reestructuración:** Hay que **cuestionar cualquier juicio en blanco o en negro.** Esto está ligado con el concepto de auto aceptación que puede verse más adelante. La gente no es feliz o triste, valiente o cobarde, buena o mala. Los seres humanos somos demasiado complejos como para ser reducidos a juicios dicotómicos. Por suerte todos tenemos un poco de todo, navegamos en una escala de grises y tenemos tantas facetas que somos inclasificables. Puede ser de utilidad **pensar en términos de porcentaje:** *“un 30% de mí tiene miedo a la muerte pero el 70% aguanta y se enfrenta a ella”.* Hay que ser conscientes que la competitividad que actualmente se da en la medicina alienta esta forma de ver las cosas y que esto puede ser muy destructivo, porque en una dinámica de pensamiento polarizado nunca se tiene lo suficiente, siempre se está al borde del fracaso total aunque se hayan conseguido muchos retos.

5. Pensamiento catastrofista

Una persona con pensamientos catastróficos *“siempre se pone en lo peor”* y se siente como si lo peor ya hubiera ocurrido. Ignora totalmente la probabilidad de que un suceso amenazante suceda. Aunque sea muy improbable él se siente como si la peor de las hipótesis fuera inminente. El resultado es una ansiedad permanente. La clave está en la palabras “y si”. *¿Y si este dolor de cabeza es un cáncer?; ¿y si mi hijo se estrella con el coche?; ¿y si secuestran el avión; ¿y si al paciente le da una reacción alérgica al fármaco que le he dado? Y si la paciente me pone una demanda y el gerente me quita la interinidad?.* La lista es interminable y una imaginación catastrofista fértil es inagotable.

- **Reestructuración:** Hay que ser conscientes de que la vida tiene siempre un cierto grado de incertidumbre pero está regida por la probabilidad. Así buscar la seguridad absoluta es poco adaptativo. Se terminan corriendo más riesgos (para la salud mental) cuando no se asume que hay que correr algunos riesgos para vivir. Hay que tratar de **pensar en términos de probabilidad.** *¿Cuánto es el riesgo aproximado en porcentaje?.* Además hay que tener en cuenta que el miedo no demuestra nada, que no hace más probable que lo que se teme ocurra. Creer esto es un mecanismo supersticioso muy alentado por nuestra cultura (“las corazonadas”). Por el contrario hay que recordar las veces que nos hemos equivocado anteriormente en nuestras sospechas cuando nos pusimos en lo peor y esto no ocurrió.

6. Interpretación del pensamiento

Las relaciones entre las personas están muy condicionadas por lo que “*pensamos que piensan los demás*”. Algunas personas tienden a ser demasiado tajantes en esto y hacen interpretaciones repentinas e infundadas de la conducta de los otros y de los que les motiva. *Un médico al observar el rostro de un paciente pensó que venía a montar una bronca y se sintió asustado y desalentado. Sin embargo solo venía a pedirle ayuda porque había ocurrido un accidente de tráfico. Un médico se fue quedando cada vez más aislado en el centro de salud porque interpretaba que sus compañeros no lo apreciaban porque no le cambiaban las guardias cuando él quería.* Una vez más, el hacer atribuciones rígidas sobre las intenciones de los demás lleva a profecías que se autocumplen. Como estas cosas no suelen hablarse lo que se suele hacer es cambiar la conducta. Así si atribuimos que nuestros compañeros nos critican, comenzaremos a tener conductas recelosas que harán que de verdad nos critiquen y se deteriore la relación con ellos. Este tipo de pensamientos tienen a menudo que ver con el miedo “al que dirán”. Atribuimos a los demás pensamientos que muchas veces son proyecciones de los nuestros. Así, muchas veces se da la paradoja que el que más critica más se preocupa por que le critiquen. Esto es muy frecuente en las comunidades pequeñas y es bien conocido por los médicos que trabajan en ellas. Pero también afecta mucho a la relación médico paciente.

- **Reestructuración:** conviene “darse cuenta” que, a la larga, es mejor no hacer inferencia alguna sobre lo que piensa la gente. Hay **que tratar todas las atribuciones que tenemos sobre los demás como si fueran hipótesis que deben ser probadas**. Si es necesario puede hablarse directamente con la persona interesada. Si se carece de información directa, pero se poseen otras evidencias, hay que evaluar la conclusión usando la técnica de las tres columnas citada anteriormente. Para un médico tiene que formar parte de su profesionalidad saber establecer una distancia con “la interpretación del pensamiento” que inevitablemente hace en ocasiones de los pacientes. Tiene que ser consciente de sus propias proyecciones para poder elaborarlas y guardar una distancia terapéutica eficaz.

7. Personalización

Es la tendencia de relacionar cosas del entorno con uno mismo, de atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. *Una médico se sentía culpable cada vez que veía que un tratamiento no producía los efectos esperados. Un médico creía que cuando hablaban de que la seguridad social funcionaba mal hablaban de él. Una mujer creía que cuando su marido decía que estaba cansado es que estaba cansado de ella.*

Un aspecto importante es el hábito de estar comparándose continuamente con los demás. *Es mejor médico que yo. Tengo más talento que él. Soy el más inteligente. Siempre he sido inferior a él.* La presunción subyacente es que el valor de las personas es cuestionable. Por tanto una persona con esta distorsión siempre se verá forzado a probar el suyo midiéndose a sí mismo en relación con los demás. El error básico es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada, como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

- **Reestructuración:** Hay que recurrir a la **técnica de la desatribución**, utilizando la lógica para probar sistemáticamente las personalizaciones, incluso preguntando directamente a la persona interesada. Si no se puede preguntar puede usarse el método de las tres columnas. El método socrático también es eficaz para neutralizar esta distorsión. Además siempre hay que **cuestionar el hábito de compararse con los demás** demostrando la irracionalidad de la idea. El valor global de una persona

es algo que no puede calcularse. Ni siquiera es fácil comparar cualidades específicas porque no son algo estático. Se trata de autoaceptarse y creerse igual de válido que lo demás teniendo objetivos propios y persiguiéndolos de manera sistemática.

8. Falacias de control

- **Hay personas que se sienten indefensas**, que se creen externamente controladas, que piensan que no pueden hacer nada para construir sus vidas. Allí donde miran solo ven pruebas de indefensión. Otra persona o una situación son las responsables de su dolor de sus pérdidas, de su fracaso. *Un médico se sentía “quemado” y pensaba que eso no podía mejorar hasta que no cambiara todo el sistema sanitario de manera radical. Un hombre pensaba que no podía ser feliz porque no tenía pareja. Una mujer pensaba que mientras su marido no cambiara ella sufriría.* Sin embargo las personas estamos tomando decisiones continuamente y en alguna medida tenemos alguna responsabilidad en lo que nos ocurre. Y siempre podemos hacer algo por cambiar lo que no nos gusta o para asumirlo, por el momento, mientras encontramos otra salida, pero impidiendo que eso arruine toda nuestra experiencia.
- **Otras personas, por el contrario, se creen omnipotentes**, responsables de todo y de todos, llevan al mundo sobre sus hombros. *Los compañeros de trabajo dependen de ellos, los amigos también. Se sienten responsables de la felicidad o la soledad de otros. Deben hacer justicia a todas las ofensas, saciar toda necesidad, y curar todas las heridas. Y si no es así se sienten culpables.* Detrás de todo ello está una creencia exagerada en su poder para satisfacer todas las necesidades y la expectativa de que son ellas y no los demás los responsables de satisfacerlas.
- **Reestructuración:** Hay que darse cuenta que **las personas somos, en cierta medida, responsables de nuestras emociones y también de lo que nos sucede.** Así hay que aprender a evaluar las elecciones que hemos hecho y tratar de e realizar los cambios que dependan de nosotros mismos, de nuestro “*círculo de influencia*”. Actualmente existe una cultura, muy difundida en los medios de comunicación, en la que se trasmite que siempre hay un culpable de lo que ocurre, que el individuo concreto siempre es una víctima de algo: de su pareja, del sistema, de su infancia, etc. Sin embargo una persona siempre puede tomar decisiones que la puedan llevar a sentirse mejor aunque supongan un riesgo inicial. Así, una mujer que no tolera a un marido alcohólico que no deja de beber, puede decidir hacer algo en vez de deprimirse. Puede decidir, incluso, no vivir con él a pesar de las dificultades que esto tenga. Por otro lado una parte del respeto a los otros supone dejarlos vivir sus propias vidas, solucionar sus propios problemas, dejarlos que sean (de hecho lo son) responsables de ellos mismos y de sus emociones. Eso no significa no ser solidarios con los demás pero nunca hay que olvidar que cada uno pilota su propio proyecto de vida y es responsable de él como un individuo autónomo. El médico puede ayudar al paciente pero no puede (ni debe) sustituirlo en las decisiones que tome libremente sobre su vida.

9. Falacia de justicia

Consiste en aplicar normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se considera justo lo que uno espera o necesita de la otra persona, según el tipo de relación que se haya tenido con ella. El problema es que esto es una evaluación siempre subjetiva y el concepto puede ponerse fácilmente al servicio de los propios intereses, con lo que cada persona queda inmovilizada en su propio punto de vista.

Se expresa generalmente con frases condicionales: *si me quisiera vendría conmigo de viaje; si fuera un buen compañero me cambiaría la guardia; si me apreciara no me hubiera dicho que no le gustaba mi artículo*. Resulta tentador hacer suposiciones sobre como cambiarían las cosas si la gente jugara limpio y nos valorara “adecuadamente”. Pero las otras personas casi nunca ven justo lo que nosotros creemos y al final terminamos llenos de resentimiento.

- **Reestructuración:** Hay que **tratar de clarificar y expresar claramente nuestras preferencias o necesidades sin vestirlas con el disfraz de la justicia**. Y también aprender a no dejarse manipular por otros que lo utilicen. Fuera de un juzgado el concepto de justicia es una abstracción que puede producir gran irritación (está en la base de los pensamientos automáticos que producen cólera) e infelicidad y suele utilizarse para encubrir intereses personales que podrían ser legítimos sin recurrir a él. Hay que tener la lucidez de darse cuenta que efectivamente en la vida no existe simetría respecto a como se distribuyen las cosas positivas. Las personas nacemos con capacidades y habilidades diferentes y parece que las experiencias positivas y negativas se distribuyen aleatoriamente. Nadie podemos esperar una protección mágica contra la adversidad y hay que asumir que todos navegamos en la incertidumbre.

10. Falacia de la recompensa divina.

Hay personas que siempre renuncian a sus propios intereses para tratar de comportarse “correctamente” con los demás, incluso sin que estos se lo pidan, en espera de que luego serán recompensados de alguna forma, por ejemplo suponiendo que los demás los apreciarán más *Un médico de familia siempre estaba pensando en como agradar a sus pacientes. Los veía sin cita incluso cuando había terminado su jornada de trabajo, en las guardias –sin ser situaciones urgentes- e incluso les daba a todos los que se lo pedían el teléfono de su casa por si lo necesitaban para algo. Así terminaba cada día más tarde la consulta y, cada vez con mayor frecuencia, lo llamaban a casa interfiriendo en su vida privada con gran malestar de su familia. En muchos casos renunciaba a actividades de ocio para satisfacer demandas banales que le hacían en cualquier momento. Para él la medicina de familia precisaba continuidad en la atención y creía que esto terminaban agradeciéndolo siempre todos los pacientes en forma de respeto y admiración. Sin embargo cuando pasó el tiempo se fue dando cuenta de que las demandas aumentaban y que muchos pacientes, a los que había hecho favores dejaban de confiar en él sin motivo aparente o se irritaban airadamente cuando dejó de atenderles por teléfono. Tras una denuncia, para él infundada, cayó en un estado depresivo que precisó tratamiento médico.*

- **Reestructuración:** Para sentirse bien hay que satisfacer algunos intereses personales básicos. *Hay que procurar hacer cosas que recompensen en sí mismas*. Las relaciones, la consecución de fines, el cuidado que se da a la gente que se ama conviene que sean intrínsecamente gratificantes. Es necesario organizar las actividades para conseguir, aquí y ahora, alguna recompensa. *Es parte de la responsabilidad de cada uno no hacer cosas que le llevarán a estar resentido*. Así como no desear que los demás hagan cosas que nosotros no queremos hacer. Aunque el trabajo médico tenga que tener una parte de abnegación no hay que olvidar que hay que poner límites a las demandas de los pacientes (y de los jefes) y no caer en la tentación de tratar de “satisfacerlos siempre, en cualquier momento”. Eso puede no tener límite y paradójicamente no suele generar el respeto y el agradecimiento de la gente sino más bien la banalización y la protesta airada a la más mínima frustración.

11. Falacia del cambio

La única persona sobre la que tenemos cierto control y podemos intentar cambiar somos nosotros mismos. La falacia del cambio supone que una persona cambiará para adaptarse a nosotros si se la presiona lo suficiente. *El Dr. X pensaba que la mejor manera de trabajar era en equipo, sobre todo compartiendo protocolos de trabajo. Pero, por distintos motivos sus compañeros de centro de salud no pensaban lo mismo. A pesar de eso se empeñaba en organizar sesiones clínicas que solo empeoraban las relaciones personales y a las que sus compañeros iban con desgana. El Dr. X creía que con el tiempo sus compañeros comprenderían que esa era la mejor manera de trabajar y cifraba su bienestar profesional en ese cambio. Al ver que esto no ocurría comenzó a sentirse cada vez irritable y pesimista, comprometiendo su propio trabajo con los pacientes y sus posibilidades profesionales.* Aquí la energía se dirige hacia los demás porque la esperanza de felicidad se encuentra en que los demás satisfagan nuestras necesidades. Así se les trata de cambiar presionándolos de muchas maneras: culpándoles, exigiéndoles, ocultándoles cosas, negociando. Pero generalmente la otra persona se resiste a cambiar y se suele sentir atacada y resentida.

- **Reestructuración:** Cuando una persona trata de obligar a los demás a cambiar está pidiéndoles que sean diferentes para que pueda ser feliz. Esto supone que cree que su felicidad depende de los demás y de su conducta. Pero *la felicidad depende de cada uno, de las decisiones que tomamos, de lo que hacemos.* Ha de decidir si se va o se queda, si trabaja de médico o de electricista, si dice que sí o que no. *Tenemos que asumir a los demás como son aquí y ahora y no exigirles cambios radicales.* Esa es por ejemplo la base de muchos conflictos de pareja. El método socrático es un bueno para trabajar este pensamiento distorsionado.

12. Razonamiento emocional

Casi todas las distorsiones anteriores están teñidas de razonamiento emocional. *Los humanos tendemos a creer como verdad lo que sentimos.* Si nos sentimos débiles o feos o culpables asumimos que lo somos. Pero las emociones no demuestran nada, como mucho pueden ser profecías autocumplidoras si condicionan nuestra conducta.

Las emociones suelen ser producto de los pensamientos automáticos y si una persona tiene distorsiones cognitivas las emociones reflejan esas distorsiones.

- **Reestructuración:** Hay que darse cuenta que *lo que sentimos depende mucho de cómo interpretamos la realidad.* Si tenemos distorsiones cognitivas nuestras emociones pueden mentirnos, solo son el producto de esa distorsión. No hay nada sagrado o “verdadero” en lo que una persona siente. Las emociones hay que tenerlas en cuenta, en muchos casos son adaptativas y nos permiten reaccionar rápido, pero no asumirlas acríticamente.

13. Los “debería”.

Albert Ellis cree que tras una perturbación emocional hay siempre un *debería*, una *exigencia perturbadora* que está en la base de la creencia irracional de los que nos ocurre. En general tendemos a *exigir absolutamente* actuar siempre bien y encontrar la aprobación de ciertas personas significativas; que los demás nos traten siempre de forma correcta y amable; que todo nos salga bien y sin contratiempos en la vida. Y si no, solemos pensar que los demás o el mundo son estúpidos o faltos de valor. Entramos en una actitud de “no soportar” la frustración y de centrarnos de forma obsesiva en lo que no podemos tener. Trabajar de médico tiende a desarrollar multitud de exigencias perturbadoras. A veces exigimos la aprobación de todos los pacientes; no cometer

ningún error y ser perfectos de forma continua; que todos nos traten de forma correcta; no tener dificultades y que no surjan situaciones desagradables. Y si no ocurre esto tenemos tendencia a sentirnos culpables o irritados, clamando la injusticia de que la gente o la realidad sea así.

- **Reestructuración:** El secreto está en **mantenerse en las preferencias**. Todos preferimos, por ejemplo, que la gente sea amable o que nos aprueben nuestros pacientes. Pero podemos asumir que no siempre esto va a ser así. Y no por ello tenemos que ser tremendistas y “dar el salto” a pensar cosas perturbadoras e inciertas como “*no puedo soportar haber cometido un error*” o “*si este paciente es desagradable es que es una mala persona*” o “*debería encontrar fácilmente trabajo o si no es que no valgo lo suficiente*”. Se trata de asumir que todos somos humanos, podemos cometer errores y estamos en un proceso continuo de aprendizaje. En los libros de Albert Ellis (ver bibliografía) se ilustran multitud de recursos para neutralizar los debería.

En el **anexo1** se indica la forma de utilizar un registro para reestructurar algunos de los ejemplos vistos en este apartado con la bibliografía básica para seguir aprendiendo.

Manejo de la AUTOESTIMA

Todos tenemos una percepción del valor que nos damos a nosotros mismos y eso afecta de forma decisiva a todos los aspectos de nuestra experiencia. Muchas personas se sienten menos que otros, inferiores, y esa sensación está en la base de muchas de sus conductas, frecuentemente desadaptativas y causantes de dolor y conflictos interpersonales.

Las personas, a veces, tenemos tendencia a juzgarnos por nuestros logros, por lo que hemos conseguido en función de las expectativas que tenemos. En una sociedad donde el éxito social es sumamente valorado, mucha gente se cree inferior si se compara con los triunfadores. Parecería que una alta autoestima estaría relacionada con el éxito que una persona ha conseguido en relación con sus expectativas previas. Pero también hay triunfadores sociales que se sienten mal consigo mismos. Gente rica y muy reconocida socialmente que en su interior se siente un impostor, alguien sin valor, que está engañando a los demás, que no se siente merecedor de ese reconocimiento y no puede disfrutarlo.

Natahaniel Branden plantea que la **autoestima** no debe venir determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, dependería de vivir conscientemente, aceptándonos a nosotros mismos y actuando con responsabilidad, racionalidad, autenticidad, benevolencia e integridad. El individuo se valoraría a sí mismo porque ha actuado inteligente, correcta y competentemente, independientemente de si consigue sus objetivos.

Albert Ellis reconoce que el ser humano tiene tendencia a tener una imagen global de sí mismo pero esto le parece una idea irracional. Para él, el concepto de valía es un término que no tiene sentido cuando se refiere al ser humano. Frente a esto plantea el concepto de **auto aceptación**. El individuo puede vivir sin ninguna auto imagen global de su *ego* y puede aceptarse, total e incondicionalmente, sin depender de cómo se comporta o de la opinión que sobre él tienen los demás. En vez de valorarse globalmente a sí mismo y a los otros, el individuo puede valorar solamente sus actuaciones concretas. Si, por ejemplo, fracasa en un examen solo podrá decir que ha hecho mal ese examen por los motivos que sean pero no podrá decir que es un “mal estudiante”, un perdedor o que no vale nada como persona. Globalizar el *ego* y autoevaluarse es irracional e ineficaz porque:

- El ser humano no es un objeto inerte sino un organismo en un continuo proceso. Estamos continuamente realizando acciones. ¿En cual de ellas nos fijamos más para realizar la auto evaluación?. Tendría que existir un sistema de medida especial para cada acción positiva y negativa. Además, ¿cómo se puede medir y valorar un proceso en continuo cambio?. ¿Qué tipo de matemáticas podríamos utilizar para llegar a una valoración individual y total de la valía del ser humano?
- Valorar globalmente al individuo por unos pocos actos suyos es una generalización excesiva y no racional.
- La auto evaluación positiva o negativa es ineficaz y a veces dificulta seriamente la solución de los problemas. El individuo puede estar más preocupado en su propio valor como persona que en solucionar un error si lo ha cometido. Además la auto evaluación absorbe mucho tiempo y energía y puede inmovilizar al individuo si es negativa, impidiéndole rectificar un error.
- La auto evaluación lleva, casi inevitablemente, a rebajar la esencia humana. Si una persona se cataloga como buena normalmente catalogará a los demás como malos o menos buenos. Eso es problemático. Es más racional pensar que podemos tener rasgos o cualidades mejores o peores que otras personas en un momento dado. Eso supone que todo el mundo tiene cualidades positivas.
- La intolerancia y la falta de respeto a las personas y a sus derechos son consecuencia de la autovaloración global de uno mismo y de los demás. Etiquetar globalmente a una persona está en la base de cualquier forma de intolerancia social.
- Dar a cualquier ser humano una valoración global puede ser un artefacto de la forma inexacta en que casi todos los seres humanos piensan y se comunican consigo mismos y con los demás. Es interesante analizar la utilización que habitualmente hacemos del verbo ser. *No es lo mismo decir, el Dr. K es un médico excelente que decir: el Dr. K posee excelentes conocimientos y habilidades en medicina de familia.* Hay un matiz diferencial entre las dos frases. La segunda es mucho más precisa y probablemente más "verdadera" que la primera. Admite implícitamente que el señor K es más que médico, que saber medicina es solo una parte de sus cualidades personales y en absoluto algo que englobe toda su persona.

Hay un fuerte condicionamiento cultural para la auto evaluación global. Desde pequeños, cuando hacemos algo mal, nos dicen, “que somos malos”, si nos equivocamos en algo que “somos tontos”, a la vez que nos recompensan cuando hacemos algo que se considera positivo por “ser buenos”. El lenguaje coloquial se presta de forma natural a expresiones de este tipo, no tenemos más que observar lo que le decimos, en muchas ocasiones, a los niños o a nosotros mismos. Pero esta forma de hablar tiene una repercusión negativa en el pensamiento y en nuestras emociones. Cualquiera que vea enfermos con problemas de salud mental sabe hasta que punto frases de este tipo los atormentan. “*No valgo para nada*”, “*soy una ruina de persona*”, “*soy un perdedor*”, “*soy un indeseable*” suelen rumiar, por ejemplo, los pacientes con depresión.

También suele haber confusión entre autoestima y ciertas nociones falsas de egoísmo. El que una persona busque su autonomía, su autorrealización es considerado por algunos como algo negativo y lo califican, a menudo, como conductas egoístas. Esta manera de pensar está apoyada por ideologías que proponen como ideal de vida la renuncia y el auto sacrificio. En ellos se enseña a “no ser egoísta” y a ponerse al servicio de algún valor presuntamente superior: el faraón, el emperador, el rey, la tribu, la patria, la familia, la verdadera fe, la raza, el proletariado, la sociedad o el planeta. El esquema siempre es el mismo. Se trata de “vivir para los demás” y es inmoral buscar sentirse bien, perseguir un proyecto propio de vida y la realización personal. En estos sistemas

se educa más en buscar la obediencia a alguna clase de figura autoritaria que el desarrollo y la felicidad de los individuos concretos. En algunos momentos históricos se han cometido atrocidades legitimadas por ideologías de este tipo. Frente a esto habría que recordar que cuanto más alto sea el nivel de auto aceptación de un individuo más probable es que sea solidario y trate a los demás con respeto, amabilidad y generosidad. Y que, paradójicamente, muchas de los vicios atribuidos al egoísmo - como mezquindad, competitividad excesiva y agresividad - son el resultado de personas que se desprecian a sí mismas. Es posible tener una ética basada en el “amor propio” (el filósofo Fernando Savater la ha desarrollado ampliamente en sus obras) en la que es conciliable la búsqueda responsable y libre de la autonomía personal con la solidaridad y con el respeto del resto de los individuos. Esto es una postura humanista en la que puede situarse el modelo de autoestima o auto aceptación del que estamos hablando.

Según Ellis lo único que puede demostrarse - o, más bien no puede demostrarse lo contrario - es que el hombre vale porque vive y decide permanecer vivo y valorar su existencia. Puede autoaceptarse incondicionalmente. Ese hombre es un ser que va a realizar millones de acciones concretas que pueden calificarse como buenas o malas según muchos parámetros, pero ninguna tiene porque llevarle a pensar que, globalmente, es “bueno” o “malo”. Las personas además somos falibles, podemos cometer errores. Y la auto condena, la culpa, suele empeorar las cosas porque suele llevar a la demonización personal y a centrarse en el pasado en vez de dedicar la energía a procurar no volver, en el presente, a cometer el error y a repararlo si es preciso. Así, hay que proponer responsabilidad frente a culpa, crítica de acciones concretas frente a demonización personal. Y una actitud orientada al cambio, a detectar las ideas irracionales que pueden estar en la génesis de las emociones perturbadas

Los médicos tenemos cada día multitud de interacciones personales que ponen a prueba nuestra capacidad de auto aceptación. Es muy importante tengamos en cuenta lo que pensamos sobre nosotros mismos y reestructuremos las ideas que pueden hacernos daño tratando de que la dimensión profesional no inunde toda la percepción de nosotros mismos. Es positivo que nos esforcemos en ser profesionales con un nivel alto de competencia pero conviene que evitemos catalogarnos globalmente, como personas o como médicos, en función del reconocimiento externo alcanzado o de los múltiples acontecimientos profesionales que pueden sucedernos. Debemos ser conscientes de que esto es difícil en estos momentos porque los códigos sociales alentados por los medios de comunicación estimulan precisamente el modelo contrario. Probablemente sería importante que se desarrollara una reflexión en el colectivo profesional sobre todos estos aspectos.

Entrenamiento en HABILIDADES SOCIALES

Un médico comienza su consulta. El primer paciente va a pedirle la baja (con la expectativa de que se la va a dar) porque se encuentra algo acatarrado aunque con buen estado general y sin fiebre.. El quinto va a pedirle que le haga la receta de una medicina (un antibiótico) que sacó de la farmacia hace dos meses porque le dolía la garganta. El noveno le pide una derivación al especialista porque quiere que le hagan una resonancia magnética por un dolor de espalda mecánico de cinco días de evolución. El veinte le reprocha “con que no tenía nada...” y le pone encima de la mesa un informe de una clínica privada en el que le han diagnosticado una rotura parcial de ligamentos de la rodilla...

Y así podríamos seguir hasta el infinito porque la consulta de un médico es una escenario en el que el profesional tiene que estar tomando decisiones de manera constante, diciendo, sí o no, a múltiples demandas de todo tipo (no-solo sanitarias) en

un escenario de presión e incertidumbre. Esto pone a prueba la capacidad emocional del profesional que, muchas veces, no ha entrenado de forma consciente la forma de abordarlas, lo que le deja al azar de las facultades psicológicas que naturalmente tenga. Por eso es importante que los profesionales sepamos que las habilidades sociales pueden entrenarse y deben ser parte ineludible de nuestro cuerpo de conocimientos.

Las personas existimos en un mundo de relación. Continuamente tenemos que resolver conflictos, pedir favores, iniciar relaciones o decir que no. La forma de interaccionar con lo demás puede ser una fuente considerable de problemas. Todos hemos tenido la experiencia de haber sido en algunas situaciones demasiado inhibidos o, en otras, haber reaccionado agresivamente. A veces un incidente sin importancia puede, sin embargo, tener una gran repercusión emocional o hacernos perder una relación valiosa. Al contrario una respuesta adecuada puede hacernos sentir muy bien.

En un contexto cultural determinado una **conducta socialmente habilidosa o asertiva** sería *aquella que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer sus derechos personales sin negar los derechos de los demás* (Alberti y Emmons, 1978). El uso explícito del término *habilidades* significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y que, por tanto, pueden entrenarse. Esto es algo que puede no coincidir con lo que el sujeto piense de sí mismo. Mucha gente tiende a estereotiparse y a verse, por ejemplo, como tímido. Eso es vivido como una dimensión inmodificable del carácter, lo cual se convierte en una profecía que se cumple a sí misma.

El primer autor en utilizar el término *asertivo* fue Andrew Salter en 1949. Lo definió como un rasgo de la personalidad que unas personas poseían y otras no. Posteriormente Wolpe (1958) y Lazarus (1966) hallaron en sus estudios que casi todo el mundo podía ser asertivo -“capaz de expresar sus derechos y sentimientos personales” - en algunas situaciones y totalmente ineficaces en otras. Jakubowski-Spector (1973) y Alberti y Emmons (1970) descubrieron que las personas que mostraban una conducta poco asertiva creían que no tenían derecho a sus sentimientos, creencias y opiniones. Se sentían inferiores a los demás y muy a menudo tenían emociones perturbadoras como tristeza, miedo o baja autoestima.

Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer las principales conductas que abarcan las habilidades sociales. Son cuatro:

1. La capacidad de decir “no”.
2. La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
3. La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
4. La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

El sistema de creencias desde el que hay que plantear el concepto de asertividad está ligado al anteriormente tratado de autoestima. Todos los seres humanos tenemos valor por nacer, somos iguales y por tanto tenemos unos **derechos humanos básicos (DHB) (Tabla 14)** que podemos reivindicar para nosotros y respetar en los demás. Se trata de que cada persona pueda expresar sus deseos sin manipular a los otros, ejerciendo su libertad con firmeza, honestidad y respeto. Es una postura humanista que trata de no producir estrés innecesario a los demás y apoyar la autorrealización de las personas. Tanto si se trabaja la asertividad con uno mismo, un paciente o con un grupo hay que comenzar identificando los derechos humanos básicos y diferenciándolos de los *derechos de rol* (ligados al papel que una persona puede representar en un grupo o situación). Los DHB son la base desde la que una persona puede intentar ser asertiva.

Así podremos intentar ser asertivos aunque seamos criticados por ello, contraatacar cualquier culpa irracional que tengamos y estar orgullosos de nuestra aserción aún en el caso en que a nadie más le agrade nuestra conducta.

Tabla 14: Derechos humanos básicos

1.	Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma asertiva –incluso si la otra persona se siente herida- mientras no violes los DHB de los demás.
2.	Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3.	Derecho a rechazar peticiones sin sentirte culpable o egoísta.
4.	Derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5.	Derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6.	Derecho a cambiar de opinión.
7.	Derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta que la otra persona tiene derecho a decir que no)
8.	Derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9.	Derecho a ser independiente.
10.	Derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11.	Derecho a pedir información.
12.	Derecho a cometer errores y ser responsables de ellos.
13.	Derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14.	Derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. También tenemos derecho a pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15.	Derecho a tener opiniones y a expresarlas.
16.	Derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses, siempre que no violes los derechos de los demás.
17.	Derecho a hablar sobre un problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18.	Derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19.	Derecho a escoger no comportarte de forma asertiva.
20.	Derecho a tener derechos y defenderlos.
21.	Derecho a ser escuchado y ser tomado en serio.
22.	Derecho a estar solo cuando así lo escojas.
23.	Derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de alguna otra persona.

El siguiente paso es identificar claramente la **diferencia entre una conducta asertiva, pasiva y agresiva**

- **Conducta pasiva.** Una persona con una conducta pasiva permite que los demás violen sus DHB. Se calla cuando no quiere callarse, *dice “sí”, cuando quiere decir “no”*, no sabe defender sus intereses, ni sus preferencias. Es frecuentemente manipulado por los demás que tienen tendencia a utilizarla pero a no valorarla. Se pasa la vida haciendo “favores”, cuando muchas veces no le apetece y no expresa claramente sus deseos, con lo que los demás no tienen una idea clara de lo que quieren y tienen que pasarse la vida adivinándolo. Son personas que pasan por “buenas” y su ventaja es que raramente reciben un rechazo directo por parte de los demás pero tampoco son auténticamente apreciados. La desventaja es que van acumulando resentimiento e irritación que, a veces, las hace explotar y las termina sumergiendo en la amargura. *Un médico tenía tendencia a dar todo lo que los pacientes le sugerían aunque no estuviera justificado porque tenía miedo a la hostilidad que pudiera causarle el negarse. Sin embargo en el fondo no se sentía bien con su conducta y comprobaba como cada día los pacientes pedían cosas más irracionales y lo banalizaban como profesional.*
- **Conducta agresiva.** Para conseguir sus objetivos una persona con una conducta agresiva es capaz de arrasar los derechos de los demás. Es capaz de pelear, de agredir, de amenazar, de jugar sucio. En esta sociedad esas conductas pueden producir ventajas porque mucha gente tiene miedo a ellas –sobre todo los pasivos- y muchas veces los individuos que las practican consiguen lo que se proponen. Sin embargo los agresivos tienen muchos conflictos, la gente los evita, no los quiere y terminan siendo rechazados. Muchos varones pueden tener conductas agresivas en situaciones de estrés o depresión (luego se hunden en la culpa). Paradójicamente

personas con baja autoestima pueden manifestarse en ciertos momentos con agresividad, de manera manifiesta o encubierta en forma de agresión pasiva. *El médico del ejemplo anterior un día explotó y comenzó a dar voces a una señora que había venido en tres ocasiones por dolor de cabeza y le pidió una interconsulta para el neurólogo. La mujer se echó a llorar y tras calmarse e interrogarla se dio cuenta de que tenía un cuadro depresivo por un problema familiar que no sabía como contarle.*

- **Conducta asertiva.** En cada situación interpersonal hay una respuesta asertiva. Supone la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de otras personas. El mensaje básico de la aserción es: *esto es lo que yo pienso; esto es lo que yo siento; así es como yo veo la situación.* No trata de degradar, ni humillar al otro y siempre está abierta a la negociación. La aserción implica respeto, no servilismo. Respeto hacia uno mismo y hacia los demás, que en todo momento saben que están frente a una persona que va expresar sus necesidades o su disgusto, que va a actuar con libertad. La conducta asertiva suele ser más eficaz para, conseguir objetivos personales, que la agresiva o la pasiva, pero no está planeada para que el individuo consiga siempre los que quiere. Tampoco elimina la posibilidad de conflicto. La persona siempre tiene que sopesar las consecuencias a corto y largo plazo y puede ser una conducta asertiva escoger, conscientemente, no ejercerla, después de calibrar las circunstancias concretas. El individuo que se comporta asertivamente suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo.

En la consulta médica suelen darse unas situaciones típicas que ponen a prueba nuestra capacidad de relación y para las que convendría tener pensadas respuestas asertivas bien entrenadas que limitaran el estrés recurrente que nos causan. Algunas de ellas son:

- Gestión de peticiones específicas de todo tipo: *¿me hace esta receta?; quiero que me dé la baja; vengo a que me firme un justificante porque ayer se me olvidó ir al paro; quiero que me mande al especialista...*
- Manejo de pacientes hostiles y desconsiderados: *usted tiene que conseguir que me vea rápido el especialista o si no aténgase a las consecuencias; usted ha estado a punto de matarme con estas pastillas...*
- Manejo de consultas triviales y de manipuladores: *estoy malísimo, no he podido ir a trabajar porque me ha levantado fatal, tengo la nariz taponada y casi no puedo respirar.. ya le he dicho a la empresa que me va a dar usted la baja por lo menos una semana..*
- Manejo de hiperfrecuentadores y somatizadores
- Manejo de percepción de error por parte de los pacientes: *me dijo que no me preocupara y me han dicho que tengo un tumor en la mama...*
- Manejo de presiones por parte de múltiples estamentos: *tiene que firmar este certificado de defunción porque soy el juez de paz y le aseguro que no hay ningún problema...*

Veamos un ejemplo de una situación habitual que pone a prueba la capacidad de ser asertivos.

La Sr. Maria es paciente del Dr. K. Habitualmente aparece por la consulta sin cita previa cuando el Dr. K está a punto de marcharse para hacer avisos a domicilio y ya ha cerrado el ordenador. Generalmente consulta demandas banales (no urgentes) y trae varios “cartones de medicinas” para que le recete. Algunas veces trae algunos de

otras vecinas y no es infrecuente que cuando ya parece que se va a ir musite con desparpajo: “bueno doctor ya que estoy aquí podría usted....”

Los pasos que podemos seguir son los siguientes:

1. **Describir la situación problema de la forma más objetiva posible.** Este relato debe incluir *quién o quienes* son las personas implicadas, *cuando* tiene lugar la escena, *qué* es lo que le molesta de la situación, *qué* es lo que teme en caso de mostrar una conducta asertiva. Se trata de ser muy explícito. *Al Dr. K le molesta que la Sr. María acuda siempre sin cita aprovechándose de que a él le cuesta no atender a un paciente cuando éste se lo pide. Teme su hostilidad y su crítica porque sabe que la Sra. María puede reaccionar de forma muy airada.*
2. **Pararse especialmente en la conducta que se ha tenido hasta ahora y analizar qué aspectos hay que modificar.** *El Dr. K con desgana le ha hecho las recetas para terminar cuanto antes, muchas veces sin abrir la HC del ordenador. En ocasiones la ha derivado al especialista ante demandas como “ya que estoy aquí ¿qué le parece esta mancha que tengo en la cara?” . Piensa que debe decirle con firmeza que tiene que pedir cita y que no la verá sin ella a no ser que sea urgente o una situación excepcional.*
3. **Identificar los derechos humanos básicos y de rol (profesionales) implicados en la situación.** *El Dr. K tiene derecho a tener organizada su consulta y su tiempo y además las normas de su empresa se lo permiten. Eso asegura una atención más correcta. Tiene derecho a decir no a una demanda que considera injustificada y a mostrar su opinión al respecto.*
4. **Diferenciar lo que sería una conducta asertiva, pasiva y agresiva ante la situación problema y describir las tres posibilidades de respuesta.** *El DR. K cree que está teniendo una postura pasiva que lo está llenado de una mezcla de vulnerabilidad y resentimiento. A veces tiene ganas de gritar a la Sr. María y decirle que no vuelva a su consulta (esa sería la postura agresiva).*
5. **Hacer una reestructuración cognitiva, si es necesario, de las distorsiones cognitivas que pudiéramos tener en relación con la situación.** También se puede aprender alguna técnica de relajación que nos ayude a controlar nuestra respuesta psicofisiológica. *El Dr. K cree que un buen médico no tiene que ser criticado por sus pacientes y piensa que éstos siempre deberían comportarse de la manera adecuada.(ver apartado de reestructuración)*
6. **Identificar un objetivo adecuado, determinando exactamente lo que se pretende, concretado en una crítica honesta y la petición de un cambio de conducta concreto.** *El Dr. K decide que la próxima vez que la Sr. María llegue sin cita se sentará con calma, respirará hondo, abrirá el ordenador y, con la HC delante, le preguntará qué le ocurre y, luego de escucharla con atención, si no es un problema urgente le dará una cita previa para otro día, sin acceder a ninguna otra petición injustificada en ese momento.*
7. **Elaborar una estrategia para poner en práctica la conducta asertiva**
 - Establecer un momento y un lugar adecuado para ambas partes y si es preciso negociarlo. *Cuando la Sra. María llegó otra vez sin cita el Dr. K la hizo pasar. Abrió el ordenador y manteniendo el contacto visual le preguntó con voz neutra y tranquila que le ocurría.*
 - Describir la conducta ofensiva o molesta de una forma objetiva, sin juzgar o evaluar, controlando la comunicación no verbal. *Sr. María He observado que la mayoría de las veces que acude a mi consulta viene sin cita previa sin causa justificada.*
 - Expresar los sentimientos sobre la conducta problema de una forma objetiva y siempre en primera persona. *Yo no tendría problema en verla si el problema fuera*

urgente pero en todas las ocasiones - y hoy también- se trata de cuestiones no urgentes. Yo necesito organizar mi tiempo y éste lo necesito para ver pacientes en su domicilio por lo que atenderla a usted me crea malestar porque retrasa actividades que ya tenía programadas.

- Especificar de forma concreta el cambio de conducta que se pide a la otra persona. Tratar de no pedir más de uno o dos cambios que no sean muy grandes cada vez y que estén abiertos a la negociación. *Me gustaría que viniera a mi consulta con cita previa. Si le parece le voy a dar ahora mismo una...(o vaya a administración para que le den una para esta semana...*
- Señalar las consecuencias positivas del cambio de conducta. Solo en caso necesario se deben señalar las consecuencias negativas. *Así yo podré dedicarle más tiempo y con más sosiego con lo que podré ayudarla mejor en sus problemas de salud.*
- Esto puede ensayarse teniendo en cuenta la comunicación no verbal: contacto ocular; postura erguida del cuerpo; hablar de forma clara, audible y firme, pero sin levantar la voz.
- Se pueden aprender algunas **técnicas para evitar la manipulación**.
 - **Técnica del disco rayado.** Repetir el punto de vista sin dejarse ganar por aspectos irrelevantes, sin enfadarse ni levantar la voz. *Sí pero... Sí lo sé, pero mi punto de vista es...*
 - **Técnica del acuerdo asertivo.** Responder a una crítica reconociendo un error pero separándolo de ser una buena o mala persona. *Efectivamente quizá tendría que haber más líneas telefónicas para pedir cita pero...*
 - **Técnica de procesar el cambio.** Desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre emocionalmente con el interlocutor. *Nos estamos desviando de la cuestión. ¿Qué le ocurre? La noto nerviosa...*
 - **Técnica de la claudicación simulada.** Aparentar ceder terreno sin cederlo realmente. *Es posible que lleve razón pero yo prefiero...*
 - **Técnica de ignorar selectivamente.** Ignorar la razón por la que el interlocutor está enfadado y aplazar la discusión para cuando se haya calmado. *Le veo un poco nerviosa. Si le parece discutiremos esto cuando esté más tranquila.*
 - **Respuesta selectiva.** Si alguien nos critica por algo y nos hace ataques personales, podemos imaginar que un cristal blindado nos protege, no alterarnos y seleccionar solo los hechos reales separándolos de los insultos personales. Se trata de responder verbalmente, con calma y voz neutra, solo a los hechos. Sobre éstos mantener una postura asertiva. Al final nos disculparemos si es preciso, por algo relevante, y hacemos una petición firme de que, en el futuro, no vuelvan a producirse ataques personales

Animamos al lector a seguir estos pasos con las situaciones que habitualmente le resulten problemáticas. Puede entrenarlas con un compañero o ante un espejo o visualizándolas. Luego puede ponerlas en práctica y analizar los resultados para hacer los cambios pertinentes. Reiteramos que una postura asertiva no asegura que no puedan producirse conflictos, ni que éstos siempre vayan a resolverse de forma positiva para nosotros. Pero es la postura que tiene más posibilidades de proteger nuestros intereses y nuestra salud mental ya que tiene una base firme desde el punto de vista ético y es la que con más probabilidad asegura la negociación y el compromiso.

Todas estas técnicas cognitivas y otras pueden aprenderse y lo que es mejor: autoaprenderse. Porque hay muchos libros enfocados para el autocuidado que, en muchas ocasiones, no son conocidos en el mundo médico. En la bibliografía se reseñan algunos de calidad. Esta puede ser la base de un método personal para auto cuidarnos

que cultivemos diariamente y que podemos aplicar a una gran cantidad de situaciones que pueden ocurrirnos en el curso de nuestro trabajo.

4. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL BURNOUT

Ansiolíticos

La primera cuestión que debemos plantear es si el "estrés" debe considerarse o no como una "enfermedad", y, a continuación, si requiere o no tratamiento farmacológico. Obviamente las mismas preguntas son pertinentes en el caso del *burnout*.

Desde un punto de vista práctico, resulta evidente que las situaciones de estrés y burnout descritas generan modelos de conducta "anómalos" o "patológicos", ya que dan lugar a incapacitación y sufrimiento.

Aceptado lo anterior, la siguiente cuestión es que aunque no existen tratamientos "oficialmente" indicados para el "estrés" o el "*burnout*", en realidad existe el fenómeno de la "automedicación". Lo que implica que casi todas las personas estresadas consumen drogas para sedarse (alcohol) o para solucionar el agotamiento (caféina), amén de los variados remedios caseros (tisanas), placebos de diversa índole (reconstituyentes) y soluciones "naturistas", "homeópatas" o "curanderiles" poco o nada validados. Muchas personas con estrés y *burnout* perciben en primer lugar niveles elevados de "ansiedad", lo cual implica el uso de **fármacos ansiolíticos**, ya que a su gran facilidad de uso se unen sus escasos riesgos y su indudable eficacia (De la Gándara, 1996). Pero su uso incorrecto (generalmente por auto prescripción, o incluso por abuso ilegal) puede generar sedación que comprometa la realización de tareas cotidianas (rendimiento, conducción etc.) o dependencia. Ambos aspectos se evitan con un uso correcto de estos agentes, lo que implica manejar tipos de fármacos, dosis y tiempos adecuados.

Aun con todo, lo más habitual es que se usen sin un plan, sin orden y a dosis insuficientes. Las dosis y tiempos insuficientes no permiten alcanzar un correcto efecto ansiolítico, y por el contrario merman la seguridad del paciente, incrementan la desconfianza en los fármacos y en el propio médico, generan incertidumbre y pesimismo, y se asocian con riesgo de complicaciones de la ansiedad mal tratada, como depresiones, complicaciones somáticas, más morbilidad cardiovascular, así como a fomentar el uso errático e incontrolado.

Por lo tanto es esencial que si se hace un tratamiento ansiolítico se realice siempre mediante prescripción médica, con un proyecto terapéutico bien diseñado y que se mantengan las pautas indicadas con confianza y seguridad. Esta actitud es *per se* tranquilizadora, sobre todo en las etapas de crisis y riesgo (estrés agudo o intenso) cuando la incertidumbre, la inestabilidad o las exigencias sociales son predominantes.

En cuanto al tipo de sustancias a emplear, cabe mantener las indicaciones relativas de los diferentes tipos de ansiolíticos en función de su vida media plasmática (acción corta, media o larga), y de que sean más o menos hipnoinductores, miorelajantes, o ansiolíticos, en función del cuadro clínico dominante en cada paciente.

En resumen, los tratamientos ansiolíticos pueden y deben ser usados en el tratamiento del estrés y el "*burnout*", de acuerdo con las siguientes pautas:

- Previa evaluación médica o psiquiátrica.
- Siempre en el marco de un plan terapéutico controlado.
- A corto o medio plazo, a lo sumo meses, salvo en el caso de la buspirona que puede utilizarse a largo plazo.
- Bajo control médico (evitar autoprescripción).
- En conjunción con medidas higiénico-dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas.

Antidepresivos

Es evidente que el concepto de *burnout* sirve para llenar un hueco importante, como es el de la relación patológica que algunas personas establecen con su trabajo. Antes de disponer del concepto la mayoría de los clínicos aplicábamos el modelo de "reacción vivencial anormal", o mejor el de "inadaptación crónica a las circunstancias de la vida", con sintomatología de tipo depresivo preferente. De hecho el comportamiento de una persona afectada de *burnout* es muy parecido al de una persona "depresiva" crónica. Así pues parece lógico que se piense en la utilización de antidepresivos para el tratamiento del "burnout".

En primer lugar debemos señalar que la utilización de antidepresivos para el tratamiento del "estrés" crónico es una recomendación razonable. De hecho, el "**European CNS Advisory Board sobre "Management of stress"**" considera que la utilización de antidepresivos es una medida adicional, junto a las de tipo psicoterápico e higiénico-dietéticas. Obviamente, los fármacos más apropiados en el momento actual son los **ISRS**, dado que combinan sus efectos antidepresivos, con los ansiolíticos y estabilizadores de la respuesta al estrés a largo plazo (por este supuesto efecto clínico, no contrastado en investigaciones controladas, se ha denominado a estos fármacos como "serenizadores").

Por lo que respecta al *burnout* no conocemos por el momento estudios publicados sobre utilización de antidepresivos para su tratamiento. Por lo tanto lo que podemos sugerir se basa en nuestra propia experiencia clínica. En este sentido sobre la muestra de 112 personas que nos consultaron por alguna patología psiquiátrica relacionada con el trabajo, el 44 % precisaron tratamiento antidepresivo. En el 40 % de ellos el tratamiento se mantuvo a medio o largo (más de seis meses), con resultados favorables en cuanto a la reincorporación al trabajo, mejoría de la adaptación laboral, etc.

Así pues, podemos concluir que el uso de antidepresivos juega un papel significativo en el manejo del estrés. Su utilización esta recomendada bajo las siguientes condiciones:

- Previa evaluación psiquiátrica de la situación de estrés y una vez aclarada la relación con la clínica presente (de tipo depresivo).
- Siempre en el marco de un plan terapéutico controlado.
- Podrían ser útiles en los casos de trastornos de tipo psicofisiológico (psicosomáticos) de evolución prolongada y en relación con situaciones de estrés crónicas.
- Generalmente se debe iniciar después de haber ensayado un tratamiento ansiolítico. Su uso combinado podría ser correcto a corto o medio plazo.
- En los casos de *burnout* manifiesto se podría iniciar un tratamiento antidepresivo si la presentación clínica incluye sintomatología depresiva clara.
- En el momento actual, los ISRS son los antidepresivos más recomendables para estos trastornos, dada su eficacia, buena tolerancia, facilidad de manejo a largo plazo y sus mínimas interferencias con los rendimientos laborales.
- Se deberán prescribir siempre en conjunción con medidas higiénico-dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas.
- En los casos de burnout una vez resuelto el episodio depresivo se deben plantear los cambios pertinentes en las actitudes, aptitudes y condiciones laborales.

Es evidente que "tomar una pastilla" no debe considerarse nunca como el remedio mágico para el estrés, pero, por desgracia, cuando a un paciente "estresado" se le sugiere que haga cambios en su estilo de vida, o que practique sistemáticamente deporte, o que adopte medidas higiénico-dietéticas saludables, o simplemente que aprenda una técnica de relajación, casi nunca "tiene tiempo para ello". ¡Es más fácil tomarse la pastilla!. Y a veces el paso previo para que el paciente recupere la serenidad suficiente como para beneficiarse de una psicoterapia.

5. EL MEDICO ENFERMO

El 3 de Abril del 2003 un suceso conmocionó al país. N.M.N. una médico residente de tercer año que trabajaba en la Fundación Jiménez Díaz (FJD) de Madrid supuestamente acuchilló en los pasillos de dicha clínica a ocho personas, de las cuales dos fallecieron en el acto y una tercera, un par de días después. El novio de una de las tres víctimas mortales que, casualmente, era compañera de residencia declaró que la presunta agresora “*no estaba normal desde hacía varias semanas*” y que hacía cosas extrañas como “*escribir los partes de los pacientes con el ordenador apagado, o reírse sola y pedir pruebas a los pacientes a quienes echaba de la consulta*”. Sin embargo, la dirección de la FJD afirmó “que no tenía prohibido pasar consulta, ni había recibido quejas, ni tenía constancia de que estuviese en tratamiento”.³

Este caso, probablemente producido por un brote psicótico, ilustra de forma límite, los riesgos de ignorar que los médicos también somos personas que podemos enfermar y que esto puede influir de forma dramática en nuestro trabajo. Sin embargo, aunque todos hemos conocido casos de compañeros con problemas de salud mental o adicciones, por ejemplo, no hay ningún sistema institucionalizado (no, desde luego, en el sistema nacional de salud) de prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación, si procede, en unas condiciones adecuadas de confidencialidad. Esto puede tener causas diversas: el miedo a la estigmatización de una sociedad que tolera mal la imagen del médico enfermo; la dificultad que los médicos tenemos para pedir ayuda en la posición de pacientes o para “*meternos en la vida*” de un compañero que puede problematizarnos; la desidia de una administración que prefiere mirar para otro lado.

Sin embargo hace unos años surgió la iniciativa pionera del Colegio de Médicos de Barcelona del **Programa del médico enfermo (PAIME)** al que se han ido sumando otros colegios provinciales mediante convenios. En este caso la atención es gratuita para esos colegiados. Este programa similar al de otros países europeos y se basa en una serie de principios básicos concretados las Primeras jornadas Europeas PAIME 2001:

1. Los sistemas sanitarios deben de garantizar a los profesionales de la sanidad la misma accesibilidad al sistema sanitario que a la población general.
2. El derecho a la confidencialidad al acceder a los tratamientos es importante para todos los pacientes, pero se requieren medidas especiales para que los profesionales de la salud accedan a ellos. Sobre todo cuando se trata de trastornos psíquicos y los adictivos porque todavía son estigmatizan tez.
3. Se tienen que crear programas y servicios asistenciales específicos, ambulatorios y de hospitalización, en nombre y en ubicaciones geográficas suficientes para que los profesionales afectados reciban el tratamiento adecuado y en las condiciones debidas.
4. Los colegios profesionales deben de tener un papel central en la organización, gestión y control de la calidad de los programas asistenciales creados y la financiación debería corresponder a las instituciones públicas.

³ En un artículo publicado en medicina clínica (J.L. Puerta y J. Rodes. *¿Pudo haberse evitado lo que le sucedió a la médico residente N:M:N?*. Med Clin (Barc)2003;121(5):186-8) pueden leerse reflexiones interesantes sobre el caso y sobre las incógnitas que suscita sobre la selección y formación de los médicos.

5. Es preciso, pues, que estos programas no sólo se desarrollen con el objetivo de mejorar la asistencia a los médicos y otros profesionales de la salud, sino también para mejorar la calidad de los servicios sanitarios y, sobre todo, para proteger la salud de los ciudadanos.

6. Estos programas también deben tener una clara vocación preventiva, intentando facilitar a todos los profesionales sanitarios, enfermos o no, las condiciones más idóneas para que los problemas que se detecten sean abordados con la mayor precocidad y efectividad posibles.

7. Es necesario desarrollar la investigación particularmente con relación a la salud mental de los profesionales de la sanidad y sus condiciones de trabajo.

8. La salud de todos los profesionales sanitarios debe ser promovida tanto en el ámbito individual como organizacional, con énfasis especial en la salud mental.

En Octubre de 2003 se celebró en Córdoba el primer congreso PAIME que en sus conclusiones asume estos principios y reivindica la necesidad de un desarrollo del programa para que pueda llegar a todos los profesionales del país. Todos los detalles del programa pueden consultarse en Internet en www.paimm.net el teléfono **935678856**, así como los consejos concretos de la forma de pedir ayuda. También puede recabarse información en los colegios de médicos provinciales. La asistencia médica se lleva a cabo en la **Unidad Clínica del PAIME (Barcelona)**, situada en un entorno confidencial, que tan sólo se comunica a los usuarios en el momento que precisan acceder a la misma. El acceso a estos servicios se realiza con un nombre supuesto diferente del verdadero. La confidencialidad está siempre garantizada. Además se procura atención social y asesoramiento y soporte legal.

ANEXO 1: REGISTROS PARA LA REESTRUCTURACION COGNITIVA Y BIBLIOGRAFÍA BASICA.

Una paciente le dice a su médico que quiere ir al especialista por un dolor de espalda que le comenzó hace 24 horas. El médico la invita a sentarse y comienza a preguntarle por las características de su dolor pero la paciente aparenta estar muy tensa y al momento vuelve a pedir el volante para ir al especialista. El médico trata de explicarle que tiene que hacerle una mínima historia pero ella se levanta y se va dando un portazo, amenazando a voces con poner una reclamación y llamándole “gilipollas”.

ACONTECIMIENTO	EMOCION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	DISTORSIONES	REESTRUCTURACIÓN
Una paciente hace una petición injustificada				
MEDICO A	Cólera	<i>“La mayoría de la gente es estúpida e insoportable” “Esto es injusto no lo aguanto más, se van a enterar”</i>	Abstracción selectiva Falacia de la justicia	Tema mental primaria o: injusticia. ¿realmente puedo afirmar que la mayoría de la gente es...? ¿Acaso conozco a la mayoría de la gente? ¿Realmente nadie es amable conmigo?. Pensar en gente que se haya comportado amablemente
MEDICO B	Tristeza	<i>“ Si fuera un médico competente no me pasarían estas cosa”, “Soy un fracasad,, “no valgo nada” me falta carácter, soy débil”.</i>	Inferencia arbitraria Sobre generalización	¿Qué significa ser un médico competente? ¿Quién es para ti un médico competente en estos momentos? ¿Acaso ese médico no ha tenido nunca un desencuentro con un paciente? ¿Cómo se puede decir que no valgo

				nada? ¿Cómo se puede medir eso? ¿Qué significa que no tengo carácter? ¿Se puede decir que por este incidente soy débil?
MEDICO C	Miedo	“Me va a poner una reclamación”. ¿Y si le dan la razón,? ¿Y si me llama el gerente y me quitan la interinidad?”.	Catastrofismo	“Todavía no ha puesto una reclamación. No te anticipes.” Si pusiera la reclamación defendería mi punto de vista ¿Qué probabilidades hay de que me quiten la interinidad por un episodio así?: realmente muy bajas. ¿Has visto alguna vez que a alguien le quiten una interinidad por un episodio así? Escribiré lo sucedido en la historia y esperaré acontecimientos.

AFRONTAMIENTO PARA CASOS SIMILARES

No perder la calma. Controlar la comunicación no verbal y el tono de voz. Concentrarse en tener una postura asertiva. Hacer la anamnesis de una forma profesional sin caer en la trampa de discutir las pretensiones del paciente hasta no tener una idea clara del problema. No olvidar explorar con minuciosidad (eso además de dar seguridad diagnóstica reubica los roles). Si después de todo esto el paciente insiste en su demanda injustificada analizar su actitud y sus posibles causas (pensar siempre que es una forma frecuente de presentación de los problemas de salud mental). En condiciones normales se puede utilizar la técnica de procesar el cambio: la noto preocupada y nerviosa ¿le ha ocurrido algo que le haga desconfiar?. En muchos caso puede generarse un “flash” (Balint) que ayude a discriminar la demanda. Dependiendo de ella y de la actitud del paciente se pueden utilizar las técnicas del acuerdo asertivo, de la claudicación simulada o la respuesta selectiva (si el paciente tiene una postura abiertamente hostil) . Si el paciente insiste en su actitud puede ser razonable cualquier salida que evite una confrontación abierta pero deje clara nuestra posición y derechos. Esto incluye una sugerencia clara y firme de que cambie de médico (por desgracia esto no siempre es posible). Recordar siempre que cualquier persona es responsable de sus emociones y que, por tanto, nosotros no lo somos de las de nuestros pacientes. Por el mismo motivo un paciente solo puede perturbarnos si nosotros lo permitimos, es decir, si exigimos, que no se comporte de la manera que no nos gusta o nos culpabilizamos de cualquier forma por ello, o nos exigimos una perfección absoluta. No olvidar que los conflictos en nuestra profesión forman parte de los “gajes del oficio” .

Se anima a los lectores a utilizar un registro similar para reestructurar las emociones que les causan problemas y a elaborar unas respuestas de afrontamiento asertivas para situaciones problemáticas que puedan ponerse en marcha casi automáticamente (actuando “como si” fuéramos un médico X asertivo). Pueden utilizarse algunos de los ejemplos incluidos en este texto. El uso de éstas técnicas no asegura que nunca volveremos a perturbarnos, ni que vamos a controlar todas las situaciones. Pero son recursos valiosos para recobrar la calma y elaborar nuevas estrategias. También las podemos utilizar para enseñarlas a los pacientes en la psicoterapia de apoyo.

Bibliografía practica

- “*Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*”, M Mckay y col. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martinez Roca, 1985.
- “*Técnicas de autocontrol emocional*”, M. Davis y col. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martinez Roca.
- “*Terapia cognitiva de la depresión*”, Aaron Beck y col. DDB 1983.
- *Manual de terapia racional-emotiva*, Albert Ellis y col. DDB 1981.
- *Práctica de la terapia racional-emotiva*, Albert Ellis y col. DDB 1989.
- *Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva*, Albert Ellis y col. DDB 1990.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO FERNANDEZ, F: "Salud Mental y Morbilidad Psiquiátrica en personal sanitario". En Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. 2º Edición. J.J. Gestal Otero (Ed.). Interamericana. Macgraw-Hill. Madrid, 1993.
- ALVAREZ, E. y FERNANDEZ, L.: "El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental". Revisión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, VI (39), 267-273. 1991.

- ALVAREZ, E. y FERNANDEZ, L.: "El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de Estudios". Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría, XI (39), 257-265. 1991.
- BAREFOOT, J.C. (1992). Developments in the measurement of hostility. En H.S. Friedman (Ed): *Hostility, coping and Health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- BATTISTINI PONS, R.: "Trabajo en turnos". En Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. 2ª Edición. J.J. Gestal Otero (Ed.). Interamericana. Macgraw-Hill. Madrid, 1993.
- BECK A. y col.. *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB 1983
- BERNARD, CL. (1867). *Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie générale*. París: Bailliere.
- BLAU, G. (1993). Testing the relationship of locus of control to different performance dimensions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 125-138.
- BRANDEN N. *Cómo mejorar la autoestima*. Paidós, 1988.
- BUELA-CASAL, G. y E.CABALLO, V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- CABALLO E. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI editores S. A. 1993.
- CANNON, W.C. (1922). New evidence for sympathetic control of some internal secretions. *American Journal of Psychiatry*, 15.
- CANNON, W.C. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of Medical Science*, 189, 1-14.
- CAUTELA J. R.. *Técnicas de Relajación*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca 1985.
- CEBRIA J. y otros. "Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia". Atención primaria vol 27,nº 7. abril 2001
- CHERNISS, C.: "Professional burnout in human service organizations". New York: Praege. 1980.
- COFER, C.N. Y APPLEBY, M.H. (1964). *Motivation: Theory and research*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- COHEN, E. y LAZARUS, R.S. (1979). Coping with stress of illness. En G.C. Stone et al. (Eds): *Health Psychology. An Manual*. San Francisco: Jossey-Bass, pp 217-254.
- COHN, J.B.; RICKELS, K.: A pooled, double blind comparison of the effects of buspirone, diazepam and placebo in women with chronic anxiety. *Curr. Med. Res. Opin.*, 1989, 11:304-320.
- COX, T. y FERGUSON, E. (1991). Individual Differences, Stress and Coping. En C.L. Cooper and R. Payne (Eds): *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*. Chichester: John Wiley & Sons, pp 7-30.
- DAVIS y col. M. *Técnicas de autocontrol emocional*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca.
- DE DIOS, A. y GUTIERREZ, M.T.: "Burnout en Salud Mental". XII Reunión de la Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría. León, 29-30 de Septiembre de 1994.
- DE LA GANDARA, J.J. y cols.: Estrés y cargas asistenciales en psiquiatría de enlace. *Anales de Psiquiatría*, 10, 3, 102-108, 1994.
- DE LA GANDARA, J.J. y cols.: Patología psiquiátrica en personal sanitario: Repercusiones sobre la actividad laboral. *Informaciones psiquiátricas*, 135-136, 1º y 2º Trim., 219-230, 1994.
- DE LA GANDARA, J.J. y cols.: Patología psiquiátrica en personal sanitario: su relación con el estrés laboral. *Informaciones psiquiátricas*, 135-136, 1º y 2º Trim., 231-240, 1994.
- DE LA GANDARA, J.J.: Benzodiazepinas de liberación sostenida: Un nuevo modelo de manejo de la ansiedad. *Psiquiatría Biológica*, 4:1, 32-37, 1997.
- DE LA GANDARA, J.J.: Enfoque global del paciente con ansiedad. *Neurociencias*, Vol. 0, nº 1, 8-15, 1994.
- DE LA GANDARA, J.J.; DE DIOS, A.; DE DIEGO, E. y cols: "Estudio de la Morbilidad Psiquiátrica en Personal Sanitario". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 22,3 (71-76). 1994
- DE LA GANDARA, J.J.; DE DIOS, A.; GOÑI, A. y cols.: "Estrés laboral en personal sanitario: Burnout y Morbilidad Psiquiátrica". I Congreso Internacional de rehabilitación Psiquiátrica en al Comunidad. Barcelona, 6-12 de Mayo de 1995.
- EDWARDS, J.R. (1988). "The determinants and consequences of coping with stress", en C.L. Cooper y R. Payne. *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester, John & Sons, pp. 233-266.
- ELLIOTT, R. y EISDORFER, C. (1982). *Stress and human health*. Nueva York: Springer.
- ELLIS A. y col. *Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva*. DDB 1990.
- ELLIS A. y col. *Manual de terapia racional-emotiva*. DDB 1981.
- ELLIS A. y col. *Práctica de la terapia racional-emotiva*. DDB 1989.
- EUROPEAN CNS ADVISORY BOARD: Management of stress. London, Aplil, 1996.
- FLOREZ, J.A.: "Síndrome de estar quemado". Edika Med. Barcelona, 1994.
- FONTAINE, R. et al.: A double-blind comparison of nefazodone, imipramine and placebo in mayor depression. *J. Clin Psychiatry*, 55, 234-241, 1994.
- FRENCH, J.R.P. y CAPLAN, R.D. (1970). Psycho-social factors in coronary heart disease. *Industrial Medicine*, 39, 383-397.
- FRESE, M. y ZAPF, D. (1988). "Methodological issues in the Study of work stress: objective vs. subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studie", en C.L. Cooper y R. Payne. *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester, John & Sons, pp. 375-412 .
- FREUDENBERGUER, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-166.
- FREUDMENBERGER, M.J.: "Staff Burnout". *Journal of social issues*". 30: 159-165. 1974.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R.H. (1974). *Type A Behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (1991). *Psicología Médica Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, (Vol. 1).
- GARCÍA MOJA, L. C. (1996). *Estrés y enfermedad: papel de las variables psicosociales en el contexto laboral*. Tesis doctoral. Madrid: UNED
- GARCIA, M. y VELANDRINO, A.P. EPB: Una escala para la evaluación del Burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1-2), 131-138. 1992.
- GARDEN, A.M.: "Burnout: The effect of psychological type on research findings". *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234 (1989).
- GIL, P.R. y SCHAUFELI, W.B.: "Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Psicología del trabajo y de las organizaciones*. 7(19). 121-130. 1991.
- GOLEMAN, D. *La inteligencia emocional*. Kairós 1996.

- GOLEMBIEWSKI, R.T. Y MUZENRIDER, R.F.: "Phases of burnout: development in concepts and applications". Praeger. Nueva York. 1989.
- GONZALEZ CORREALES, R. *Psicoterapia de apoyo: un enfoque cognitivo*. Cursos a distancia 300 horas. Módulo de salud mental. Saap. 2000
- GUTIERREZ, M.T.; FRANCO, M.A.; SANGUINO, R. y cols.: "El síndrome de Burnout en el Hospital Psiquiátrico "San Luis" de Palencia". Comunicación Libre a la XI Reunión de la Sociedad Castellano-leonesa de Psiquiatría. Benavente, 1 y 2 de Octubre de 1993.
- HERNANDEZ MONSALVE, L.M. y GERVAS, J.: "Estrés en los profesionales Sanitarios". En Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. 2ª Edición. J.J. Gestal Otero (Ed.). Interamericana. MacGraw-Hill. Madrid, 1993.
- IVANCEVICH, J.M. y MATTESON, M.T. (1989). *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial*. Mexico: Trillas.
- JANIS, I.L. (1972). *Victims of Groupthink*. Boston: Houghton, Mifflin.
- KLARREICH, S.H.: *Work Without Stress. A practical guide to Emotional and pshysical Well-being on the Job*. Brunner/Mazel Publishers. New York, 1990.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LEITER, M.P. y MEECHAN, K.A.: "Role structure and Burnout in the field of human services". *Journal of Applied Behavioral Science*. 22 (47-52) 1986.
- LINN S. J. y col. *Psicoterapias contemporáneas*. DDB 1988.
- LOAISA LARA J. *Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico paciente*. Atención Primaria Vol 15. nº 6 15/04/1995
- LOBO, A.; PEREZ-ECHEVARRIA, M.J. y ARTAL, J.: "Validity of the scaled version of the GHQ in a spanish population". *Psychol. Med*. 16, 135.140. 1986.
- MASLACH, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34,(4), 11-124.
- MASLACH, C. y JACKSON, S. (1982). Burnout in health professions: a social psychological analysis. En G.S. Sanders y J. Suls (Eds): *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: LEA, pp 227-251.
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E.: "Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*. 5, 133-153. 1984.
- Manual research edition. Palo Alto: University of California, Consulting psychologist Press. 1986.
- MASLACH, C.: "Burnout: a social psychological analysis". Comunicación presentada en el Congreso de la American Psychological Association. San Francisco, 1977.
- MASLACH, C.: "The burn-out syndrome and patient care". En C. GARFIELD (Ed.) *Stress and survival: The emotional realities of life-threatening illness*. St. Louis: Mosby, 1979.
- MATTESON, M.T. y IVANCEVICH, J.M. (1978). *Controlling work stress. Effective Human Resource and management strategies*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- McGRATH, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations. En M. Dunnette (Ed): *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.
- McKAY M. y col. *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca, 1985.
- McLEAN, P.D. (1976). Depression as a specific response to stress. En I.G. Sarason y C.D. Spielberger (Eds). *Stress and anxiety (Vol. 3)*. Washington D.C.: Hemisphere
- MIEDANER T.: *Coaching para el éxito*. Ed. Urano2002.
- MINGOTE, J.C.: "Síndrome Burnout". Monografía de Psiquiatría. Año IX, nº 5. 1997.
- MIRA J.J. y otros; Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Atención primaria*. Vol 14, nº 10, 1994.
- MORENO, B.; OLIVER, C. y ARAGONESES, A.: "El Burnout, una forma específica de estrés laboral". EN G. BUELA-CASAL y V. CARBALLO (Ed.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. pp.: 271-279. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A. 1991.
- MOSER, G. (1992). *Les stress urbains*. Paris: Armand Colin.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Décima Revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades". Ginebra, 1992.
- PATERSON, R.J. y NEUFELD, R.W.J. (1989). The Stress Response and Parameters of Stressful Situations. En R.W.J Neufeld (Ed): *Advances in the Investigation of Psychological Stress*. New York: John Wiley & Sons, pp 7- 42.
- PEIRÓ SILLA, J. Mª. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudena.
- PINES, A. y MASLACH, C.: "Characteristics of staff burnout in mental health settings". *Hospital & Community Psychiatry*, 29(4), 233-237. 1978.
- PINES, A.; ARONSON, E. y KAFRY, D.: "Burnout: from tedium to personal growth". New York: Free Press. 1981.
- RENDUELES, G.: "El usuario gorrón y el terapeuta quemado". *Psiquiatría Pública*, 4(3), 115-129. 1992.
- RICKELS, K. et al.: Nefazodone and imipramine in mayor depression. *J. Clin. Psychiatry*, 164: 802-805, 1994.
- RODRIGUEZ LOPEZ, A.: "Burnout. Trabajo en Unidades de Alto Riesgo". En Riesgos del trabajo del Personal Sanitario. 2ª Edición. J.J. Gestal Otero (Ed.)(458-464). McGraw. Hill-Interamericana de España. Madrid, 1993.
- ROTTER, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- SANDIN, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Cdr): *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide, pp 132-147.
- SELYE, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.
- SELYE, H. (1976). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- SOTA, E.: "El Síndrome del Quemado". En *European handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropol. 1991.
- WRIGHT JH, BECK A. *Terapia cognitiva*. en Tratado de psiquiatría, J.A. Talbot y col. Ancora S.A. versión electrónica. 1996.